

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição:
O Impacto do Envolvimento no Interesse em Informação.**

Ana Teresa Serradas de Sousa Tavares Costa

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Ciências da Comunicação

Orientadora:

Professora Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora
Auxiliar, ISCTE-IUL

Coorientadora:

Professora Doutora Sandra Marisa Lopes Miranda, Professora adjunta, ESCS-IPL

Dezembro, 2018

**Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição:
O Impacto do Envolvimento no Interesse em Informação.**

Ana Teresa Serradas de Sousa Tavares Costa

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Ciências da Comunicação

Júri

Doutor Gustavo Alberto Guerreiro Seabra Leitão Cardoso,
Professor Catedrático do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Doutor António Pedro Soares Ricardo Graça,
Professor Associado da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Doutora Teresa Augusta Ruão Correia Pinto,
Professora Associada do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho

Doutor Pedro Alcântara da Silva,
Investigador Auxiliar do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Doutora Joana Fonseca França Azevedo,
Professora Auxiliar do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado Silva,
Professora Auxiliar do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa;

Doutora Sandra Marisa Lopes Miranda,
Professora Adjunta da Escola Superior de Comunicação Social do Instituto Politécnico de Lisboa

Dezembro, 2018

The saddest aspect of life right now is that science gathers knowledge faster than society gathers wisdom.

Isaac Asimov

Words are singularly the most powerful force available to humanity.

Yehuda Berg

A língua portuguesa tem um valor nutritivo que as outras não têm. Creio que é possível engordar a falar de comida em português.

Ricardo Araújo Pereira

Agradecimentos

Começo por agradecer à minha família maravilhosa: João, o amor da minha vida, que sempre ao meu lado, me encorajou e motivou; Inês, Margarida e Leonor, as minhas flores, filhas adoradas, por me terem acompanhado durante este caminho. Aos quatro, pelo seu contributo no processo de tradução e retroversão do questionário, bem como na sua distribuição. Sem a sua ajuda, nunca teria conseguido a quantidade de respostas válidas que obtive.

À minha querida mãe, por ter rezado pela minha inspiração.

Ao João Leão, pela sua colaboração ao encontrar em Harvard artigos e capítulos cruciais para o estudo e escrita do enquadramento conceptual, sempre com entusiasmo.

Ao Professor Doutor Pedro Alcântara da Silva, pela sua disponibilidade e interesse em acompanhar esta investigação e pelo valor que acrescentou ao trabalho com a sua grande exigência e rigor.

À Professora Doutora Joana Azevedo pela sua ajuda com o programa Qualtrics.

Ao Professor Doutor Rui Brites, cuja experiência e conhecimento me fascinaram, pela luz que trouxe aos dados deste trabalho, e cuja amizade me tocou.

À Professora Doutora Rita Espanha, pela sua competente orientação e experientes conselhos.

À Professora Doutora Sandra Miranda, pelo seu apoio em momentos difíceis, que não esquecerei, e cuja exigência no detalhe contribuiu para a qualidade deste trabalho.

À Susana Coutinho pelos conselhos de formatação no *word*, que melhoraram o *layout*.

Às colegas de batalha que se transformaram em amigas, Alexandra David e Célia Gouveia, por termos partilhado trabalho, dificuldades, desabafos, almoços e muitas gargalhadas.

Aos amigos que se interessaram e foram questionando o estado do trabalho.

A todos muito obrigada.

Resumo

A relação entre saúde e nutrição tem sido amplamente documentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Academia, ao defender a promoção de uma alimentação saudável como prevenção de doenças não transmissíveis.

Em Portugal, constatam-se uma série de inadequações alimentares, cenário que parece propício à veiculação de informação com a intenção de promover hábitos alimentares saudáveis. Paralelamente, a literatura indica que o nível de envolvimento dos indivíduos com um determinado tópico tem impacto na recetividade das audiências-alvo às campanhas de comunicação.

A presente investigação tem como objetivo compreender o impacto do envolvimento com nutrição no interesse dos indivíduos em informação sobre o tema. O modelo teórico apresentado considera que o envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição pode ser consequência de três tipos de motivações (saúde, prazer e aparência física) e que o nível de envolvimento com nutrição pode ter impacto no nível de interesse em informação sobre o tema.

Recorrendo a uma estratégia de investigação quantitativa, foi aplicado um inquérito por questionário, a uma amostra de conveniência, tendo-se obtido 1166 respostas válidas.

Os principais resultados indicam que os indivíduos se assumem, em geral, envolvidos com a nutrição, destacando-se as mulheres e o escalão etário mais novo (18-39 anos), com nível mais elevado de “Envolvimento com nutrição”. Por outro lado, o “Envolvimento com nutrição” está mais relacionado com a motivação prazer, seguido da saúde e por último, da aparência física. Conclui-se ainda que o Envolvimento com Nutrição tem impacto no interesse dos indivíduos em informação sobre nutrição.

Palavras-chave: Campanhas de Comunicação Pública, Comunicação em Saúde, Comunicação em Nutrição, Marketing Social em Saúde, Envolvimento com Nutrição, Interesse em Informação sobre Nutrição.

Abstract

The relationship between health and nutrition has been widely documented by the World Health Organization (WHO) and by the Academy, defending the promotion of a healthy diet to prevent noncommunicable diseases.

In Portugal, people have numerous food inadequacies, a propitious scenery to disseminate information with the intention of promoting healthy eating behaviors. Moreover, literature indicates that the individual's level of involvement with a certain topic impacts the target audience receptivity to communication campaigns.

The present investigation's objective is to understand the impact of food involvement on the individuals' interest on information about nutrition. The theoretical model presented considers that individual's food involvement may result from three types of motivations (health, pleasure and physical appearance) and that the level of food involvement may impact the level of interest on information about the subject.

Having decided for a quantitative investigation strategy, a questionnaire survey was administered to a convenience sample, having obtained 1166 valid responses.

The main results indicate that the respondents assume, in general, food involvement, qualifying women and the youngest group (ages 18-39) with the higher levels. Additionally, food involvement is more related with the pleasure motivation, followed by health and lastly by physical appearance. It can also be concluded that food involvement impacts the subjects' interest on information about nutrition.

Key-words: Public Communication Campaigns, Health Communication, Nutrition Communication, Health Social Marketing, Food Involvement, Interest on information on food.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice	ix
Índice de Quadros	xiii
Índice de Figuras.....	xv
Glossário de Siglas	xvii
Introdução.....	xix
1. Identificação do Âmbito da Investigação.....	xix
2. Posição Ontológica e Epistemológica da Investigação	xxii
3. Objetivos e Questões de Investigação	xxiii
4. Contribuições em Termos Académicos e Práticos.....	xxiii
5. Estrutura do Trabalho.....	xxiv
Capítulo I. Marketing Social em Saúde	1
1.1. Introdução	1
1.2. Definição e Caracterização do Marketing Social.....	3
1.3. Estratégias de Gestão de Comportamentos	8
1.4. A Eficácia Provada de Alguns Programas de Marketing Social	12
1.5. O Papel das Parcerias.....	14
1.6. A Corrente Crítica do Marketing Social e a sua Ética	16
1.7. Atividade de Marketing Social em Portugal	18
1.8. O Futuro Promissor do Marketing Social	20
Capítulo II: Campanhas de Comunicação Pública em Saúde	25
2.1. Introdução	25
2.2. Ciências da Comunicação: Enquadramento do Tema de Investigação	26
2.3. Comunicação Pública em Saúde.....	27
2.3.1. A Importância da Saúde	29
2.3.2. Literacia em Saúde.....	33

2.3.3. Perspetivas de Estudo da Comunicação em Saúde	35
2.3.4. Campanhas de Comunicação Pública	37
2.4. O Poder dos Meios de Comunicação de Massa na Comunicação em Saúde.....	43
2.5. Teorias de Mudança de Comportamento.....	45
2.6. Tipos de Abordagem da Comunicação em Saúde.....	53
2.6.1. A Persuasão	57
2.6.2. Que Abordagem é Recomendada?	58
2.7. Audiências-alvo, Segmentação e sua Predisposição para a Mudança	61
2.7.1. Segmentação	62
2.8. Sobre os Resultados e a Eficácia	66
2.8.1. As Eras dos Efeitos	67
2.8.2. Definição de Eficácia e Dificuldades do Conceito	67
2.8.3. Resultados e Conclusões	71
2.9. Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição.....	79
Capítulo III. Envolvimento com Nutrição	87
3.1. Introdução ao Conceito de Envolvimento	87
3.2. Definição e Dimensões do Constructo de Envolvimento.....	90
3.2.1. Discussão sobre a Definição	91
3.2.2. Dimensões do Constructo de Envolvimento.....	93
3.3. Efeitos do Envolvimento nos Processos Comunicacionais	95
3.4. Envolvimento com Nutrição	99
Capítulo IV. Abordagem Metodológica	115
4.1. Introdução	115
4.2. Relevância e Delimitação do Tema da Investigação.....	115
4.3. Objetivos, Questões de Investigação, Modelo Teórico de Investigação e Hipóteses	116
4.4. Posicionamento Paradigmático Epistemológico	119
4.5. Opções Metodológicas	121
4.6. Construção do Questionário - Estudo e Decisão sobre Instrumentos de Medida	123
4.6.1. Medição do Constructo de Envolvimento.....	123
4.6.1.1. Críticas Tecidas às Medidas Estudadas.....	130

4.6.2. Medição do Valor da Saúde.....	132
4.6.3. Medição da Importância da Aparência Física	135
4.6.4. Medição da Importância do Prazer	136
4.6.5. Medição do Interesse em Informação sobre Nutrição	137
4.6.6. Desenvolvimento e Incorporação de Indicadores Originais.....	138
4.6.7. O Inquérito por Questionário: Adaptação e Pré-Teste.	141
4.7. Universo, Método de Amostragem e Decisão sobre Amostra	143
4.8. Procedimentos Utilizados na Recolha de Dados	145
4.9. Procedimentos Estatísticos Realizados	145
Capítulo V. Análise de Resultados.....	149
5.1. Introdução	149
5.2. Fiabilidade das Escalas Utilizadas.....	149
5.3. Caracterização da Amostra	150
5.4. Valorização das Dimensões em Estudo	151
5.5. Envolvimento com Nutrição	152
5.6. Motivações Subjacentes ao Envolvimento com Nutrição	158
5.6.1. O Valor da Saúde como Motivação para o Envolvimento com Nutrição	158
5.6.2. A Preocupação com a Aparência Física como Motivação para o Envolvimento com Nutrição	165
5.6.3. O Prazer na Alimentação como Motivação para o Envolvimento com Nutrição	167
5.7. Interesse em Informação sobre Nutrição e sua Relação com o Envolvimento com Nutrição	169
5.7.1. Interesse em Informação sobre Alimentação	169
5.7.2. Interesse em Informação Nutricional.....	177
5.7.3. Importância das Campanhas de Informação Pública em Nutrição	179
5.7.4. Consulta de Tabelas Nutricionais	182
5.7.5. Informação Nutricional de Outras Fontes.....	184
5.7.6. Preferência e Credibilidade das Fontes	188
5.8. Teste ao Modelo de Investigação e resposta às Hipóteses e Questões de Investigação Enunciadas.....	190
5.8.1. Teste ao Modelo através de Regressão Múltipla	192

5.8.2. Resposta às Hipóteses e Questões de Investigação	193
5.9. Conclusões.....	198
Capítulo VI. Discussão.....	201
6.1. Introdução	201
6.2. As Motivações do Envolvimento com nutrição.....	202
6.3. O Impacto do Envolvimento com Nutrição no Interesse em Informação sobre Nutrição.....	208
6.4. Considerações para as Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição.....	212
6.5. Limitações da Investigação	213
Conclusão.....	217
Bibliografia	221
Fontes	237
Anexos	I
Anexo A. Questões Colocadas aos Entrevistados do Pré-teste.....	I
Anexo B. Questionário.....	II
Anexo C. Caracterização da Amostra Antes da Codificação	VII

Índice de Quadros

Quadro 4.1.	Análise comparativa das medidas de envolvimento estudadas	129
Quadro 4.2.	Resultados de fiabilidade da escala Food Involvement (Bell e Marshall, 2003) obtidos por autores que a aplicaram	132
Quadro 4.3.	Identificação e caracterização das escalas e indicadores incluídos no questionário	140
Quadro 4.4.	Alpha de Cronbach das escalas avaliadas em pré-teste.....	143
Quadro 5.1.	Medidas estatísticas das escalas estudadas	150
Quadro 5.2.	Caracterização da amostra (Frequências e percentagens)	150
Quadro 5.3.	Medidas estatísticas dos indicadores e da dimensão “Envolvimento com nutrição”	152
Quadro 5.4.	“Envolvimento com nutrição” (Análise de Componentes Principais com rotação Varimax	153
Quadro 5.5.	Prazer de Cozinhar segundo os grupos sociodemográficos (médias)	154
Quadro 5.6.	Importância da nutrição segundo os grupos sociodemográficos (médias)	154
Quadro 5.7.	“Envolvimento com nutrição” segundo os grupos sociodemográficos (médias)	156
Quadro 5.8.	Caracterização dos Níveis de Envolvimento com nutrição segundo os grupos sociodemográficos (percentagens)	158
Quadro 5.9.	Medidas estatísticas dos indicadores e da dimensão “Valor da saúde”	159
Quadro 5.10.	“Valor da saúde” segundo os grupos sociodemográficos (médias)	159
Quadro 5.11.	Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Consciência da saúde”	161
Quadro 5.12.	“Consciência da saúde” segundo os grupos sociodemográficos (médias)	161
Quadro 5.13.	Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Preocupação com Aparência física”	165
Quadro 5.14.	“Preocupação com a aparência física” segundo as variáveis socio-demográficas (médias)	166
Quadro 5.15.	Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Prazer na alimentação”	167
Quadro 5.16.	Importância do “Prazer na alimentação” segundo os grupos socio-demográficos	167
Quadro 5.17.	Importância atribuída ao indicador e escalas de “Interesse em informação sobre nutrição”	169

Quadro 5.18. Medidas estatísticas dos itens sobre “Temas de interesse em informação sobre alimentação”	170
Quadro 5.19. “Interesse em informação sobre alimentação” segundo os grupos sociodemográficos (médias)	170
Quadro 5.20. Interesse em informação sobre alimentação saudável segundo os grupos sociodemográficos (médias)	172
Quadro 5.21. Interesse em informação sobre dietas para emagrecer segundo grupos sociodemográficos (médias)	173
Quadro 5.22. Interesse em receitas saborosas segundo os grupos socio-demográficos	175
Quadro 5.23. Correlações entre as motivações e os temas sobre alimentação	177
Quadro 5.24. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Interesse em informação nutricional”	177
Quadro 5.25. “Interesse em informação nutricional” segundo os grupos sociodemográficos (médias)	178
Quadro 5.26. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Importância das campanhas”	180
Quadro 5.27. “Importância das campanhas” segundo os grupos sociodemográficos	180
Quadro 5.28. Medidas estatísticas dos indicadores e escala de frequência de “Consulta de tabelas nutricionais”	182
Quadro 5.29. Frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” segundo os grupos sociodemográficos (médias)	183
Quadro 5.30. Medidas estatísticas das fontes mais utilizadas na procura de informação sobre alimentação saudável	184
Quadro 5.31. Utilização da fonte internet segundo os grupos sociodemográficos (médias)	185
Quadro 5.32. Utilização das fontes oficiais segundo os grupos sociodemográficos (médias)	186
Quadro 5.33. Utilização da fonte de informação familiares e amigos segundo os grupos sociodemográficos (médias)	187
Quadro 5.34. Preferência e credibilidade das fontes na procura de informação sobre nutrição (percentagens)	189
Quadro 5.35. Correlações entre os temas estudados (Rho de Spearman/ R de Pearson)	191
Quadro 5.36. Motivações determinantes do “Envolvimento com nutrição” (Regressão 1)	192
Quadro 5.37. Fatores de interesse em informação sobre nutrição determinantes do “Envolvimento com nutrição” (Regressão 2)	193

Índice de Figuras

Figura 4.1.	Modelo Teórico de Investigação	117
Figura 5.1.	Valorização dos temas estudados (médias)	152
Figura 5.2.	Peso dos três níveis de “Envolvimento com nutrição” (percentagens)	157
Figura 5.3.	“Valor da saúde segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição	160
Figura 5.4.	“Consciência da saúde” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	162
Figura 5.5.	Autoavaliação da saúde (percentagens)	163
Figura 5.6.	Indivíduos com e sem doenças (percentagens)	163
Figura 5.7.	Peso das doenças reportadas	164
Figura 5.8.	Casos em que as doenças afectam as escolhas alimentares (percentagens)	164
Figura 5.9.	“Preocupação com a aparência física” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	166
Figura 5.10.	Importância do “Prazer na alimentação segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	168
Figura 5.11.	Interesse em informação sobre alimentação segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	171
Figura 5.12.	Interesse em informação sobre alimentação saudável segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	173
Figura 5.13.	Interesse em informação sobre dietas para emagrecer segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	174
Figura 5.14.	Interesse em receitas saborosas segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	176
Figura 5.15.	“Interesse em informação nutricional” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	179
Figura 5.16.	“Importância das campanhas” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	181
Figura 5.17.	Frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	183
Figura 5.18.	Utilização da fonte internet segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	185
Figura 5.19.	Utilização das fontes oficiais segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	187
Figura 5.20.	Utilização da fonte familiares e amigos segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)	188

Glossário de Siglas

ACP	Análise de Componentes Principais
ANOVA	Análise de variância
ASI	Appearance Schemas Inventory
CE	Comissão Europeia
CD-ROM	Compact Disk Read-Only Memory
CIP	Consumer Involvement Profiles
CP	Components of Involvement
DGS	Direção Geral da Saúde
EIPAS	Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
EUA	Estados Unidos da América
FCQ	Food Choice Questionnaire
FIS	Food Involvement scale
FMUL	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
GRP	Gross rating point
HCS	Health Consciousness Scale
HHI	Health Hardiness Inventory
HTAS	Health and Taste Attitude Scale
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
ICA	International Communication Association
ICS	Instituto de Ciências Sociais
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
KMO	Critério de Kaiser-Meyer-Olkin
NIP	New Involvement Profile
NSW	New South Wales (Austrália)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não Governamentais
OTS	Opportunity to see

PDI	Purchase Decision Involvement
Pen-3S	Portuguese Elderly Nutritional Status Surveillance System
PI	Purchasing Involvement
PII	Personal Involvement Inventory
PIIA	Personal Involvement Inventory for Advertising
PNPAS	Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável
RCAPP	Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
RTP	Rádio e Televisão de Portugal
SIC	Sociedade Independente de Comunicação
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TVI	Televisão Independente
UEPID	Unidade de Epidemiologia do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund.
VALS	Values and Lifestyles
WHO	World Health Organization
RPII e OPII	Purchasing Involvement

Introdução

1. Identificação do Âmbito da Investigação.

A saúde constitui um tópico transversal a todas as ciências e, no contexto das Ciências da Comunicação, centra-se na informação, educação e, frequentemente, em estratégias de persuasão sobre práticas saudáveis com vista ao bem-estar das populações. Na mais recente definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, a saúde é associada a bem-estar físico, mental e social e não tanto a ausência de doença.

A relação entre saúde e nutrição tem sido sublinhada por aquela Organização, bem como pela Academia, nomeadamente através da relevância que têm atribuído à nutrição como um fator determinante da manutenção da saúde e da prevenção da doença.

A importância da nutrição e a sua relação direta com algumas doenças não transmissíveis como obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, oncológicas, entre outras, são amplamente documentadas na literatura (Contento, 2011; Somers *et.al*, 2014; Sarmugam e Worsley, 2015) e relacionadas com estilos de vida, onde se incluem as escolhas alimentares pouco saudáveis e o sedentarismo. Porém, as escolhas e as práticas de alimentação dos indivíduos têm enraizadas motivações que, frequentemente, não apresentam como prioridade a saúde (Steptoe *et.al*, 1995; Rozin *et.al*, 1999; Honkanen e Frewer, 2009; Poínhos *et.al*, 2009). E, neste cenário, torna-se evidente a necessidade de comunicação centrada na promoção de hábitos alimentares saudáveis, dando resposta à questão “Em que consiste uma alimentação saudável?”.

Em Portugal, O Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) (Lopes *et.al*, 2017) indica que os portugueses ingerem excesso de sal (7,3g diários, correspondente a 2,3g superior às recomendações da OMS), que mais de metade da população (52,7%) não cumpre a recomendação da OMS de consumir 400g/dia de fruta e legumes (o equivalente a 5 ou mais porções diárias) e que a ingestão de açúcares simples,

¹ Definição disponível em <http://www.who.int/about/mission/en/>

representando 19,8% do total de energia diária ingerida é igualmente superior à recomendação da OMS, que indica que o consumo diário de açúcares simples não deve ser superior a 10% do total de energia diária ingerida. Estes dados revelam uma situação propícia para se disseminar comunicação com a intenção de promover hábitos alimentares saudáveis. Porém, Portugal não desenvolveu nenhuma campanha de comunicação pública com este intuito.

O panorama internacional apresenta algumas iniciativas nestas áreas, na sua maioria, com a intenção de aumentar o consumo de frutas e legumes, existindo ainda algumas com objetivos mais concretos como substituir as bebidas açucaradas por água e alertar para a existência de açúcar, sal e gordura nos alimentos.

Uma vez que a literatura indica que diferentes níveis de envolvimento conduzem a diferentes formas de processamento da informação (Laurent e Kapferer, 1985; Celsi e Olson, 1988; Greenwald e Leavitt, 1984), a maior ou menor resistência à persuasão (Petty e Cacioppo, 1981) e a uma diferente sequência do impacto da comunicação (Chaffee e Roser, 1986; Petty e Cacioppo, 1981), conclui-se que o nível de envolvimento tem impacto na receptividade das audiências-alvo à comunicação.

Neste contexto, a presente investigação tem como objetivo estudar o nível de envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição e o seu impacto no nível de interesse em informação sobre o tema, posicionando-se numa fase formativa² do planeamento estratégico de um possível programa de marketing social e campanha de comunicação pública na temática da nutrição.

Pretende-se, assim, compreender se o envolvimento dos indivíduos com a nutrição afeta o seu interesse em informação sobre o tema, considerando que, a existir uma campanha de informação pública em Portugal sobre alimentação saudável, esta investigação constituiria um contributo académico para as estratégias de marketing social e de comunicação pública.

² A investigação na fase formativa é frequentemente utilizada para se obter compreensão sobre as convicções, motivações e percepções das audiências (Valente, 2001).

Ora, a literatura advoga que, tal como na arena comercial, os assuntos de carácter social devem ser trabalhados com recurso às ferramentas que proporcionam mais eficácia, concretamente, o marketing social e as campanhas de comunicação pública (Rothschild, 1979; Kotler e Andreasen, 1995; Randolph e Viswanath, 2004; Noar, 2006; Arkin, 2009; French *et.al*, 2010; Boles *et.al*, 2014, Sixsmith *et.al*, 2014).

O marketing social versa sobre a aplicação de ferramentas de marketing comercial ou tradicional a assuntos de carácter social (Peatty *et.al*, 2012) que, de acordo com a maioria dos autores, é isento de interesses comerciais, empresariais ou lucrativos e visa a mudança de comportamentos dos cidadãos por um bem social, comum (Lee *et.al*, 2011). Tem sido aplicado a diversos temas sociais, nomeadamente a saúde pública (vacinação, utilização de preservativo para prevenção de SIDA, consumo de álcool e drogas, nutrição e bem-estar, etc.), serviços públicos (bombeiros), e ainda comunidades e temas comunitários (área do ambiente, nomeadamente sobre poupança de energia, prevenção rodoviária, etc.).

Paralelamente, as campanhas de comunicação pública inscrevem-se na sequência dos programas de marketing social, ao serem definidas pela literatura como esforços de informação ou persuasão de uma grande audiência com a intenção de criar mudança social, beneficiando a sociedade (Leavy *et.al*, 2014; Kopfman e Ruth-McSwain, 2012). Neste contexto, e tal como acontece na arena comercial, as campanhas de comunicação pública constituem o elemento de contacto ou relação entre os programas de marketing social e os grupos-alvo a atingir.

O estudo do envolvimento inscreve-se, assim, neste trabalho, num macro cenário de intersecção dos temas do marketing social e da comunicação pública em saúde.

O envolvimento é um conceito que conquistou centralidade na investigação dos efeitos da comunicação, em geral, e da comunicação de assuntos públicos, concretamente na área da saúde. Isso deve-se ao facto de a literatura indicar que o envolvimento constitui uma variável moderadora ou explicativa, uma possível base para segmentar os mercados (Bloch, 1981, Traylor e Joseph, 1984) e ainda um mediador relevante dos efeitos dos programas e campanhas que visam a mudança de comportamentos (Mendelsohn, 1973; Rothschild, 1979; Petty *et.al*, 1983; Malafarina e Loken, 1993; Rice e Atkin, 2012).

O modelo teórico de investigação aborda o envolvimento com nutrição numa perspetiva explicativa, pressupondo que ele pode ter três motivações, concretamente a saúde, a aparência física e o prazer. O modelo pressupõe ainda que o envolvimento com nutrição tem impacto no interesse em informação sobre esse tema, condição para o possível interesse nas mensagens sobre nutrição que uma campanha de comunicação pública veicularia.

O método de seleção da bibliografia consistiu na consulta em bases de dados científicas digitais do ISCTE das palavras-chave “*Social marketing*” e “*Marketing social*”, “*Information campaigns*”, “*Public communication campaigns*”, “*Public health campaigns*”, “*Campanhas de comunicação em saúde*”, “*Comunicação em nutrição*”, “*Communication santé*”, “*Campagnes de communication publique santé*”, “*Communication publique nutrition*”, e “*Food involvement*” e ainda através de alertas do Google Scholar, com base nas mesmas palavras-chave. A bibliografia foi ainda enriquecida com base em referências de trabalhos que se revelaram centrais nas disciplinas em estudo.

Numa primeira fase, estudaram-se os três temas do marketing social, das campanhas de comunicação pública e do envolvimento de forma mais genérica, tendo-se, num estágio seguinte, centrado o seu estudo na temática da nutrição em concreto.

2. Posição Ontológica e Epistemológica da Investigação

A presente investigação assume uma posição ontológica objetivista, retratando a orientação de que as entidades sociais existem na realidade, externas aos atores sociais (Saunders *et.al*, 2009); no campo epistemológico, no positivismo, recorrendo a teoria existente para desenvolver as hipóteses (Bryman, 2012); e ainda no posicionamento paradigmático dedutivo, uma vez que se pretende explicar relações causais entre variáveis, testar hipóteses de forma controlada e operacionalizar conceitos com vista a medir factos de forma quantitativa (Saunders *et.al*, 2009).

3. Objetivos e Questões de Investigação

O objetivo desta investigação consistiu em aferir o grau de envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição e determinar o perfil dos sujeitos que apresentam maior e menor envolvimento com nutrição. Teve ainda o propósito de identificar as motivações subjacentes ao envolvimento com nutrição (saúde, aparência física e prazer). Por outro lado, pretende avaliar o impacto do envolvimento com nutrição no interesse em informação sobre o mesmo tema.

Assim, definiram-se como questões de partida para este trabalho, as seguintes:

1. Que motivações estão subjacentes ao envolvimento com nutrição?
2. Que predisposição gera o envolvimento com nutrição para interesse em informação sobre nutrição?
3. Qual o perfil dos indivíduos que apresentam maior e menor envolvimento com o tema da nutrição?
4. Que motivações subjacentes ao envolvimento com nutrição geram mais e menos predisposição para interesse em informação sobre nutrição?

4. Contribuições em Termos Académicos e Práticos

Considerando os pressupostos de que (1) o marketing social visa a mudança de comportamentos sociais que se classificam, na sua génese, pelo bem social, (2) o sucesso das suas campanhas de comunicação é determinante para efetivar essa mudança de comportamentos e (3) esse êxito é mediado pelo envolvimento que os grupos-alvo têm com o tema em causa, esta investigação contribuirá, em termos académicos, para reunir e

relacionar, no mesmo contexto, estas três vertentes, enriquecendo o estado da arte destas temáticas. É ainda relevante notar que diversos autores consideram que o estudo do conceito de envolvimento é uma das variáveis cruciais na pesquisa sobre comportamento do consumidor e sobre eficácia da comunicação (Antil, 1984, Malafarina e Loken, 1993; Rice e Atkin, 2012).

Sublinha-se que o modelo teórico de investigação foi aplicado pela primeira vez em Portugal, pelo que se considera relevante contribuir para a construção de conhecimento neste âmbito.

Em termos operacionais, esta pesquisa trará um contributo importante para o planeamento estratégico do marketing social e da comunicação pública na temática da nutrição em Portugal, uma vez que revelará informação sobre um dos mais importantes preditores do sucesso dos programas e campanhas de comunicação. Assim, os profissionais de marketing e comunicação poderão, com mais rigor, definir objetivos (i.e., que mudança de comportamento se pretende atingir), segmentação dos grupos-alvo e seu perfil (com base no maior e menor envolvimento com o tema), e conseqüentemente, identificação dos grupos mais predispostos para a mudança, tipo de mensagens (informação, educação, legislação, etc.) e formas de abordagem de comunicação (*mass media*, intervenções clínicas, contacto pessoal, entre outros).

5. Estrutura do Trabalho

O enquadramento conceptual aborda as três temáticas principais do marketing social, das campanhas de comunicação pública e do envolvimento relacionados com a saúde e a nutrição, constituindo, respetivamente, os capítulos I, II e III. O capítulo IV apresenta as decisões tomadas em termos de abordagem metodológica, seguindo-se a apresentação de resultados no capítulo V e a discussão no capítulo VI.

O Capítulo I, denominado Marketing Social em Saúde, apresenta, em oito secções, os principais conceitos estudados sobre o tema, iniciando-se com a definição e caracterização da disciplina. Uma vez que o marketing social visa a mudança de comportamentos dos indivíduos, considerou-se importante fazer uma reflexão sobre as estratégias de gestão de comportamentos, ou seja, a natureza das abordagens que motivam ou obrigam à sua mudança. Revê-se ainda as evidências de eficácia do marketing social, como uma questão crucial do investimento implícito nestes programas. Pretendeu-se igualmente compreender a posição dos autores relativamente ao papel das parcerias, uma vez que a ideia de “isenção de interesses comerciais” está integrada em algumas definições apresentadas ou a elas agregadas. Analisou-se a atividade de marketing social em Portugal, na tentativa de identificar o campo de intervenção de alguns programas e finaliza-se o Capítulo I com algumas recomendações que a literatura oferece para o desenvolvimento futuro da disciplina.

O Capítulo II, sobre as Campanhas de Comunicação Pública em Saúde, tem início com uma breve visão dos níveis de análise da comunicação, enquadrando a presente investigação. Uma vez que a comunicação em nutrição se integra na dimensão mais lata da comunicação em saúde, considerou-se relevante abordar esta temática, a qual é considerada uma especialidade das ciências da comunicação, aprofundando os tópicos da importância da saúde, da literacia em saúde, perspectivas de estudo da disciplina e ainda as campanhas de comunicação pública, assumindo que elas constituem um dos diversos recursos disponíveis da comunicação em saúde. O poder dos meios de comunicação de massa na comunicação em saúde constitui o subcapítulo seguinte que procura compreensão sobre a sua capacidade de impactar grandes audiências, uma vez que vários autores os contemplam nas próprias definições de campanhas de comunicação pública ou campanhas de informação (McGuire, 1984; Devine e Hirt, 1989; Bauman *et.al*, 2006;) e outros os consideram indispensáveis no âmbito da comunicação pública (Anderson e Miller, 2016; Kammer *et.al*, 2106). Tendo as campanhas de comunicação pública como objetivo a mudança de comportamento da audiência, considerou-se crucial estudar as principais teorias sobre o tópico. E num paralelismo com o subcapítulo das estratégias de mudança de

comportamento abordadas no capítulo do marketing social, apresentam-se e discutem-se aqui os tipos de abordagem da comunicação em saúde, com enfoque na persuasão. Constituindo uma questão central da comunicação, as audiências-alvo são contempladas, prestando particular atenção ao tema da sua segmentação, condição que contribui para a eficácia da comunicação. A eficácia é discutida na secção seguinte, apresentando-se evidências e resultados de investigações que contribuem para o conhecimento dos efeitos que as campanhas de comunicação pública podem atingir, considerando várias reservas, nomeadamente a da dificuldade em aferir, com rigor, esses efeitos. Finalmente, o subcapítulo sobre as campanhas de comunicação em nutrição constitui uma tentativa de mapeamento das iniciativas na área da nutrição, apresentando as campanhas referidas em toda a literatura revista e alguns casos encontrados na internet.

O capítulo III aborda o tema do envolvimento com nutrição, definindo o seu conceito e as dimensões do seu constructo, procurando compreensão para os seus efeitos nos processos comunicacionais e apresentando algumas considerações sobre o envolvimento com nutrição.

O Capítulo IV descreve a abordagem metodológica, justificando as decisões tomadas. Começa por expor a relevância e delimitação do tema da investigação, definindo, de seguida, os objetivos e questões de investigação e apresentando o modelo teórico de investigação. De seguida, estabelece-se o posicionamento paradigmático epistemológico e as opções metodológicas. A secção 6 apresenta os passos da construção do questionário, nomeadamente, o estudo efetuado sobre todas as escalas que medem os constructos a trabalhar, a introdução de indicadores originais e resultados do pré-teste implementado. Define-se ainda o universo, o método de amostragem e a decisão sobre a amostra. Por fim, revelam-se os procedimentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos estatísticos realizados.

O Capítulo V analisa os resultados da investigação, começando por apresentar a fiabilidade das escalas aplicadas, a caracterização da amostra e os resultados sobre a valorização atribuída pelos entrevistados às dimensões em estudo. Tentando seguir a

ordem estipulada pelo modelo teórico de investigação, aborda, de seguida, os seus temas centrais, a saber: envolvimento com nutrição, as três motivações subjacentes ao envolvimento com nutrição e o interesse em informação sobre nutrição. Por último, expõem-se os resultados dos testes ao modelo teórico de investigação e apresentam-se as respostas às hipóteses e questões de investigação, resumindo as principais conclusões oferecidas pela investigação.

O Capítulo VI, e último, discute os resultados da presente investigação, centrado nas relações estabelecidas no modelo teórico desenvolvido, nomeadamente as motivações subjacentes ao envolvimento com nutrição, o impacto do envolvimento com nutrição no interesse em informação e as motivações que mais e menos geram interesse em informação. À luz dos resultados, tecem-se algumas considerações para as campanhas de comunicação pública em nutrição, fechando com as limitações da investigação.

Capítulo I. Marketing Social em Saúde

There is nothing permanent except change.

Heraclitus

1.1. Introdução

A inclusão do tema do marketing social na presente investigação inscreve-se na associação que a literatura recomenda realizar entre este e as campanhas de comunicação pública, à semelhança do que é desejável acontecer na arena comercial. Esta associação cria assim um alicerce entre os dois temas, garantindo que a estratégia de comunicação para determinado fenómeno ou comportamento que se pretende alterar advém de uma estratégia de marketing que trabalhou todas as vertentes definidas na literatura e que adiante se apresentam.

O marketing social versa sobre a aplicação de ferramentas de marketing comercial a assuntos de carácter social que deve ser isento de interesses comerciais, empresariais ou lucrativos e visa a mudança de comportamentos dos cidadãos por um bem social, comum.

A disciplina tem sido aplicada a diversos temas sociais, nomeadamente a saúde pública (vacinação, prevenção de SIDA, consumo de álcool e drogas, nutrição e bem-estar, etc.), serviços públicos (Bombeiros), e ainda comunidades e temas comunitários (ambiente, prevenção rodoviária, etc.).

As raízes do marketing social, tal como é atualmente conhecido, encontram-se nos trabalhos de Wiebe, Mendelsohn, Lazarsfeld, Merton, Hyman e Sheatsley nas décadas de 40 e 50 (Rothschild, 1997), atribuindo-se o seu lançamento ao trabalho de Wiebe em 1952 “Why can’t you sell brotherhood and rational thinking like you sell soap” (Salmon, 1989; Andreasen, 2002; Stead *et.al*, 2007a) que estabelecia assim a aspiração de se aplicar os princípios do marketing a ideias, particularmente às que beneficiam a sociedade.

O tema é relativamente recente, estando a sua origem datada por diversos autores em 1971 (Bloom e Novelli, 1981; Andreasen, 1994; Kotler *et.al*, 2002; Quinn *et.al*, 2010; Peattie *et.al*, 2012), aquando da publicação do artigo de Kotler e Zaltman em que se utiliza a terminologia pela primeira vez e se apresenta uma definição para o conceito. Em 2002, considerava-se que a disciplina estava claramente numa fase de crescimento do seu ciclo de vida (Andreasen, 2002; Kotler *et.al*, 2002).

O marketing social pode ser aplicado a um vasto leque de problemas e causas sociais existindo já experiência em áreas como promoção da saúde (planeamento familiar, nutrição), prevenção de danos (antitabaco, abuso de álcool e drogas, condução segura), proteção do ambiente (poupança de energia) e envolvimento comunitário (doação de sangue) (Fox e Kotler, 1980; Kotler *et.al*, 2002; Cheng *et.al*, 2011).

Para uma caracterização geral do tema, Alves (2010) realizou uma análise bibliométrica (análise estatística de livros, artigos e outras publicações) e concluiu que, durante o período analisado (1974-2009), se observam dois picos de publicações: um primeiro entre 1996 e 1997 e um segundo entre 2005 e 2008, sendo os autores mais publicados Andreasen, com dez trabalhos e Lengeler, Hastings e Black, com seis. Os autores mais citados são Kotler (aproximadamente 140 citações), Andreasen (60 citações), Rothschild e Bloom (aproximadamente 20). Os trabalhos que se revelam mais centrais pelas citações são os de Kotler e Levy (1969; "Broadening the Concept of Marketing"), Kotler, Roberto, e Lee (2002; "Social Marketing, Improving the Quality of Life"), Andreasen (1995; "Social Marketing Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment"), e Bloom e Novelli (1981; "Problems and Challenges in Social Marketing,").

Os artigos com o mais alto grau de centralidade³ (que dão acesso a mais informação sobre o tema) são os de Bloom e Novelli (1981; *Journal of Marketing*), Fox e Kotler (1980; *Journal of Marketing*), Kotler e Levy (1969; *Journal of Marketing*), Kotler e Zaltman (1971; *Journal of Marketing*), e de Wiebe (1951; *Public Opinion Quarterly*).

³ A medida (grau) de centralidade identifica os trabalhos que mais informação proporcionam (Alves, 2010).

1.2. Definição e Caracterização do Marketing Social

O marketing social engloba várias áreas de conhecimento como sejam as teorias da psicologia, sociologia, antropologia e comunicação, todas contribuindo para a compreensão de como influenciar o comportamento dos indivíduos (Stead *et.al*, 2007a; Truss *et.al*, 2010).

A definição de marketing social está sujeita a grande variação (Quinn *et.al*, 2010), tendo sido produzidas quarenta e cinco definições académicas revistas por pares em quarenta anos de atividade da disciplina (Dann, 2010).

Kotler e Zaltman (1971) inauguram o conceito de marketing social definindo-o como o projeto, implementação e controle de programas calculados para influenciar a aceitação de ideias sociais e envolvendo considerações de planeamento de produto, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de mercado.

Andreasen (1994) critica esta abordagem e refina a sua definição estabelecendo que marketing social é a aplicação de tecnologias de marketing comercial à análise, planeamento, execução e avaliação de programas desenhados para influenciar o comportamento voluntário das audiências-alvo de forma a melhorar o seu bem-estar e o da sociedade. Fundamentalmente, sublinha que o propósito do marketing social consiste na mudança de comportamento e não na disseminação de informação e ideias, estabelecendo que, apesar de realizar essa tarefa, o marketing social não pode ser confundido com educação e propaganda.

Ao analisar esta definição de Andreasen, Stead *et.al* (2007b) identificam quatro ideias-chave nela implícitas: 1) foco na mudança voluntária de comportamento, uma vez que o marketing social não assenta em coerção nem em força; (2) aplica-se o princípio de troca, pelo que o benefício para o grupo-alvo deve ser claro no caso de a mudança de comportamento ocorrer; (3) devem ser usadas técnicas de marketing, tais como orientação para o consumidor, pesquisa de mercado, segmentação, definição de audiências-alvo e *marketing mix*; (4) o objetivo do marketing social é melhorar o bem-estar do indivíduo e da sociedade e não beneficiar organizações que realizam esforços no âmbito do bem social. E estas são as características que criam a distinção entre o marketing comercial e o social.

Existem diversos contributos para a definição do marketing social mas recentemente tem sido comumente aceite a de Kotler *et.al* de 2006, versão que Peattie *et.al* (2012) e Aras (2011) elegem, concordando assim que o marketing social é um processo que aplica princípios e técnicas de marketing para criar, comunicar e oferecer valor de forma a influenciar comportamentos dos grupos-alvo que beneficiam a sociedade (saúde pública, segurança, ambiente e comunidades) bem como os grupos-alvo (Kotler *et.al*, 2006 citados por Kotler e Lee, 2008).

É ainda de considerar que, posteriormente, Dann (2010: 151) propõe uma definição, com base em outras duas consideradas de referência e em análise de conteúdo a quarenta e cinco definições académicas revistas por pares: “marketing social consiste na adaptação e adoção de atividades de marketing comercial, instituições e processos como meio para induzir mudança de comportamento de uma determinada audiência alvo, numa base temporária ou permanente, de forma a atingir um determinado objetivo.” E Janssen *et.al* (2013) elegem a definição de French e Blair-Stevens de 2010, a qual descreve o marketing social como a aplicação sistemática do marketing, em paralelo com outros conceitos e técnicas, para se atingir objetivos específicos de comportamento para um bem social.

É de notar que as definições e caracterização da disciplina variam, não só pelas visões diferentes que geram entre académicos e profissionais, como pelo contexto em que são estudadas e ainda pelo momento em que são desenvolvidas (French e Blair-Stevens, 2010).

Atualmente, é relativamente consensual que não existe uma definição acordada e facilmente operacionalizada para a ideia de intervenção de marketing social (Stead *et.al*, 2007a; McDermott *et.al*, 2005a; Quinn *et.al*, 2010).

A análise das principais definições permite concluir que existe consenso sobre quatro ideias fundamentais que caracterizam o marketing social: pretende influenciar comportamentos, utiliza um processo de planeamento que aplica os princípios e técnicas de marketing (orientação para o consumidor e aplicação dos 4P's), o foco está em segmentos de audiências-alvo prioritários e fornece um benefício positivo para a sociedade (Lee e Kotler, 2011).

A questão da mudança de comportamento (Andreasen 1994, 2002; Kotler e Andreasen, 1995; Stead *et.al*, 2007a; Bahri e Harrison-Woolrych, 2012) bem como a intenção de melhorar o bem-estar dos indivíduos e da sociedade (Gordon *et.al*, 2006) são assim as duas vertentes que distinguem o marketing social de outras formas de intervenção de marketing. E a influência de comportamento, em vez do termo mudança, será mais apropriado, na ótica de Lee e Kotler (2011) pode ter como objetivo uma de seis situações: aceitar um novo comportamento, rejeitar um comportamento potencialmente indesejável, modificar um comportamento corrente, abandonar um comportamento indesejável, continuar um comportamento desejável e substituir um comportamento por outro.

A literatura evidencia ainda alguma confusão sobre a utilização do termo marketing social em trabalhos que não o são e a sua ausência em programas que têm características de marketing social (Andreasen, 1994; Alden *et.al*, 2011), dificultando o seu reconhecimento e estudo. E com a intenção de se identificar as abordagens que podem ser legitimamente denominadas marketing social, Andreasen (2002) propõe seis *benchmarks*: (1) a mudança de comportamento, como o critério para planejar e avaliar as intervenções; (2) a pesquisa das audiências para se (a) compreender os grupos-alvo (pesquisa formativa), (b) pré-testar, como rotina, elementos da intervenção antes da sua implementação e (c) monitorizar as intervenções à medida que vão sendo implementadas; (3) a segmentação cuidadosa das audiências-alvo para assegurar máxima eficiência e eficácia na utilização de recursos escassos; (4) trocas atrativas e motivadoras como elemento central de qualquer estratégia de influência; (5) Os quatro P's do marketing *mix* devem ser utilizados: criar um pacote de benefícios atrativo (*product*), minimizando custos (*price*), criando a troca fácil e conveniente (*place*) e comunicando mensagens poderosas através de meios relevantes às audiências-alvo (*promotion*); (6) a concorrência face ao comportamento desejado deve ser alvo de atenção cuidadosa.

É também evidente na literatura a comparação entre a atividade de marketing convencional e a de marketing social, sublinhando as semelhanças e as diferenças num esforço para as distinguir entre si. E igualmente, tem-se revelado necessário distinguir o marketing social de outras formas de comunicação (French e Blair-Stevens, 2010), como a comunicação e mobilização social (Andreasen, 1994), publicidade social (Truss *et.al*, 2010),

marketing para organizações não lucrativas (Fox e Kotler, 1980), responsabilidade social ou marketing não lucrativo e outras formas de intervenção social como a legislação e a educação (McDermott *et.al*, 2005a).

Nesse sentido, Grier e Bryant, (2005) estabelecem que os traços que caracterizam o marketing social emanam do cenário conceptual do marketing e integram conceitos como a teoria da troca, a segmentação da audiência, a concorrência, o marketing *mix*, a orientação para o consumidor e o controle contínuo. Paralelamente, Janssen *et.al* (2013) apresenta oito princípios, adicionando aos anteriores, *insight*, objetivos de comportamento e baseado em teoria, não referindo o controle contínuo. E defende que o alcance de uma intervenção de marketing social aumenta com o número de critérios que integra.

Andreasen (1994) estabelece três critérios que identificam o marketing social, distinguindo-o de outras disciplinas: (1) aplica tecnologias de marketing comercial, (2) o foco está na influência de comportamento voluntário, (3) beneficia, de forma primária, os indivíduos, famílias ou a sociedade em geral e não organizações de marketing. Este terceiro critério afasta definitivamente do conceito de marketing social os esforços das empresas ao realizarem programas ou campanhas de carácter social (relacionadas com ambiente, responsabilidade social, etc.) e que obviamente contemplam fins menos altruístas, uma vez que o principal objetivo é a sua reputação.

A literatura sobre marketing social caracteriza-se pela forte discussão sobre se é lícita e eficaz a aplicação do marketing comercial a questões sociais, tanto porque o último tem objetivos comerciais e de lucro e o primeiro não, bem como porque as questões sociais se revestem de uma caracterização diferente e mais complexa (Kotler e Zaltman, 1971; Bloom e Novelli, 1981; Malafarina e Loken, 1993; McDermott *et.al*, 2005a; Peattie *et.al*, 2012). E, em geral, pressupondo a sua natureza distinta do marketing convencional, a literatura manifesta acordo em recorrer-se ao marketing social para mobilizar mudança de comportamentos sociais com vista ao bem estar da sociedade, dos indivíduos e das famílias (Bloom e Novelli, 1981; Kotler e Andreasen, 1995; Rothschild, 1999; Bahri e Harrison-Woolrych, 2012). Segundo Kotler e Andreasen (1995), o marketing social apenas difere de outras áreas de marketing pelo seu objetivo único de pretender influenciar comportamentos sociais, beneficiando as audiências-alvo e a sociedade em geral. E a ideia de transação

voluntária que integra um benefício para o grupo-alvo é central para diversos autores (Lefebvre e Flora, 1988; Andreasen, 1994; Rothschild, 1999; Bahri e Harrison-Woolrych, 2012).

Uma das questões de acordo geral refere-se à necessidade de os programas de marketing social trabalharem sobre os quatro P's, conceito da arena comercial mas que adquire especificidades no campo social. Assim, *product* é encarado como o comportamento a atingir (por ex., condução mais lenta) e para o adotar, o indivíduo deve ter um problema para o qual o produto deve oferecer uma solução; *price*, uma variável que, para além de monetária, engloba todos os custos e barreiras envolvidos (de oportunidade, tempo, esforço, inconveniência) e assim, os benefícios potenciais têm que recompensar os custos inerentes; *place* refere-se aos canais através dos quais a troca é promovida ao grupo-alvo e onde as motivações se transformam em ações; *promotion* diz respeito à estratégia e táticas de comunicação e persuasão que tornarão o produto desejável para a audiência (Kotler e Zaltman, 1971; Suarez e Almazor, 2011; Rothschild, 1979, Gordon, 2012).

Concretamente no campo da saúde, a aplicação de programas de marketing social considera uma visão de espectro mais amplo que relaciona a saúde pública com a ética de justiça social, a qual procura reduzir a desigualdade na sociedade como um meio para melhorar a saúde (Wallack, 2002). Assim, existindo uma relação provada entre a maioria dos problemas de saúde e sociais e privação, a tentativa de alterar comportamentos individuais em situações que se enquadram naquela relação, ignorando a sua base socioeconómica e ambiental, será infrutífera. E o marketing social apenas tratará os sintomas e não as causas a eles subjacentes (Wood, 2016). Nesse contexto, defende-se que, para os problemas de saúde que têm uma origem social, devem utilizar-se ferramentas que são mais apropriadas para confrontar e mudar as condições sociais (Wallack, 2002; Wood, 2016), pressupondo que o objetivo de mudança de comportamentos individuais não é adequado àquelas situações. Paralelamente, se esses problemas têm origem na ignorância do indivíduo ou na falta de compreensão sobre assuntos básicos de estilos de vida, então é necessário motivar mudança de comportamento individual (Wallack, 2002). O desenvolvimento desta visão discute assim o recurso a abordagens *upstream*, que consistem em influenciar profissionais, organizações e responsáveis e decisores políticos

com o objetivo de criar um ambiente favorável no qual os indivíduos se encontram (Gordon *et.al*, 2006; Wood, 2016).

Assim, a mudança de comportamento como questão central do marketing social constitui uma condição *sine qua non*; mas as estratégias para o induzir são alvo de discussão na literatura, como se apresenta em seguida.

1.3. Estratégias de Gestão de Comportamentos

Em geral, as estratégias de gestão de comportamentos assumem denominações e conceptualizações distintas na literatura.

Rothschild (1999) distingue três tipos; a educação, o marketing e a legislação.

A educação refere-se a mensagens que tentam informar e/ ou persuadir o grupo-alvo a comportar-se voluntariamente de determinada forma mas não fornece compensação ou punição direta e/ ou imediata, de que é exemplo a mensagem “Coma 5 doses de fruta e legumes diariamente”. A educação pode ensinar e criar notoriedade sobre benefícios existentes; no entanto não consegue oferecê-los de forma explícita. E, se isolada, pode sugerir uma troca mas não pode oferecer o benefício da troca de forma explícita. É uma estratégia relevante nos casos em que os indivíduos desconhecem o tema, não sendo, porém, motivados quando adquirem conhecimento. A comunicação em saúde, ou seja, o desenvolvimento e a difusão de ideias para audiências específicas com a intenção de influenciar o seu conhecimento atitudes e convicções a favor de escolhas comportamentais saudáveis, tem paralelo com este conceito.

A legislação caracteriza-se pelo recurso à coerção para atingir comportamento de forma não voluntária ou ameaçando com punição por incumprimento. É uma estratégia adequada nos casos em que os indivíduos têm conhecimento mas se recusam a agir.

O marketing envolve tentativas de oferta de incentivos ou consequências de reforço num ambiente que convida às trocas voluntárias. O ambiente torna-se favorável ao comportamento apropriado através do desenvolvimento de escolhas com vantagens competitivas (produtos e serviços), relações de custo-benefício favoráveis (preço), e

melhorando a vantagem de tempo e local (canais de distribuição). É uma estratégia adequada a todos os outros casos de nível de conhecimento dos indivíduos e motivação para agir.

Segundo Rothschild (1999), educação e marketing são semelhantes já que ambos propõem comportamentos de livre escolha, sem coerção. O marketing oferece uma recompensa explícita (a ideia de troca implica uma oferta baseada na compreensão dos interesses pessoais da audiência e que recompensam os custos associados à adoção do comportamento desejado), enquanto que a educação apenas pode oferecer uma potencial recompensa futura e não consegue criar diretamente reforço. Assim, enquanto que o marketing oferece uma troca explícita, a educação implica que a recompensa pode existir mas o grupo-alvo tem que a procurar. O marketing adiciona escolhas ao ambiente; a educação, por seu lado, informa e persuade de entre as escolhas já existentes.

O autor sublinha ainda que as ferramentas a utilizar devem ter relação com o estado de motivação em que a audiência-alvo se encontra (inclinado, resistente ou incapaz). E, entre outros fatores, conclui que a educação aumentará fracamente a motivação para agir de forma voluntária em comparação com o marketing, que terá capacidade moderadamente aumentada para o fazer; a educação dá a conhecer oportunidades existentes e o marketing pode criar oportunidades; a educação poderá ser suficiente quando a escolha competitiva é passiva mas não quando ela é intensa, situação em que o marketing pode ser eficaz. E se o poder do comportamento alternativo se intensifica ainda mais, será necessário recorrer a legislação. Assim, Rothschild (1999) determina que as três abordagens funcionam num eixo, cujos extremos seriam definidos por liberdade e pressão, em que a legislação ocuparia o extremo mais próximo de pressão (e simultaneamente de poder, por parte de quem o exerce) e a educação o mais próximo de liberdade. E defende que o marketing oferece escolha livre e, simultaneamente, gestão do comportamento através de mudanças ambientais

Segundo o autor, a gestão do comportamento público na área da saúde assenta fortemente em educação e legislação, negligenciando a filosofia do marketing e da troca.

A sugestão de Rothschild sobre os três tipos de gestão de comportamento apresenta alguma fragilidade: considerando o paralelismo do marketing social com o marketing

comercial, a comunicação é assumidamente uma das vertentes do marketing (o P de Promoção) e não coexiste num plano concorrente. Neste sentido, a educação poderá ser uma abordagem de comunicação mas parece estar num plano diferente, não concorrente, de estratégia de gestão de comportamento.

Zaltman e Duncan (1977, citados por Salmon, 1989) descrevem quatro categorias principais de estratégias: poder, persuasão, reeducação normativa e facilitação. Em geral, estas estratégias podem ser diferenciadas em termos do grau de liberdade que cada uma permite, ideia partilhada por Rothschilds (1999). O limite deste contínuo é a estratégia de poder em que se impõe mudança a um grupo, geralmente sob obrigação legal ou controle de recursos financeiros. É a estratégia mais inibidora de liberdade e utilizada em situações em que o tempo é limitado, se antecipa oposição e o *target* de mudança não pode ou não deseja essa mudança.

A estratégia de persuasão, considerada manipulativa mas menos repressiva do que a anterior, tende a ser eficaz em casos em que os recursos disponíveis são limitados devendo criar-se necessidades, motivações e compromisso por parte do grupo-alvo e antecipar resistência à mudança. Muitas campanhas consideradas de propaganda e publicidade comercial inscrevem-se nesta categoria.

A estratégia de reeducação normativa rege-se sob a noção da apresentação imparcial dos factos com a intenção de oferecer uma justificação para a ação. É considerada de mais liberdade do que as anteriores. Esta estratégia é mais eficaz nos casos em que os sujeitos acreditam que existe um problema e que não existe conhecimento sobre soluções para esse problema, não é necessária uma mudança rápida, existem recursos financeiros de longa duração e é solicitada mudança sistémica significativa.

A estratégia de facilitação pressupõe a existência de recursos disponíveis para um sistema que está interessado em mudar mas que carece de algumas condições para o fazer. Para que este tipo de mudança seja eficaz, o grupo-alvo tem que ter conhecimento do problema e deve desejar mudar, a resistência deve ser mínima e a única barreira à mudança deverá ser falta de recursos.

Esta abordagem de Zaltman e Duncan (1977, citados por Salmon, 1989) de quatro categorias, apesar de fazer sentido na linha de grau de liberdade permitido, parece não ter

materialização, uma vez que a literatura sobre marketing social não reflete a existência de intervenções com as características correspondentes às denominadas de reeducação normativa e facilitação.

Kotler *et.al* (2002) distinguem o marketing social de outras formas de influência do comportamento como tecnologia, economia, legislação e educação. A tecnologia corresponde a inovações que apoiam ou alteram o comportamento, de que é exemplo o cinto de segurança que aperta automaticamente. A economia consiste no recurso a pressão ou incentivos que contribuem para influenciar o comportamento, como o aumento de impostos sobre produtos dos quais se pretende reduzir o consumo. A legislação impõe normas e penas e é a forma mais dura, de que é exemplo a regulação de um nível máximo de álcool no sangue para condutores. A educação, que assume uma posição ténue em relação ao marketing social, constitui apenas uma das ferramentas do marketing, a promoção, ilustrado com o exemplo da informação sobre o contágio da SIDA.

De facto, esta visão de Kotler *et.al* (2002) parece pouco clara, uma vez que a tecnologia não se desenvolve de forma isolada, tendo clara e frequentemente objetivos de marketing implícitos; por seu lado, a economia constitui a arena onde algumas iniciativas se desenvolvem, mas os exemplos oferecidos pelos autores têm normativas subjacentes, pelo que poderiam ser considerados legislação.

Assim, o marketing social surge como uma abordagem diferente da educação/persuasão pelo papel mais global que o primeiro assume, devendo evidenciar-se que, tal como acontece na arena comercial, a comunicação constitui uma das suas componentes (o P de *Promotion* do *marketing mix*).

Nesse sentido, e como conclusão, as estratégias de gestão de comportamentos que realmente parece constituírem categorias diferentes seriam a legislação e o marketing, assumindo que deste, resultará uma estratégia de comunicação que definirá um tipo de abordagem de carácter mais persuasivo ou mais pedagógico, neste caso considerando a natureza mais informativa e objetiva do conceito de educação.

1.4. A Eficácia Provada de Alguns Programas de Marketing Social

É notória a necessidade de se encontrar argumentos que validem a concretização da atividade do marketing social, nomeadamente sobre a eficácia dos seus programas.

Fox e Kotler (1980) reconhecem que existem poucos trabalhos desenvolvidos para que se possa criar uma base de dados para estudo e que, uma vez que esses trabalhos foram realizados sem controle experimental, é difícil saber se a mudança de comportamento se deve aos esforços de marketing ou a outros fatores. Os casos que descrevem nas áreas do planeamento familiar e de estilos de vida saudáveis não tinha, na altura, avaliação em termos de custo/ benefício nem de efeitos de longo-prazo.

Deve considerar-se alguns resultados menos positivos ou ausência de evidência sobre os efeitos das intervenções de marketing social: Janssen *et.al* (2013), na sua revisão sistemática da literatura sobre os efeitos das intervenções de marketing na área da prevenção do álcool, determinam que a sua análise não permitiu concluir se a aplicação de marketing social a prevenção de álcool consegue realizar mudanças de atitude e comportamento relacionadas com o seu consumo. Adiantam que, das três abordagens consideradas, legislação, educação e persuasão, a primeira parece ser a mais eficaz e que existe pouca evidência para se concluir sobre mudança de comportamento em resultado das duas últimas.

Mas na generalidade, os autores acreditam na aplicação do marketing às causas sociais e nos resultados que alcançam. Em 1951, Wiebe (citado por Stead *et.al*, 2007b) analisou quatro campanhas de mudança social e concluiu que, quanto mais semelhanças tinham com o marketing comercial, mais sucesso alcançavam.

Kotler e Zaltman (1971) consideram que o marketing social é um cenário promissor para planear e implementar a mudança social e Bloom e Novelli (1981) defendem que o contributo do marketing pode ter impacto positivo nos programas sociais. Lefebvre e Flora (1988) afirmam que existe experiência positiva de programas de mudança de comportamento na área da saúde que recorreram aos princípios do marketing social e concluem, no seu trabalho, que a disciplina é uma referência inestimável para desenvolver,

implementar, avaliar e gerir programas focados na mudança de comportamento em larga escala. Kotler e Andreasen (1995) concluem que o marketing social já provou ser uma poderosa ferramenta para influenciar a mudança massiva de comportamento e apresentam diversos trabalhos que o demonstram.

Os três programas estudados por Grier e Bryant (2005) evidenciam sucesso do marketing social no desenvolvimento de novos produtos de saúde pública (*The Road Crew*), na melhoria de serviço e aumento de utilização de um programa (*The Texas WIC Program*) e na promoção de comportamentos alimentares saudáveis (*The Food Trust*).

Os programas “*The Truth Campaign*”, um esforço antitabaco junto de jovens na Florida (Peattie e Peattie, 2009; Pivonka *et.al*, 2011), bem como o “*Click it or Ticket*”, cuja intenção consistiu em influenciar a utilização de cinto segurança, e ainda o “*VERB*”, para aumentar a atividade física (Pivonka *et.al*, 2011), também apresentam evidência de êxito.

A revisão sistemática de McDermott *et.al* (2005b) a 28 estudos sobre intervenções de marketing social na área da nutrição e segurança alimentar demonstrou que os seus princípios foram aplicados com êxito na área da nutrição. E os resultados da revisão sistemática de Gordon *et.al* (2006), a qual analisou a eficácia de alguns programas de marketing social, mas apenas aqueles que cumpriam os seis *benchmarks* sugeridos por Andreasen (2002), corroboram aquela conclusão, pois oferecem forte evidência de que o marketing social pode aumentar o consumo de frutas e legumes, reduzir o consumo de gorduras e melhorar o conhecimento sobre nutrição.

Stead *et.al* (2007a), na sua revisão sistemática da eficácia do marketing social, concluem que há evidência de que as intervenções que adotam os princípios de marketing social podem ser eficazes para uma variedade de comportamentos de forma transversal, numa série de grupos-alvo, em diferentes cenários e podem influenciar experiências políticas e profissionais, bem como os indivíduos.

O trabalho de Aras (2011) determina que existe evidência de esforços feitos em marketing social que tiveram êxito em atingir grupos de população e em melhorar o seu comportamento em diversas áreas de saúde.

Pivonka *et.al* (2011) demonstram que a notoriedade da recomendação de consumo de frutas e legumes realizada pelo programa “5 a Day” aumentou de 8% em 1991 para 40% em 2004. No entanto, reconhecem que este conhecimento não se traduziu em comportamento.

E a metanálise a avaliações de intervenções de marketing social na área da saúde de Hung (2017) conclui igualmente sobre a sua eficácia, com pequenas mudanças de comportamento mas estatisticamente significativas, determinando que as que intervieram concretamente nas áreas da alimentação, atividade física e tabaco foram eficazes, ao contrário das que atuaram no campo do álcool, bem como as que definiram múltiplos objetivos.

Efetivamente, a literatura reporta com evidência a eficácia de uma série de intervenções de marketing social na área da saúde e concretamente no campo da nutrição. Porém, o estudo de casos que demonstram e concluem com evidência que o sucesso das intervenções de marketing social é possível, alertam, em paralelo, que é necessário cumprir determinados requisitos, como sejam o trabalho sobre os 4 P's (Alden *et.al*, 2011; Cheng *et.al*, 2011; Gordon, 2012; Hung, 2017), considerar que a concorrência oferece permanentemente condições hostis ao comportamento que se pretende estabelecer (Kotler *et.al*, 2002; Lee *et.al*, 2011), basear as decisões e o planeamento dos programas em teoria (Janssen *et.al*, 2013), realizar pesquisa (Andreasen, 2002; Grier e Bryant, 2005; Hung, 2017), aplicar técnicas de segmentação do grupo-alvo (Kotler *et.al*, 2002; McVey e Walsh, 2010), entre outros. E deve ainda considerar-se todas as possibilidades disponíveis para, num esforço orquestrado, construir sinergias que contribuam para atingir o comportamento desejado.

1.5. O Papel das Parcerias

Recordando que o objetivo central do marketing social consiste no bem social, será importante determinar que os esforços de marketing social por parte de uma empresa não visam como benefício principal o bem da sociedade, e assim, transformam-se em marketing comercial (Hastings e Angus, 2011).

No entanto, atualmente, diversos autores (Cheng *et.al*, 2011; Lee, 2011; Lengeler, 1999; French, 2010b) aceitam a perspectiva de o marketing social considerar parcerias, nomeadamente do sector privado e do terceiro sector, cujo contributo adiciona valor aos esforços de mudança de comportamento. A obra de Cheng, Kotler e Lee (2011) reflete essa posição, ao apresentar vários exemplos de programas de marketing social em parceria com organizações não lucrativas, governos, organizações de media, comunidades locais e indivíduos, bem como do sector privado. Ora, esta é, à partida, uma questão relevante, uma vez que a entrada de empresas do sector privado no marketing social poderia desvirtuar os objetivos altruístas e isentos de interesse comercial. Mas é também possível aceitar que essas parcerias podem ser consideradas, se forem chamadas a participar com um papel bem definido e limitado, em situações que contribuem para o sucesso de determinado programa, de que é exemplo a doação de vacinas por parte de uma farmacêutica num programa de vacinação contra a tuberculose no Peru, (Lee, 2011). Lengeler (1999) defende mesmo estas alianças, tanto com o sector público como com o privado, como um imperativo moral e prático em sociedades que ainda não podem sustentar serviços básicos curativos. E French (2010b) considera que os grandes desafios da sociedade atual (pobreza, fragilidade da saúde, consumo sustentável, desigualdade, e mudanças climáticas) requerem esforços coordenados entre o estado e o sector privado, acrescentando que as parcerias constituem uma oportunidade para envolver as grandes empresas e usufruir da sua experiência de marketing, uma vez que o contexto em que o marketing social atua caracteriza-se geralmente por grandes limitações de recursos. O autor conclui que as parcerias entre sectores podem aumentar o impacto das iniciativas de marketing social e oferecer apoio para a mudança de comportamento em áreas e de formas que o sector público, isoladamente, não pode. Mais tarde, a sua obra (French, 2017) reitera a ideia de que o estado não pode gerir a saúde pública de forma isolada, sublinhando que a sociedade civil tem um papel ativo relevante e que o sector privado e as Organizações não Governamentais (ONG's) desempenham um papel vital na gestão dos grandes desafios de saúde que o mundo enfrenta.

Donovan (2011) parece concluir sobre este tema ao assumir de forma perentória que o que distingue uma ação de marketing social de outra que não o é consiste na motivação,

estabelecendo que estamos perante um cenário de marketing social quando a principal ou única motivação reside no bem público e não estamos, quando a motivação principal reside no lucro, mesmo que possa contribuir para o bem público. Este seria o enquadramento da questão levantada por Andreasen (1994) sobre a possibilidade de a prática do marketing social estar limitada a áreas públicas e não lucrativas, podendo defender-se que o sector privado se empenha em marketing social quando a indústria seguradora encoraja a utilização de cinto de segurança. Porém, Donovan (2011) defenderia que esses esforços não se inscrevem no âmbito do marketing social uma vez que a sua intenção principal não consiste em atingir um objetivo socialmente desejável. Ilustra esta afirmação com o exemplo de uma determinada marca doar à UNICEF o custo de uma vacina de tétano por cada embalagem de produto vendida, declarando que esta iniciativa tem como propósito o lucro, através da venda de produto ou da imagem positiva que gera.

1.6. A Corrente Crítica do Marketing Social e a sua Ética

É incontornável considerar a corrente crítica ao marketing social baseada na sua ética, que Fox e Kotler (1980) referem, também abordada por Andreasen (1994) e da qual Laczniak, Lusch e Murphy (1979) são seguidores. Segundo estes autores, o marketing social é manipulativo e potencialmente não ético. Laczniak *et.al* (1979) realizaram uma pesquisa junto de quatro grupos de especialistas (professores de ética, membros da sociedade para o estudo psicológico de assuntos sociais, assinantes do *Journal of Economic History* e profissionais de marketing) para estudar as dimensões éticas do marketing social. Em conclusão, assumem que a disciplina, quando devidamente utilizada, pode ajudar a produzir comunicação eficaz e, quando mal utilizada, pode conduzir a abuso social. E referem ainda que se devem considerar várias dimensões éticas controversas na prática do marketing social.

Paralelamente, a literatura evidencia a evolução do marketing social crítico que descreve a preocupação com as consequências sociais do marketing, introduzindo uma

dimensão crítica que pretende compreender os dois lados, o bom e o perverso, que o marketing social pode trazer à sociedade (Gordon, 2011).

À partida, a questão central do marketing social, o bem social, abre debate e discussão tanto sobre o que é o bem, como sobre quem decide o que é o bem (Truss e White, 2010). Grier e Bryant (2005) afirmam que o marketing social envolve algumas das nossas mais profundas convicções e juízos morais, sendo por isso sujeito a dilemas éticos.

Truss e White (2010) referem que o marketing social tem sido atacado de controlo social e de fazer parte da agenda dos governos. Mas, ao assumir-se que, através dos seus mandatos democráticos, esses mesmos governos tentam modificar o comportamento dos cidadãos em diversas áreas, Rothschild (2001, citado por Truss e White, 2010) alerta para o facto de a questão a considerar não ser tanto se o marketing social é ético mas sim qual é a ética do marketing quando comparado com legislação e educação, como alternativas de gestão de comportamento.

Por seu lado, Fox e Kotler (1980) argumentam que, sendo o processo de defesa de uma causa social aberto, ele não é manipulativo, já que o conceito de manipulação é conotado com a ideia de dissimulação. Kotler e Andreasen (1995) concluem que o marketing não é intimidante nem coercivo; é tecnologia sã e eficaz para criar trocas e influenciar o comportamento que deve beneficiar a sociedade, uma vez que a sua premissa consiste em responder às necessidades e desejos do cliente. E Rothschild (1999) defende que o marketing social oferece um mecanismo para encontrar um equilíbrio cooperativo entre direitos do indivíduo e direitos da sociedade. Operando através de livre escolha, o marketing social protege os direitos do indivíduo, uma vez que ninguém é forçado a aceitar a oferta social, negando assim a ausência de liberdade na escolha de comportamento por parte do indivíduo.

De facto, o marketing tradicional, apenas operando em mercados de livre concorrência, assume como pressuposto a liberdade de escolha dos consumidores. Paralelamente, o marketing social deixa igualmente a possibilidade de escolha no sentido de se poder mudar ou não o comportamento proposto (Rothschild, 1999). Em sociedades sem liberdade, esta possibilidade de escolha não é possível, tal como Santos (2013) corrobora, afirmando que a

dimensão voluntária só pode ser exercida por agentes dotados de liberdade de opção, num ambiente de democracia.

Assim, a questão central da ética diz respeito à definição de bem social que obviamente pode ter contornos polémicos, já que as visões individuais de bem-estar podem diferir das da sociedade.

A implementação de um programa de marketing social gera algum poder do ponto de vista político e comunicacional, questão que suscita o apelo de diversos autores (Andreasen, 1994; French e Blair-Stevens, 2010; Lee *et.al*, 2011) à responsabilização e ética dos profissionais de marketing social.

Como conclusão, dir-se-á que, a exemplo do que ocorre com qualquer arma, ferramenta, descoberta científica, o marketing social pode ser utilizado para boas e más causas. E aceita-se a visão de Donovan (2011) que determina que a motivação constitui o motor das intenções, enquadrando no marketing social as iniciativas cuja principal ou única motivação reside no bem público.

1.7. Atividade de Marketing Social em Portugal

Em Portugal, a atividade do marketing social reflete, à sua escala, o cenário do mundo, tanto em escassez de investigação e aplicação, bem como na confusão gerada pela sua utilização a causas sociais assinadas por empresas. Algumas das iniciativas mais marcantes devem ser consideradas (Santos, 2012):

Em 2002 realiza-se em Lisboa o seminário Marketing Contra a Pobreza, organizado pela Rede Europeia Anti-Pobreza.

Em 2003, o ISCTE integra o estudo do Marketing Social numa Pós-Graduação.

É publicado o livro baseado na pesquisa de Reto e Sá (2003) sobre segurança rodoviária “Como nos Matamos nas Estradas e como o Evitar”.

Em 2004, é publicado o primeiro livro sobre o tema “Melhorar a Vida, Um Guia de Marketing Social”, pela Fundação CEBI, coordenado por Carlos Oliveira Santos e com prefácio de Luís Reto.

Em 2006, publica-se o trabalho de Lopes sobre a SIDA: “SIDA: Os Media são Deuses de Duas Cabeças: Como estruturar campanhas de Saúde Pública”.

Em 2011, realiza-se no ISCTE-IUL o Workshop & Conferência “Marketing Social e Mudança dos Comportamentos Sociais”, com a participação do Professor Jeff French e o apoio da Fundação CEBI.

Da pesquisa feita no RCAAP em Janeiro de 2015, surgem apenas quatro investigações de autores portugueses ao nível de doutoramento com trabalhos na área do marketing social: Alves (2010), Martins (2012), Balonas (2013), e Santos (2013).

O artigo de Alves (2010) apresenta os resultados de uma análise bibliométrica às publicações sobre marketing social mas este trabalho não corresponde a uma investigação contínua na disciplina, sendo a sua tese de doutoramento numa área diferente.

Martins (2012) realiza a sua investigação em marketing social na área da amamentação, assumindo claramente o marketing social como cenário de enquadramento.

Balonas (2013) centra a sua tese de doutoramento na caracterização do fenómeno da publicidade a favor de causas sociais, concedendo um capítulo ao tema do marketing social.

Santos (2013) realiza a sua investigação na área da Ciência Política e enquadra o marketing social em articulação com a primeira.

Seria relevante apresentar, nesta fase, o mapeamento da atividade de marketing social em saúde em Portugal. Porém, essa atividade tem sido realizada de forma vaga, desconexa, sem estratégia, com enormes investimentos e resultados nulos, concretamente em campanhas de prevenção rodoviária, de SIDA e de fogos (Santos, 2006), excluindo essas iniciativas do enquadramento do marketing social, que pressupõe a definição de estratégias e constante avaliação. E como referido anteriormente, o marketing social não deve ser confundido com outras formas de intervenção social, nomeadamente a publicidade social ou comunicação pública. Assim, remete-se para o subcapítulo intitulado Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição a identificação das campanhas veiculadas, em concreto, na área da nutrição em Portugal.

1.8. O Futuro Promissor do Marketing Social

A relevância do tema do marketing social é demonstrada por Stead *et.al* (2007b) ao afirmarem que o marketing social tem tido uma utilização crescente nos EUA como uma estratégia de saúde pública para influenciar comportamentos e estilos de vida como fumar, beber, consumo de drogas e dietas. Estabelece ainda que o marketing social foi reconhecido em 2004 no *White Paper on Public Health* ao evidenciar o seu poder para construir conhecimento público e mudança de comportamentos. Mulgan (2010) assume que todos os governos estão sob grande pressão para melhorarem a sua influência sobre o comportamento público. Ao defenderem que o marketing social deve constituir uma ferramenta ao serviço do bem social, vários autores como Kotler e Zaltman, (1971), Andreasen (1994) e Mulgan (2010) deixam clara a importância da disciplina e o contributo positivo que pode trazer aos indivíduos, famílias e sociedade.

Encarando o marketing social como uma disciplina em desenvolvimento, não se deve ignorar o ponto de vista de um conjunto de autores (Alcalay e Bell, 2000; Blair-Stevens *et.al*, 2010; Nicholson e Xiao, 2011) que defendem a necessidade de integrar a teoria da psicologia no marketing social, uma vez que o objetivo deste consiste na mudança de comportamentos e ainda porque a teoria da psicologia tem uma avançada consistência teórica apresentando trabalhos em áreas sociais abordadas pelo marketing social e que este ignora. Como evidência, Nicholson e Xiao, (2011) mencionam que o livro de referência da disciplina de Kotler e Lee (2008, *Social Marketing: Influencing Behaviours for Good*) não contém uma única alusão a teorias de comportamento. Esta integração também pode evitar o fracasso já observado de algumas campanhas de mudança de comportamento, pelo facto de terem sido planeadas por profissionais que desconheciam a dificuldade em mudar comportamentos (McKenzie-Mohr, 2000). De acordo com estes autores, as campanhas de media convencionais podem ser eficazes para criar consciência pública e alterar atitudes mas são limitadas na sua capacidade para provocar mudança de comportamentos. E Santos (2013) diagnostica a disciplina de défice teórico e sublinha que ela necessita de teoria e de aprendizagem baseada em teoria.

É ainda de notar que parte dos comportamentos sociais, de saúde e ambientais que se pretende alterar não constituem atos isolados; estão, por um lado, integrados numa estrutura social com capacidade para exercer grande pressão ao nível individual (Blair-Stevens *et.al*, 2010) e necessitam, por outro, de um esforço de continuidade, classe esta que é de mais difícil abordagem e de atingir o êxito, uma vez que é necessário garantir a mudança ao longo do tempo, ou seja, em manutenção (McKenzie-Mohr, 2000; Wymer, 2010), para o que é imprescindível um conhecimento profundo das teorias do comportamento.

Paralelamente têm sido realizadas propostas no sentido de se emancipar o marketing social da arena comercial, permitindo o seu desenvolvimento com recurso a variáveis e combinações diferentes da limitação ao marketing *mix* dos quatro P's e que servem melhor os propósitos da mudança ou influência de comportamento e mais focado no consumidor (Gordon, 2012). Neste sentido, observa-se uma tendência mais recente para se alterar a terminologia dos conceitos derivados do marketing comercial com a intenção de a tornar mais próxima do seu contexto de intervenção: proposta em vez de produto; acessibilidade substituindo *place*; custos de envolvimento para preço; e comunicação social em vez de promoção (Peattie e Peattie, 2009). E um dos termos utilizados por praticamente todos os autores deveria também ser alterado: o grupo alvo dos programas de marketing social deveria denominar-se cidadão e não consumidor, pois em todos os programas de marketing social o público-alvo tem um papel de cidadão, com comportamentos sociais e não papel de comprador em mercados de produtos ou serviços. De toda a literatura revista sobre este conceito, poucos autores referem esta evidência, como Wallack (2002) e Hastings (2011).

O futuro do marketing social necessita ainda de consolidar a base de evidência sobre os métodos que funcionam para mudar comportamentos. Para isso, a disciplina precisa, com urgência, de dispor de estudos de experiências, com avaliações robustas e aprendizagem mais rápida, ou seja, é necessário melhor conhecimento sobre o que funciona e a que custo (Mulgan, 2010).

Acredita-se de forma generalizada que os esforços isolados de comunicação de massas surtem efeitos modestos e apenas de curto-prazo, devendo ser ancorados em programas de marketing social (Alcaley e Bell, 2000) e considerarem diversas abordagens

como persuasão, educação, legislação, e vários canais como contacto pessoal, intervenções estruturais de mudança comportamental ao nível social e não apenas individual, participação de *stakeholders*, assegurando assim comunicação *downstream* (para o público a quem se deseja alterar o comportamento), *upstream* (dirigida aos decisores para atingir fatores estruturais e sociais) e *midstream* (dirigida a indivíduos com capacidade para influenciar outros na comunidade), entre outros (Cheng *et.al*, 2011; Alden *et.al*, 2011; Wallack, 2002; Wood, 2016).

A grande defesa do valor do marketing social por oposição a outras abordagens como educação e legislação é evidenciada pela sua capacidade única de oferecer incentivos num ambiente que convida às trocas voluntárias; a educação limita-se à função de informar não conseguindo trazer os benefícios de forma explícita e a legislação envolve o recurso a coerção, suscitando comportamentos não voluntários (Rothschild, 1999).

Nesse sentido, e avaliando a realidade em Portugal, é necessário transformar a comunicação isolada e grandes investimentos inconsequentes em programas de marketing social concertados com a comunicação pública, à semelhança do que é recomendado na arena comercial, de forma a garantir a máxima eficácia, o máximo retorno e a transformação de custos em investimento.

Uma vez que é comumente aceite que muitos problemas sociais e de saúde têm causas comportamentais, o marketing social pode oferecer uma base para promover mudanças de comportamento positivas, já que o seu trabalho consiste na mudança de comportamento (McDermott *et.al*, 2005b). E de forma geral, a eficácia reportada pelas revisões sistemáticas de Gordon *et.al* (2006) identificam o marketing social como uma abordagem de intervenção muito prometedora para aplicar a comportamentos de saúde.

A análise crítica à literatura evidencia alguns hiatos, nomeadamente sobre a dificuldade na avaliação dos programas que, pelas razões anteriormente expostas, não é claramente conclusiva. E sendo uma questão fundamental na decisão sobre a sua implementação, ela ainda não oferece uma resposta satisfatória.

Um segundo tema que permanece pouco claro diz respeito ao papel que as parcerias podem desempenhar nos programas de marketing social. Apesar de se defender a sua colaboração, e mesmo que se olhe o responsável pelo programa como uma entidade idónea

para o promover e se encare o parceiro como um aliado nesse programa que, em paralelo, cumpre a sua missão de responsabilidade social, o resultado pode parecer um patrocínio desse programa por uma empresa com interesses económicos ou de reputação, o que parece comprometer o enquadramento teórico e ético da disciplina do marketing social.

Concluindo, e tendo presente que o marketing social é uma disciplina relativamente recente e tem como foco o bem social, é compreensível que gere visões e posições diferentes, o que explica parte da discussão existente sobre definições, operacionalização, medidas de eficácia, pois está numa fase de descoberta. Mas a experiência e o conhecimento reunido e publicado até à data, permitem que se considere o marketing social como uma ferramenta promissora para se estabelecer os assuntos que se consideram relevantes e incentivar as mudanças de comportamento que eles implicam. Para o bem do indivíduo, das famílias, das comunidades e da sociedade, num futuro que trará desafios de muitas e grandes mudanças de comportamento a toda a humanidade.

Capítulo II: Campanhas de Comunicação Pública em Saúde

You can change your world by changing your words... Remember, death and life are in the power of the tongue.

Joel Osteen

2.1. Introdução

A comunicação em saúde pública inscreve-se no campo mais abrangente da comunicação pública, que engloba todos os assuntos de interesse social ou público.

A literatura é muito heterogénea na denominação desta categoria, tendo-se encontrado, na revisão efetuada, as 31 designações seguintes, num total de 225⁴ títulos de artigos, livros, teses de doutoramento e capítulos de livros: *advertising health, health and safety communication, health campaigns, health communications, health communication campaigns, health information, health information campaigns, health mass media campaigns, health promotion, health promotion campaigns, information campaigns, mass media campaigns, mass media communication and health, mass media health promotion, mass media in health promotion, mass media prevention campaigns, media health campaigns, nutrition education, public health campaigns, public communication (e communication publique, em francês), public health education campaigns, public communication campaigns, public information campaigns, public health mas media campaigns, promotion and prevention campaigns, public information campaigns, public service announcements, social advertising, social communication, health campaigns, public interest communications*, correspondendo esta última ao lançamento do *Journal of Public Interest Communications*, em 2017.

⁴ O número de títulos foi apurado numa base de dados elaborada no contexto da presente investigação para a revisão da literatura sobre a temática das campanhas de comunicação pública em saúde (consultar Introdução sobre método de construção da bibliografia).

Concretamente sobre as campanhas de comunicação pública, assiste-se igualmente a alguma indefinição, já que se diagnostica falta de consistência na definição do termo campanha (Sixsmith *et. al*, 2014).

2.2. Ciências da Comunicação: Enquadramento do Tema de Investigação

O estudo da comunicação em saúde pública enquadra-se nas ciências da comunicação e, na presente investigação, define-se a sua contextualização nesse âmbito.

As ciências da comunicação, termo definido por Berger e Chaffee (McQuail, 2000), procuram compreender a produção, processamento e efeitos dos sistemas de símbolos e sinais através do desenvolvimento de teorias testáveis, com generalizações válidas que expliquem os fenómenos associados à produção, processamento e efeitos (Berger e Chaffee, 1987:17).

E de forma a identificar-se com exatidão o objeto de estudo mais lato deste campo será igualmente necessário definir comunicação: apesar de não existir uma definição amplamente aceite, a que apresenta a ideia de comunicação como “interação social através da mensagem” (Gerbner, 1967 citado por McQuail, 2000) sintetiza o seu sentido.

As ciências da comunicação têm uma história com aproximadamente 65 anos (em 1987, Delia contabiliza 35 anos) e o seu estudo deve ser interdisciplinar e adotar várias abordagens e métodos (McQuail, 2010). A teoria e a investigação sobre comunicação em saúde desempenharam papel pouco relevante nos primórdios do estudo da disciplina da comunicação, tendo o seu início sido formalmente marcado pela fundação de um grupo de estudo de comunicação em saúde em meados dos anos 70 (Bryant e Pribanic-Smith, 2010).

A obra sobre Ciências da comunicação de Berger e Chaffee (1987) estrutura-se segundo quatro níveis de análise da comunicação, os quais parece colherem acordo entre investigadores: o nível intrapessoal, referindo-se a processos que ocorrem no indivíduo na sua relação com atividades de comunicação; o nível interpessoal, considerando as relações comunicacionais que envolvem duas ou poucas mais pessoas; o nível organizacional ou de rede, que designa o estudo de grupos de pessoas mais alargados num contexto de relações

contínuas; e o nível social macroscópico que diz respeito ao estudo de propriedades e atividades de comunicação de grandes sistemas sociais, frequentemente sem referência imediata aos indivíduos desse sistema. Já Corcoran (2007), que considera 5 níveis de comunicação em saúde, integra o nível comunitário num quarto nível, entre o organizacional e o macroscópico, a que o autor denomina público ou comunicação de massas. Define que a comunicação pública ou de massas é de larga escala e inclui comunicação nacional e internacional, com recurso a meios como imprensa, televisão, televisão digital, rádio nacional, internet, *CD-ROMs* e telemóveis.

Em ambos os enquadramentos, define-se que a presente investigação se inscreve no nível social macroscópico ou público ou comunicação de massas, uma vez que estuda a comunicação pública, dirigida a grupos-alvo em contexto social. E esta visão parece bem enquadrada, nomeadamente à luz da obra de Salmon (1989) *“Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change”*, que adota o contexto teórico explícito de mudança social, numa orientação amplamente macro ou social na sua natureza.

2.3. Comunicação Pública em Saúde

A comunicação em saúde foi reconhecida, pela primeira vez, como um campo de especialidade das Ciências da Comunicação em 1975, quando foi criada a “Health Communication Division” na International Communication Association (ICA) (Lopes *et.al*, 2012). Constitui um campo de investigação integrado nas Ciências da Comunicação, preocupando-se com a influência da comunicação humana mediada na prestação e promoção de cuidados de saúde às populações. É um campo científico extremamente vasto, que inclui o estudo de diferentes níveis e canais de comunicação, aplicados a uma grande variedade de contextos sociais (Lopes *et.al*, 2012). Existem várias definições do conceito comunicação em saúde, sendo a do Instituto Nacional de Cancro e dos Centros para Controle de Doença e Prevenção, nos Estados Unidos, a seguinte: o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e comunidades com vista a melhorar a saúde (US Departement of Health & Human Services,

2009:2).

A comunicação assume um papel preponderante na temática do marketing social ao ser reconhecido de forma explícita como uma das componentes (o P de *Promotion*) que integram a sua definição proposta por Kotler *et.al* (2006, citados por Kotler e Lee, 2008). O tema da comunicação associado à saúde pública tem tido importância crescente pela necessidade que se reconhece de disseminar informação e recomendações em determinado campo, envolver os profissionais de saúde numa causa particular, aumentar conhecimento para a necessidade e benefícios de uma prática recomendada. Prova disso é o facto de, na última década, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vir a incluir os tópicos de comunicação, com crescente prioridade, nas agendas das reuniões anuais dos representantes dos centros nacionais participantes no Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos (Bahri e Harrison-Woolrych, 2012).

A comunicação em saúde pública, seu papel e importância, parte do pressuposto de que os indivíduos, vivendo num ambiente de saúde adverso, devem ser informados sobre assuntos que os afetam a si e/ou à sociedade e que, frequentemente, tem a intenção de despoletar mudança de comportamento (Wallack e Dorfman, 2001). Na 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004, a Organização Mundial de Saúde aprovou a Estratégia global para a alimentação, a atividade física e a saúde, reconhecendo que a alimentação pouco saudável e a inatividade física constituem as principais causas do peso e crescimento das doenças não transmissíveis (WHO, 2004). Em consequência, as campanhas de media em saúde têm como principais objetivos promover comportamentos saudáveis ou reduzir ou prevenir comportamentos não saudáveis (Atkin, 2001).

No caso de Portugal, as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte (Pordata, 2015; DGS, 2015), tem havido um aumento da incidência de doenças não transmissíveis nos indivíduos (WHO, 2003), 57,1% da população adulta tem excesso de peso, da qual 34,8% é pré-obesa e 22,3% é obesa (Lopes *et.al*, 2017) e 5% dos adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos são obesos (WHO, 2017, dados referentes a 2014). Considera-se que estas situações são consequência de estilos de vida, como hábitos alimentares inadequados (excesso de gordura, sal e açúcar) e sedentarismo (WHO, 2004), As estimativas obtidas para Portugal pelo *Global Burden of*

Diseases indica que o fator de risco que mais contribui para a perda de anos com vida saudável da população portuguesa são os hábitos alimentares, em primeiro lugar, com um peso de 19% (DGS, 2015). Parece assim estar criado um cenário que impõe a necessidade de informação em nutrição em Portugal.

2.3.1. A Importância da Saúde

Public health is a wonderful lens through which to get a sharper focus on the issue of social change. Almost any public health issue is a microcosm of the struggle of society to enhance the lives of its citizens. Indeed, public health is where the major social, economic, political, cultural, and moral forces of our society all collide in the effort to create change.

Lawrence Wallack

O tema da saúde conquistou importância e centralidade nas sociedades modernas (Espanha, 2013), em parte devido a uma série de desafios que o mundo enfrenta neste domínio: grande aumento em doenças crónicas associado a uma população idosa e a escolhas de comportamentos não saudáveis, como alimentação em excesso e consumo de tabaco (French, 2010a; WHO, 2008). Também lida com desafios económicos e sociais associados a desigualdades crescentes e persistentes entre regiões, países e dentro de cada país (French, 2010a). Por estas razões, a comunicação em saúde, tal como referido no capítulo sobre marketing social, pode ajudar as populações a desencadear comportamentos mais saudáveis, no sentido da prevenção de doenças, concretamente das não transmissíveis que se relacionam mais com os estilos de vida, como alimentação pouco saudável e sedentarismo.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde, aquando da constituição dos seus princípios, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO). A saúde é igualmente promovida

como um direito humano fundamental, pelo menos desde 1974, na declaração Alma Ata da WHO e pode ser entendida como uma capacidade emergente que advém de efeitos integrados em consequência de fatores somáticos, sociais, económicos e culturais. A OMS e numerosos profissionais de saúde têm defendido que a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados de saúde devem ser considerados uma prioridade (French e Blair-Stevens, 2010).

Desde 1978, a melhoria da saúde pública tem sido uma referência para medir o progresso social. A preocupação com a informação sobre saúde e doença por parte do público contagiou, no século XX, os meios de comunicação de massa, que passaram a ser vistos como uma nova e influente fonte de informação. Diversos autores indicam que os meios de comunicação de massa constituem uma importante fonte de informação sobre saúde e medicina. (Silva, 2009, 2011; Hodgetts, 2012; Ruão, 2012; Sánchez, 2012). Em 1982, Bogart concluiu que as notícias sobre saúde representam aproximadamente 3% do espaço de notícias e entretenimento na maioria dos jornais americanos (Pettegrew e Logan, 1987). E em Portugal, a investigação de Silva (2011) cobrindo o período 1990-2004, conclui que a partir da segunda metade da década de 1990, se assiste a uma tendência de crescimento da presença de informação sobre saúde e o funcionamento do sistema de saúde na comunicação social. Daí que se conclua que os meios de comunicação sejam uma poderosa fonte de informação sobre saúde para os cidadãos (Ruão 2012; Sánchez, 2012) e que se advogue que os jornalistas em saúde podem ser eficazes no contributo para diálogos sociais relacionados com determinantes de saúde (Hodgetts, 2012). A comunicação mediática passou a ser entendida como o meio privilegiado para aumentar o conhecimento e a consciência das populações sobre os assuntos de saúde, bem como para influenciar as suas perceções, crenças e atitudes, muito para além do clássico modelo de comunicação médico-paciente (Lopes *et.al*, 2012). No entanto, o trabalho de Lopes *et.al* (2012) conclui que os temas mais noticiados em três títulos portugueses, entre 2008 e 2010, foram os retratos de situação (ponto de situação de uma doença, de uma legislação ou de um tratamento) e os assuntos relacionados com políticas de saúde, tendo ficado para segundo plano temas como o da prevenção. Efetivamente, Silva (2009) contabiliza 3,2% de artigos

sobre prevenção do total de informação sobre saúde publicada entre 1990 e 2004 em três títulos de imprensa portuguesa, constituindo um dos temas com menor exposição.

Matarazzo (1982) sugere que a Psicologia tem um papel central para levar os indivíduos a realizar comportamentos mais saudáveis e que isso constitui o maior contributo para a saúde. Porém, a revisão de literatura de Stephenson e Witte (2001) propõe como conclusão que a maioria das pessoas é incapaz de avaliar de forma rigorosa as suas vulnerabilidades ao risco de comportamentos de saúde. Os indivíduos são relativamente otimistas, cultivando a convicção inexata de que os outros são mais afetados pelas consequências adversas de comportamentos de risco do que eles próprios. E esta negação de vulnerabilidade pessoal diminui substancialmente as hipóteses de os indivíduos se empenharem em comportamentos de redução de risco. A literatura documentou, no entanto, que o aumento da perceção da vulnerabilidade é associado de forma positiva a comportamentos preventivos. Uma das vias para atingir esse estado de aumento de perceção é o do apelo do medo, por constituir uma forma eficaz de conduzir a comportamentos de redução de risco (Stephenson, Witte, 2001). Mas como se verá adiante, a mudança de comportamentos por parte dos indivíduos implica obrigatoriamente informação e persuasão em sentido positivo.

Simultaneamente, defende-se que as características de personalidade do indivíduo constituem uma predisposição para comportamentos que promovem a doença, estados emocionais de doença ou estratégias de sobrevivência inadequadas (Pettegrew e Logan, 1987).

O conceito do cidadão *empowered*, com mais possibilidades de escolha, mais informado, mais participativo na vida pública (Espanha, 2009) é uma realidade que fortalece a necessidade e importância de iniciativas que procuram melhorar o mundo em geral e a vida dos cidadãos. O conhecimento reunido na literatura aponta para a ideia de que o conceito do cidadão *empowered* advém do acesso às novas tecnologias e ao conhecimento que a internet disponibiliza, denominando esta relação de *e-health* e definindo-a como a utilização da internet para a comunicação de informação sobre saúde (Henwood, 2004). Neste contexto, os indivíduos não só têm o direito de esperar serviços a que têm direito para satisfazer as suas necessidades, como têm a responsabilidade de fazer os possíveis para

proteger a sua saúde na sua esfera de influência e de contribuir para o desenvolvimento de movimentos sociais mais amplos no campo da saúde e do bem-estar (French, 2010a).

Do ponto de vista dos indivíduos, a saúde é uma das prioridades das suas vidas e uma das dimensões que mais explica a felicidade ou o bem-estar subjetivo (Silva, 2011a), o que constitui motivo relevante para interessar as pessoas, os governos e as organizações. O facto de os temas da saúde serem o sexto mais procurado pelos portugueses na internet (Espanha, 2013), com a intenção primeira de pesquisar sobre descrição de doenças e tratamentos (Espanha, 2009), corrobora a ideia de que não só a saúde é importante, como a informação disponível é condição para as suas tomadas de decisão neste campo. No entanto, sabe-se que aproximadamente metade de todas as doenças estão ligadas a escolhas que os indivíduos fazem no seu dia-a-dia, seja por fumar ou beber em excesso ou ainda por praticar pouco exercício (Mulgan, 2010).

A importância crescente que o tema da saúde tem assumido prende-se mais com o interesse dos governos em trabalhar a saúde de forma profilática ao invés de suportar os custos com as doenças, uma vez que existe evidência de que a prevenção apresenta menos custos (Rothschild, 1999; Salmon e Murray-Johnson, 2001), constituindo igualmente um benefício para os indivíduos. Atualmente, existe conhecimento suficiente sobre o custo de maus comportamentos para o pagador de impostos e para a sociedade em geral. Os governos têm bastante poder para influenciar o comportamento, desde a aplicação de legislação e educação até regulação e taxação, como indicam algumas experiências internacionais. Assim, persuadir as pessoas a adotar comportamentos mais saudáveis tornou-se um tema central da política de saúde pública contemporânea e apoia o objetivo de fazer do Serviço Nacional de Saúde um serviço de saúde e não um serviço de doença (Mulgan, 2010). E como consequência da tomada de consciência dos cidadãos sobre estilos de vida saudáveis e não saudáveis e sobre a necessidade de os próprios indivíduos assumirem responsabilidade pelas suas decisões, assiste-se ao crescimento de uma cultura de consumo relacionada com a saúde, como a necessidade e interesse em obter informação sobre estas matérias, nomeadamente através dos *mass media* tradicionais (Silva, 2011), bem como da internet.

A comunicação em saúde é um campo de análise que faz a interface entre comunicação e saúde e que tem vindo a ser progressivamente reconhecido como um elemento necessário para melhorar a saúde tanto pessoal como pública. A comunicação em saúde pode ter efeitos em aspetos distintos tais como prevenção da doença e promoção da saúde (Espanha, 2009). Mas para que a comunicação tenha os efeitos esperados, ou seja, tenha eficácia, é crucial que o grupo-alvo compreenda as mensagens que lhe são dirigidas, tema a ser discutido no próximo subcapítulo sobre literacia.

2.3.2. Literacia em Saúde

A literacia em saúde é definida como a capacidade de ler, compreender e agir em relação à informação sobre saúde, sendo assim uma questão de compreensão e não de acesso à informação. A baixa literacia em saúde é identificada como uma das barreiras à comunicação em saúde e um problema que afeta indivíduos de todas as idades, grupos étnicos e níveis de rendimento; aumenta a disparidade no acesso a cuidados de saúde entre populações excepcionalmente vulneráveis, tais como minorias étnicas e idosos; tem ainda como consequência uma sobrecarga de custos no sistema de cuidados de saúde, observando-se que os custos anuais com indivíduos com literacia baixa em saúde são quatro vezes superiores aos implicados com sujeitos com literacia em saúde mais alta. Os indivíduos com literacia em saúde mais baixa cometem mais erros de medicação e de tratamento, são menos capazes de seguir um regime de tratamento, têm menos capacidade para negociar o sistema de saúde com êxito e estão em situações de risco mais elevado para hospitalização do que os sujeitos com níveis de literacia adequados (Thomas, 2006).

O nível de literacia dos indivíduos constitui assim um fator que condiciona, de forma decisiva, o modo como estes são, ou não, capazes de tomar as melhores decisões relacionadas com a sua saúde. Em Portugal, a maioria dos inquiridos do Estudo sobre Literacia em Saúde (Espanha *et.al*, 2016) declara ter facilidade ou muita facilidade em lidar com os diferentes aspetos sobre os quais foram inquiridos. Mas um outro conjunto de situações e atividades obtém uma percentagem relativamente elevada (mais de 30%)

daqueles que as identificam como sendo de difícil ou muito difícil realização, de que são exemplo a avaliação de informação divulgada pelos meios de comunicação sobre doenças, riscos de saúde e formas de proteção de doenças, a avaliação das vantagens e desvantagens perante várias opções de tratamento e a localização de informação sobre atividades benéficas para o bem-estar mental. Globalmente, o índice geral de literacia em saúde caracteriza Portugal com 11% da população com um nível “inadequado” e cerca de 38% considerado “problemático”; 8,6% dos portugueses tem um nível de literacia “excelente” e 42,4% “suficiente”. O índice de literacia no âmbito da prevenção da doença, evidencia 45,5% da população num nível “inadequado” ou “problemático”. O índice de literacia no âmbito da promoção da saúde coloca 48,9% dos cidadãos nos níveis mais positivos de literacia (excelente ou suficiente) e 51,1% com limitações (problemático e inadequado). É ainda transversal a todos os índices de literacia em saúde que os valores mais elevados concentram uma proporção mais jovem da população e com grau de escolaridade mais elevado (Espanha *et.al*, 2016).

Num campo de atuação mais vasto, pode considerar-se que uma multiplicidade de fontes de informação concorrem, na atualidade, para o aumento de literacia em saúde: a par dos meios de comunicação mais tradicionais, que disseminam informação de forma mais formal, em edições informativas, a televisão tem vindo a disponibilizar outro tipo de programas que abordam questões sobre a temática da saúde, apresentadas em formatos de ficção, de que são exemplo as séries produzidas em ambiente hospitalar e as telenovelas portuguesas (Espanha, 2009; Ferreira e Silva, 2017). Sobre estas, quando abordam temáticas de saúde, os indivíduos atribuem-lhes um papel esclarecedor (Espanha, 2009). E a internet constitui a fonte de informação que mais impacto está a ter desde o início do novo século até à atualidade (Sánchez, 2012). Em Portugal, a internet é a quinta fonte mais utilizada pelos indivíduos quando procuram informação sobre saúde (Ferreira e Silva, 2017).

Mas se a literacia reflete a capacidade dos indivíduos para compreenderem mensagens relacionadas com a saúde, já outro problema se estabelece em paralelo, que diz respeito à credibilidade das fontes que disseminam informação sobre saúde, e concretamente sobre nutrição, questão que é aprofundada no capítulo dedicado ao Envolvimento com Nutrição. Muita da informação em saúde acessível na internet é

incompleta, desatualizada e até mesmo imprecisa (Burkell, 2004), situação reconhecida pelos indivíduos que pesquisam sobre saúde, que têm consciência da sua desconfiança nos conteúdos, bem como da existência de informação contraditória (Espanha, 2013). Uma das possibilidades para ultrapassar este cenário de desinformação consiste na implementação de sistemas de acreditação dos sites (Sánchez, 2012), os quais certificam a qualidade da informação prestada por determinadas fontes na internet. Burkell (2004) testou essa situação sob a forma de *seals of approval*, tendo concluído que eles certificam a qualidade da informação, critério que os sujeitos tanto consideram importante como se sentem menos capazes de avaliar. Em Portugal, 78,6% dos inquiridos concorda que deveriam existir instituições que certificassem a qualidade da informação médica online (Espanha, 2009).

A importância da comunicação neste contexto reside na ideia de que ela pode atuar sobre a literacia em saúde, considerada uma variável-chave na qualidade da saúde pública (Ruão, 2013).

2.3.3. Perspetivas de Estudo da Comunicação em Saúde

A literatura sobre comunicação em saúde pública apresenta-se bastante complexa, uma vez que é estudada sob diversas perspetivas teóricas, em relação a vários temas e alicerçando o seu desenvolvimento a alguns tópicos fundamentais.

As perspetivas teóricas focam-se sobretudo em diversas disciplinas da psicologia, nomeadamente quando se pretende estudar a eficácia das campanhas, e portanto, numa ótica da receção da mensagem e em várias áreas da sociologia, designadamente quando o objetivo se centra na produção de informação (Rakow, 1989).

Os temas, ou áreas de atuação no campo da saúde, são diversos, tendo-se promovido comportamentos saudáveis em áreas como a segurança rodoviária, a nutrição, a utilização de medicamentos, o exercício físico, a saúde oral, a prevenção, a cessação de substâncias viciantes, o planeamento familiar, etc. (Snyder, 2007).

E os tópicos fundamentais alicerçados ao tema evidenciam igualmente a preocupação em aferir as condições de eficácia dos esforços de comunicação (Randolph e Viswanath,

2004; Rogers e Storey, 1987; Snyder *et.al*, 2004), os tipos de abordagem ou estratégias de comunicação, que inclui a educação, informação, legislação e persuasão (Zaltman e Duncan, 1977 referidos por Salmon, 1989), o papel, contributo e poder dos meios de comunicação de massa, condições de mudança de comportamento e conversão, ou seja, as teorias de comportamento (Devine e Hirt, 1989), as audiência alvo, segmentação e sua predisposição para o tema (Grunig, 1989). Este capítulo apresentará as principais conclusões da revisão de literatura realizada de todas estas temáticas.

Como referido anteriormente, a terminologia utilizada na literatura para denominar a comunicação pública é dispersa e frequentemente confundida com outras atividades. No entanto, alguns autores associam-na, estabelecendo assim que os termos dizem respeito ao mesmo conceito. Por exemplo, Rutherford (2000), defende que atualmente a propaganda é denominada marketing social (*social marketing*), campanhas de informação pública (*public information campaigns*), publicidade de assuntos (*Issue advertising*). E a razão para não se utilizar o termo propaganda prende-se com a conotação negativa a ele atribuída. Na mesma linha, O'Shaughnessy (1996) apresenta o marketing social como a forma moderna de comunicar as agendas sociais, referindo que atualmente se confunde com uma abordagem rival de persuasão social, que pode ser denominada propaganda social. Salmon (1989) defende que as campanhas de informação e o marketing social têm o mesmo objetivo, fundindo as tradições do marketing e da comunicação. Rakow (1989) e Pollay (1989) reúnem igualmente a mesma terminologia no mesmo conceito, distinguindo-as apenas na sua interpretação e elegendo o termo informação pela sua neutralidade e ainda pelo facto de se apresentar independente de interesses partidários. Mas já Kopfman e Ruth-McSwain (2012) preferem o termo comunicação a informação, pelo facto de o primeiro refletir uma estrutura comunicacional em que o diálogo é possível e desejável, ao contrário do segundo, tendencialmente unilateral.

Num cenário de comunicação tradicional, a publicidade assume uma presença muito relevante, tanto no seu campo de atuação como na investigação, refletindo as opções estratégicas do seu tempo. Na contemporaneidade, o paradigma da comunicação mudou de técnicas de comunicação fragmentadas para estratégias de comunicação integrada (Taricco, 2012), em que se consideram todas as técnicas (Publicidade, Relações Públicas,

promoções, Marketing Direto, Patrocínios, Digital, Contacto Pessoal, etc.), num esforço concertado e cujos resultados somam mais do que as partes, rentabilizando os altos investimentos e impactando as audiências com magnitude superior.

2.3.4. Campanhas de Comunicação Pública

Com referido anteriormente, a comunicação em saúde e, concretamente em nutrição, realiza-se (e deve assim ser planeada) em diversos níveis de análise da comunicação, (Interpessoal, organizacional, público), recorrendo a diversas abordagens (informação, educação, persuasão e até entretenimento), utilizando vários canais e diversas estratégias. O tema central deste trabalho, recorda-se, consiste nas campanhas de comunicação pública, justificando-se assim o foco a elas atribuído neste subcapítulo.

Segundo Rogers e Storey (1987: 818), o termo campanhas de informação tem sido definido de forma variável na literatura e, dada a sua diversidade, propõem que a sua definição integre quatro traços característicos: o ser intencional, procurando influenciar os indivíduos, destinar-se a grandes audiências, existir um limite de tempo definido e o facto de envolver um conjunto organizado de atividades de comunicação.

McGuire (1984: 299) determina que a comunicação pública em saúde envolve convencer os indivíduos a exercerem responsabilidade social pela sua saúde através da alteração de estilos de vida em direções mais saudáveis, através da utilização de meios de comunicação de massa e outros meios de comunicação para informar o público sobre perigos, motivá-los a reduzir riscos ou treiná-los em aptidões que lhes permite adotar estilos de vida mais saudáveis.

Devine e Hirt (1989: 230) extraíram os elementos comuns de várias definições e propõem definir campanhas de informação como tentativas organizadas para influenciar as convicções de alguém sobre atitudes e/ ou comportamentos face a um objeto (produto, assunto, pessoa, etc.), através da utilização de *mass media* ou de outros canais de comunicação.

Pollay (1989: 186) refere que as campanhas de informação se dirigem frequentemente às convicções políticas e religiosas, valores sociais, sexualidade, estilos de vida e escolhas morais de cidadania. Em geral, pretendem induzir mudança de comportamento de uma natureza mais profunda do que a escolha de uma marca que a publicidade anuncia.

Bauman *et.al* (2006: 312) estabelecem que as campanhas de meios de massa utilizam meios de comunicação de massa para informar, persuadir ou motivar populações inteiras ou grandes segmentos da população a mudar o seu comportamento. Os meios tradicionais para comunicação de massa como cartazes, imprensa, televisão e rádio podem ser complementados com novos meios como a internet, telemóveis ou outros dispositivos sem fios. As campanhas podem utilizar mensagens pagas ou não pagas através de anúncios de serviço público, noticiários na televisão, documentários e programas de entretenimento.

Snyder (2007: S32) define campanhas de comunicação como uma atividade organizada de comunicação dirigida a uma população determinada, durante um período particular de tempo, para atingir um objetivo particular. O termo campanhas inclui intervenções organizadas, baseadas em comunicação, desenhadas para grandes grupos de pessoas e esforços de marketing social que incluem atividades de comunicação.

Paisley e Atkin (2013: 23) estabelecem que as campanhas de comunicação pública têm sido definidas de duas formas distintas mas complementares: uma, em termos de objetivos, focando a intenção de um grupo mudar as convicções ou comportamentos de outro grupo; outra, em termos de métodos, que se pode denominar publicidade não comercial.

Kopfman e Ruth-McSwain (2012: 76) advogam que as campanhas de informação pública são utilizadas pelos governos e organizações não lucrativas para criar mudança social e são planeadas para atingir uma grande audiência e muito variada. O seu objetivo é beneficiar a sociedade disseminando informação cuja intenção consiste em aumentar o bem-estar da audiência. Os autores contestam o termo informação pelo facto de se relacionar com a realidade do passado em que a abordagem era unidimensional e elegem a expressão comunicação para abranger a vertente de dois sentidos, participativa e interativa, de diálogo, mais representativa dos esforços de comunicação contemporâneos.

Atkin e Rice (2013: 3) definem campanhas de comunicação públicas como tentativas intencionais de informar ou influenciar comportamentos de grandes audiências num determinado período de tempo, utilizando um conjunto organizado de atividades de comunicação e apresentando mensagens ordenadas e mediadas em múltiplos canais, geralmente para produzir benefícios não comerciais para os indivíduos e para a sociedade.

Analisando as nove abordagens apresentadas de definição de campanhas de informação, ordenadas de forma cronológica, conclui-se que três delas (a de Rogers e Storey, 1987, a de Devine e Hirt, 1989 e a de Bauman *et.al*, 2006) são demasiado generalistas, deixando que a publicidade comercial nelas se possa incluir, pelo facto de não considerarem a vertente fundamental de distinção das campanhas de comunicação pública, que são o interesse público do tema. As restantes definições estabelecem que a diferença destas campanhas relativamente às que atuam no campo comercial se situa exatamente no assunto que se trabalha (assuntos de interesse público). Por outro lado, quatro das definições utilizam o termo influenciar, como o objetivo a atingir (Rogers e Storey, 1987; Devine e Hirt, 1989; Bauman *et.al*, 2006; Rice e Atkin, 2013), ou ideia similar (McGuire, 1984); quatro das definições referem mudança como o efeito pretendido (McGuire, 1984; Pollay, 1989; Bauman *et.al*, 2006, Kopfman e Ruth-McSwain, 2012). Snyder (2007) constitui aqui a exceção por incluir o conceito de marketing social, considerando assim as suas intenções de bem social e mudança de comportamento. Quanto aos meios ou canais de transmissão destas iniciativas, nem todas as definições os determinam, mas a maioria refere disseminação a grandes audiências (Rogers e Storey 1987; Bauman *et.al*, 2006, Kopkman e Ruth-McSwain, 2012; Atkin e Rice, 2013), e canais ou meios de comunicação de massa (Bauman *et.al*, 2006; McGuire, 1984; Devine e Hirt, 1989).

Assim, embora se observem diversos pontos de vista sobre os campos de definição e a delimitação do conceito de campanhas de comunicação públicas, sobre a sua área de intervenção, intenção ou efeito esperado, a maioria das abordagens inclui como ideias centrais a influência ou mudança de comportamento e o foco nos assuntos de interesse público, criando assim a sua distinção da comunicação de carácter comercial, bem como a disseminação através de meios de comunicação de massa e/ ou outros canais de comunicação. Ora, esta questão do recurso a meios de comunicação de massa e/ou outros

canais levanta, efetivamente, algumas dúvidas sobre o alcance das mensagens de comunicação pública, já que os canais têm capacidades próprias para o efeito. Por ter consequências concretas nesta investigação, alguma da discussão sobre este tema é apresentada no final deste subcapítulo.

O bem-estar do indivíduo e da sociedade parece ser então um princípio unificador das campanhas de comunicação pública (Paisley, 2013: 23), em linha com os objetivos do marketing social, como concluído no capítulo sobre o tema.

E apontam-se ainda algumas considerações que fundamentam a necessidade de campanhas públicas: (1) os recursos de informação mais acessíveis tornam o público mais informado; (2) resultado dessa situação, as pessoas estão mais educadas e envolvidas na tomada de decisão pública; (3) a informação pública revelou-se eficaz e valiosa para os governos atingirem os seus objetivos (Kopfman e Ruth-McSwain, 2012).

Atkin e Rice (2013) sugerem ainda que as campanhas no domínio da saúde, pró-social e ambiente partilham algumas semelhanças com as campanhas de publicidade de natureza comercial. Por isso, recomendam que se aplique o marketing social às campanhas de assuntos sociais, já que ele enfatiza a orientação para o consumidor, embala o produto social e utiliza a combinação ótima das componentes da campanha para atingir objetivos práticos, questão igualmente defendida por Fox e Kotler (1980). Além disso, oferece uma macro-perspectiva, combinando diversas componentes como as conceções multifacetadas de produto, custos e benefícios, segmentação de audiência, alteração de políticas e concorrência.

Efetivamente, e como anteriormente se estabeleceu, as iniciativas no domínio dos assuntos públicos, são mais complexas do que as de natureza comercial (Atkin e Freimuth, 2001), assumindo-se que comunicar um comportamento desejável em saúde é mais difícil do que lançar um novo refrigerante. Por isso, o planeamento destes esforços de comunicação pública deve ser ainda mais rigoroso do ponto de vista estratégico, para o que se deve reunir o conhecimento que as disciplinas do marketing e da comunicação disponibilizam, de forma a aumentar-se a sua probabilidade de eficácia.

Numa análise mais profunda, Rogers e Storey (1987) identificam as dimensões dos objetivos e efeitos de uma campanha, expondo que estes podem ser conceptualizados em

três dimensões que devem ser consideradas contínuas: (1) o nível dos objetivos, (2) a localização da mudança de comportamento que se pretende atingir e (3) a localização do benefício derivado dos resultados da campanha. Sobre o nível do objetivo referem que, num contínuo, uma campanha pode pretender informar, persuadir ou mobilizar para uma mudança de comportamento, pressupondo uma hierarquia que sugere que o nível mais baixo é o disseminar informação e o mais alto a ativação de comportamento, para o que é frequentemente necessário intervir ao nível mais baixo para se conseguir atingir o mais alto. Sobre a localização da mudança, os autores referem-se aos níveis de análise, desde o intrapessoal ao institucional, e defendem que, frequentemente, a campanha atua ao nível dos efeitos individuais mas com a ambição de atingir efeitos de âmbito mais lato como a estrutura do sistema social. Sobre a localização do benefício, consideram-se três tipos de alvos, o emissor, o recetor ou uma terceira entidade, estabelecendo que os grandes beneficiários de uma campanha de saúde pública são os indivíduos recetores.

Em conclusão, os autores determinam que as campanhas de comunicação envolvem quase sempre processos de comunicação nos quatro níveis de análise (intrapessoal, interpessoal, institucional e social) e que as campanhas que obtiveram mais êxito integraram esses processos e produziram efeitos em todos os níveis. Claramente, quanto mais níveis um programa de comunicação consegue influenciar, mais provável será a criação e manutenção da mudança desejada (Thomas, 2006).

No entanto, parece oportuno refletir nas considerações que se apresentam sobre a disseminação de um assunto de saúde pública, uma vez que, algumas das definições mais recentes apontam para a não exclusividade de utilização de meios de comunicação de massa para divulgar um assunto de saúde pública, como outras são omissas sobre essa questão (Snyder, 2007; Kopfman e Ruth-McSwain, 2012; Rice e Atkin, 2013). A ideia da não exclusividade é compreensível, mas a sua completa exclusão parece inviável. Efetivamente, não se pode denominar campanha a qualquer esforço de comunicação circunscrito a um pequeno grupo de indivíduos. Exemplo desta situação é a revisão da literatura a avaliação de campanhas de comunicação em saúde de Sixsmith *et.al* (2014) que considera integrada numa campanha de comunicação em saúde a atividade de distribuição de folhetos. A ideia de que este conceito é demasiado redutor está presente em Snyder e Hamilton (2002) que

definem como critério de inclusão, na sua metanálise dos efeitos das campanhas de saúde no comportamento, as campanhas que tenham utilizado, pelo menos, um meio de comunicação de massa, reforçando assim a posição de alguns autores (Bauman *et.al*, 2006; Anderson e Miller, 2016; Kammer *et.al*, 2016; Simpson *et.al*, 2017) que defendem a inclusão de meios de comunicação de massa no conceito de campanhas de comunicação pública. Kammer *et.al* (2016) consideram, igualmente, como canais das campanhas de comunicação pública os websites, filmes de televisão e cinema, anúncios na imprensa e online bem como cartazes, ou seja, meios de comunicação de massa. Anderson e Miller (2016), de igual modo, estipulam como o tipo de comunicação mais evidente a comunicação de massa, onde integram a rádio, televisão, imprensa e posters. E Simpson *et.al* (2017) definem como critério inclusivo para a sua análise a campanhas de prevenção da obesidade, a existência de um vídeo que transmita a mensagem.

Efetivamente, não se podem considerar campanhas todas as intervenções de comunicação, nomeadamente as que atuam em níveis que não incluem o nível social macroscópico, o qual diz respeito aos processos comunicacionais de grandes sistemas sociais, tal como foi estabelecido no subcapítulo sobre as Ciências da Comunicação. E esta questão carece realmente de contornos e definição afinada na literatura. Assim, apesar de a literatura não definir claramente que as campanhas de comunicação pública em saúde se centram na comunicação de massa, existe alguma evidência de que assim deve ser, testemunhado por diversos autores (Anderson e Miller, 2016; Kammer *et.al*, 2016). O termo intervenção pode remeter para a comunicação noutros níveis de análise (interpessoal ou organizacional) mas as campanhas públicas, tal como indica o significado pública, necessita de atingir grandes audiências, populações, os membros de uma sociedade.

E nesse sentido, verifica-se a ausência de uma definição que aborde com mais rigor o tema do impacto que uma campanha pública deverá atingir, nomeadamente através das métricas de planeamento e avaliação de meios, como a cobertura, ou seja, percentagem da população que se pretende atingir, *Opportunities To See* (OTS's), *i.e.* as oportunidades que determinado plano de meios oferece, em média, à audiência-alvo para ver a campanha e *Gross Rating Points* (GRP's), o produto entre a cobertura e os OTS's, indicadores correntes de avaliação do impacto de uma campanha no mercado publicitário. Estas medidas são

amplamente utilizadas no planeamento e avaliação de meios de uma campanha, fazendo sentido aplicá-los no contexto da definição de campanha pública, uma vez que, para que ela seja pública, deve atingir uma determinada percentagem da audiência-alvo, criando suficientes oportunidades para que seja visualizada. Esta sugestão pretende evitar que se denomine campanha a materiais criativos que poderão cumprir a missão da campanha mas que carecem de disseminação no seio da sua audiência-alvo. Alguns autores mencionam estes indicadores quando estudam o tema avaliações de campanhas (de que é exemplo Bauman *et.al*, 2006) mas eles são ausentes nas definições estudadas.

2.4. O Poder dos Meios de Comunicação de Massa na Comunicação em Saúde

Os meios de comunicação de massa são extremamente poderosos na promoção de convicções relacionadas com a saúde e na criação de *role models* para as audiências (Marinescu e Mitu, 2016) e constituem importantes canais para abordar a educação e promoção da saúde, prevenção da doença e formação de políticas públicas (Ahmed e Bates, 2016).

O seu poder pode ser relacionado com as diversas funções sociais que desempenham, tais como atribuição de estatuto a assuntos públicos, pessoas, organizações, etc., reforço de normas sociais e também disfunção narcotizante, relacionada com a apatia e inércia que os seus conteúdos podem provocar (Lazarsfeld e Merton, 1948). De modo geral, os meios de comunicação de massa transmitem informação sobre valores humanos, estilos de pensamento, padrões de comportamento e oportunidades e constrangimentos socio-estruturais, levando as audiências a adquiri-los através de estilos modulados de comportamentos simbolicamente retratados (Bandura, 1999).

Mas o panorama dos meios de comunicação de massa e saúde pública tem vindo a alterar-se devido, por um lado, a grande proliferação de canais e conseqüente declínio das dimensões das audiências, obrigando atualmente à utilização de um maior espectro de canais e, por outro lado, ao desenvolvimento da internet, que alterou a forma como a informação flui através da sociedade (Abroms e Maibach, 2008). Estes dois fenómenos

concorreram para criar um novo peso de poder, nomeadamente nos indivíduos, que ganharam voz e uma posição de *empowerment*, como referido no subcapítulo da literacia em saúde. E a ascensão da internet, com a acessibilidade de plataformas fora do âmbito da transmissão de meios de massa e com oferta de múltiplas ferramentas de comunicação, poderosas e flexíveis, tem a vantagem de poder fornecer informação importante a uma variedade de audiências e de forma menos dispendiosa do que os meios tradicionais (Abroms e Maibach, 2008).

Outra questão não menos relevante reside nas hipóteses que sugerem que, quanto mais informação é disseminada através de meios de comunicação de massa, maior será a disparidade relativa de conhecimento entre diversos grupos (Rakow, 1989), nomeadamente entre classes sociais mais altas e mais baixas, fenómeno denominado hiato de conhecimento (*knowledge gap*) e estudado, entre outros autores, por Ettema *et.al* (1983). Mas a investigação destes autores conclui que as campanhas estudadas não aumentaram o hiato de conhecimento entre segmentos mais e menos instruídos, tendo até conseguido aumentar o nível de conhecimento e reduzir as diferenças de conhecimento entre eles (Ettema *et.al*, 1983).

O poder dos meios de comunicação de massa fica demonstrado. Porém, estabelece-se igualmente que a informação em saúde disseminada nestes meios assume diversas abordagens (publicitária, jornalística, entretenimento), pressupõe vários emissores (fontes oficiais, marcas, jornalistas, etc.) e apresenta vários tipos de mensagens. Principalmente concorre, continuamente, com mensagens que promovem consumo de produtos com excesso de gordura, sal e açúcar, no caso particular da nutrição. E de acordo com diversos autores, uma campanha que parece não ter produzido efeitos, pode ter sido muito eficaz pelo facto de se ter realizado num ambiente competitivo adverso (Kotler *et.al*, 2002; Lee *et.al*, 2012; Salmon, 1989; Wakefield *et.al*, 2010; Hornik, 1984).

2.5. Teorias de Mudança de Comportamento

Uma vez que a mudança de comportamento constitui, em ambas as disciplinas do marketing social e da comunicação pública, o objetivo a atingir, o seu estudo revela-se um campo de interesse a aprofundar na investigação daquelas áreas.

Como primeiro pressuposto, a literatura revista estabelece que a informação pode produzir mudança de comportamento (Cappella *et.al*, 2001), questão já abordada no capítulo sobre marketing social e ainda a evidenciar no subcapítulo denominado “Sobre os Resultados e a Eficácia”.

As teorias e modelos referidos no contexto da mudança de comportamento e de campanhas de informação pública são bastante numerosos. Como referência, estudaram-se as teorias mais referidas em toda a literatura revista sobre comunicação em saúde e destacaram-se as mencionadas por Noar (2006), que identificou serem as mais documentadas na literatura sobre planeamento de campanhas de *mass media* na área da saúde, de acordo com a sua retrospectiva de dez anos a investigação nessa área, as seis evidenciadas por Thomas (2006) nos níveis pessoal, interpessoal e social da comunicação aplicada à saúde, as cinco consideradas por Corcoran (2007) tendo como critério a sua adequabilidade e popularidade na comunicação em saúde e as treze apresentadas por Atkin e Rice (2013) como sendo as teorias centrais aplicadas às estratégias de comunicação pública; da intersecção destas, identificaram-se as mais trabalhadas por toda a literatura revista no campo da comunicação em saúde no âmbito desta investigação, de que resultaram sete, às quais foi integrada a de McGuire (1984), por ser aplicada concretamente à comunicação pública, resultando assim um total de oito, e que a seguir se descrevem.

Diffusion of Innovation (Rogers, 1962; 1983; 2003)

O processo de decisão em inovação é o processo que um indivíduo percorre, desde a fase de conhecimento da inovação (conhecimento), passando pelas etapas de formar uma atitude, favorável ou desfavorável em relação a ela (persuasão), de decidir adotá-la ou

rejeitá-la (decisão), de implementar ou não a nova ideia (implementação) e finalmente de confirmar a sua decisão (confirmação). O processo pressupõe atividades de procura e de processamento de informação, com vista a reduzir a incerteza em relação à inovação. A taxa de adoção mede o tempo relativo que uma inovação demora a ser adotada pelos membros de um sistema social, sabendo-se que elas podem ser adotadas ou rejeitadas. Em resultado, é proposta uma segmentação com base na taxa de adoção das inovações por parte dos indivíduos: *Innovators*, *Early Adopters*, *Early Majority*, *Late Majority*, *Laggards*. Alicerça-se ainda a ideia de liderança de opinião que constitui um elemento-chave na influência que os sujeitos exercem sobre outros. As ilações deste modelo nos processos comunicacionais são assim evidenciadas: um princípio fundamental da comunicação humana é que a transferência de ideias ocorre mais frequentemente entre indivíduos que são semelhantes, homófilos, em determinadas características, nomeadamente em convicções, educação, estatuto social e gostos. Assim, homofilia e comunicação eficaz reproduzem-se mutuamente. E o papel dos líderes de opinião na ativação de redes de difusão é crucial, como intermediários entre a comunicação em *mass media* e os *followers* das inovações (Rogers, 1983).

A teoria apresenta o processo de decisão a partir do momento em que o indivíduo é impactado com comunicação que difunde alguma ideia inovadora. Aplica-se à comunicação em saúde, uma vez que os comportamentos sugeridos constituem, sempre ou muito frequentemente, novidades relativamente aos praticados.

Elaboration Likelihood Model (ELM) (Petty e Cacioppo, 1986)

Constitui uma teoria geral de mudança de atitude, no contexto da exposição a comunicação persuasiva, oferecendo enquadramento compreensível para organizar, categorizar e compreender os processos básicos subjacentes à eficácia desse tipo de comunicação. Baseia-se em sete postulados. Referindo aqui apenas alguns, o primeiro enuncia que os indivíduos são motivados a ter atitudes corretas; e o segundo determina que apesar disso, a quantidade e natureza de elaboração sobre a relevância dos assuntos que os indivíduos querem ou conseguem gerir para avaliar uma mensagem varia entre indivíduos e fatores

situacionais. Pode compreender-se a extensão da elaboração recebida por uma mensagem como um *continuum*, desde a ausência de pensamento sobre a relevância do assunto apresentado à elaboração completa de todos os argumentos e completa integração dessas elaborações no esquema de atitudes do indivíduo. A probabilidade de elaboração é determinada pela motivação e aptidão do sujeito para avaliar a comunicação apresentada. Indica duas vias para a persuasão: a primeira ocorre em resultado de consideração cuidadosa e ponderada dos verdadeiros méritos da informação apresentada em defesa de uma causa (via central); a segunda, ocorre em resultado de um simples sinal (*cue*) no contexto persuasivo (uma fonte atraente) que induz mudança, sem necessidade de escrutínio dos méritos centrais da relevância do assunto apresentado na informação (via periférica). O sétimo postulado advoga que as mudanças de atitude que resultam de processamento de argumentos sobre assuntos relevantes mostrarão maior persistência temporal, melhor previsão de comportamento e maior resistência a contra-persuasão do que as mudanças de atitudes que resultam maioritariamente de sinais ou pistas periféricas. A principal conclusão do modelo apresenta a ideia de que a via periférica através de pistas ou sinais (*cues*) é mais importante no contexto persuasivo quando a aptidão e/ ou motivação do indivíduo para processar argumentos relacionados com a relevância do assunto são atenuados. À medida que a probabilidade de elaboração aumenta, os indivíduos seguem a via central, tentando escrutinar a informação de relevância pessoal apresentada (Petty e Cacioppo, 1986). Sublinha-se que o modelo incorpora o conceito de envolvimento, denominado relevância pessoal e definido como “importância intrínseca”, apresentando-o como uma das variáveis mais importantes que afetam a motivação no processamento da mensagem persuasiva. Conclui que o aumento de relevância pessoal (envolvimento) aumenta o processamento da mensagem. O modelo *Elaboration Likelihood* de Petty e Cacioppo é particularmente relevante no contexto desta investigação, uma vez que incorpora o conceito de envolvimento, atribuindo-lhe papel determinante no processamento das mensagens persuasivas, sugerindo ainda que varia entre os indivíduos.

Extended Parallel Process Model (Witte, 1992)

Baseado no enquadramento controle do perigo/ controle do medo e consistindo numa expansão de prévias abordagens teóricas deste tipo, o *Extended Parallel Process Model* pretende explicar o processamento de mensagens de apelo do medo, nomeadamente a razão por que este tipo de mensagens falha, reincorporando o medo como variável central e especificando a relação entre ameaça e eficácia em formas proposicionais. O modelo desenvolve-se num enquadramento empírico inconsistente, que tanto apresenta prova da eficácia dos apelos do medo, como demonstra a sua ineficácia, como ainda expõe resultados mistos. Conclui, de acordo com anteriores teorias, que o medo conduz a rejeição da mensagem e que as cognições (ameaça percebida e eficácia) conduzem a aceitação da mensagem. O apelo do medo tem grande potencial para estimular mudança de comportamento, se utilizado corretamente. A mensagem de ameaça resulta nos mediadores cognitivos de ameaça percebida (convicções sobre gravidade e suscetibilidade) e eficácia percebida (convicções sobre eficácia de resposta e autoeficácia), os quais evocam motivação de proteção e respostas adaptáveis, nos casos em que se percebe ameaça e eficácia altas (Witte, 1992).

O Modelo *Extended Parallel Process* é relevante no contexto da comunicação em saúde, uma vez que tem conduzido a estratégias que indicam a sua utilização para construção de mensagens de impacto baseadas no medo de consequências resultantes de comportamentos pouco saudáveis. No entanto, a sua eficácia é registada na literatura como pouco provada, ou de efeitos contraditórios.

Health Belief Model (Becker, 1974; Rosenstock *et.al*, 1988)

O *Health Belief Model* advoga que a ação relacionada com saúde depende da ocorrência simultânea de três classes de fatores: (1) a existência de motivação suficiente (ou preocupação com saúde) para que os assuntos de saúde se tornem relevantes; (2) a convicção de que o indivíduo é suscetível ou vulnerável a um problema de saúde grave ou a uma sequela dessa doença ou condição, geralmente denominada ameaça percebida; (3) e a

convicção de que, seguindo uma recomendação de saúde particular, será vantajoso reduzir a ameaça percebida, com um custo subjetivamente aceitável. O custo refere-se a barreiras percebidas que devem ser ultrapassadas de forma a seguirem-se as recomendações de saúde, incluindo o financeiro, mas não se limitando a ele (Rosenstock *et.al*, 1988).

O *Health Belief Model* parece constituir o enquadramento mais fortemente relacionado com os comportamentos de saúde, estabelecendo as três condições determinantes para que ocorra mudança de comportamento. Incorpora de forma implícita a ideia de envolvimento, ao referir a relevância dos assuntos de saúde como uma dessas condições. Na verdade, o principal pressuposto do modelo estabelece que é necessário existir relevância do tema saúde para que ocorra a ação do indivíduo nesse campo.

Social Learning Theory, posteriormente redenominada *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1986; Bandura, 1969; Peter e Olsen, 1987)

A teoria tem como pressuposto a ideia de que o indivíduo é indiferente a sinais situacionais e imune às consequências das suas ações. Explica o funcionamento psicossocial em termos de causa recíproca triádica, em que os fatores pessoais, na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos, padrões comportamentais e eventos ambientais, operam como determinantes interativos que se influenciam de forma bidirecional. A teoria analisa o processo de difusão social de novos estilos de comportamento em três funções constituintes e nos mecanismos que as governam: aquisição de conhecimento, novas ideias e práticas e o seu valor funcional; determinantes de adoção, que determinam se o indivíduo irá adotar e praticar o que aprendeu; e redes sociais que ligam os sujeitos uns aos outros, representando vias potenciais de influência. A ação humana pode ser exercida através de ação pessoal direta, de ação representada através de intermediários e de ação coletiva, operando através de convicções partilhadas de eficácia, de compreensão combinada, aspirações de grupo e sistemas de incentivos e ainda de ação coletiva. A ação pessoal opera numa ampla rede de influências socio-estruturais. Nestas transações de atuação, os indivíduos são simultaneamente produtores e produtos de sistemas sociais. Defende que muita da aprendizagem humana ocorre deliberada ou inadvertidamente através da

observação do comportamento dos outros e das suas consequências. E uma grande parte da informação sobre valores humanos, estilos de pensamento, padrões de comportamento e oportunidades e constrangimentos socio-estruturais é adquirida através de estilos modulados de comportamento simbolicamente retratados nos meios de comunicação de massa. (Bandura, 1999).

Segundo Rosenstock *et.al* (1988), o *Health Belief Model*, a *Social Learning Theory*, e a *Social Cognitive Theory* refletem o mesmo ponto de vista, mas a última trouxe dois contributos importantes na explicação do comportamento relacionado com saúde que não estavam incluídos no HBM: o ênfase nas diversas fontes de informação para a aquisição de expectativas, particularmente no papel informativo e motivacional do reforço e no papel de aprendizagem pela observação através de modelação (imitação) do comportamento de outros; a segunda grande contribuição constitui na introdução do conceito de autoeficácia, definida como a convicção de que o indivíduo consegue executar o comportamento requerido com êxito para que produza os resultados.

Theory of Reasoned Action (Ajzen e Fishbein, 1980) e *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991)

A *Theory of Reasoned Action* (TRA) defende que as convicções influenciam as atitudes e as expectativas, que por sua vez influenciam as intenções e os comportamentos. Propõe, assim, que qualquer intervenção que tente alterar o comportamento deve focar as convicções. O modelo foi revisto e expandido para integrar a ideia de “*perceived behaviour control*”, tendo resultado na *Theory of Planned Behaviour* (TPB). Esta versão agregou o conceito de controle de comportamento percebido como determinante da intenção de comportamento e da sua mudança. Advoga que a maior determinante do comportamento é baseada na intenção do indivíduo para desempenhar um determinado comportamento, sendo a intenção determinada por três fatores: atitude em relação ao comportamento, designando o equilíbrio entre as vantagens e desvantagens em realizar determinado comportamento ou os riscos e gratificações a ele associados; norma subjetiva, referindo a pressão social de agentes significativos, como pares, media, família; controle de

comportamento percebido, integrando a ideia de percepção que o sujeito tem sobre a sua capacidade de realizar o comportamento. O modelo propõe assim que, quanto mais positiva é a atitude, mais favorável é a norma subjetiva, maior é o controle de comportamento percebido e mais forte é a intenção, mais provável será que o indivíduo realize o comportamento (Corcoran, 2007).

Transtheoretical model/ Stages of change model (Prochaska e Velicer, 1997; Prochaska e DiClemente, 1983)

O modelo transteórico identifica seis estágios de mudança, dez processos de mudança, equilíbrio de decisão, autoeficácia e tentações como as dimensões que afetam a mudança de comportamento. Postula que a mudança de comportamento em saúde envolve a progressão numa dimensão temporal, através de seis estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação. A pré-contemplação é o estágio no qual os indivíduos não têm intenção de agir no futuro previsível, geralmente medido como os seis meses seguintes. Os sujeitos estão neste estágio provavelmente porque não estão informados ou têm pouca informação sobre as consequências do seu comportamento. A contemplação é a fase na qual os indivíduos têm intenção de mudar nos próximos seis meses. Estão mais conscientes das vantagens da mudança mas também conscientes das suas desvantagens. Este balanço entre os custos e os benefícios da mudança pode produzir profunda ambivalência, retendo os sujeitos nesta fase, durante longos períodos de tempo. Na fase de preparação, os indivíduos têm intenção de agir no futuro imediato, geralmente medido como o mês seguinte, e têm um plano de ação. A ação é a fase na qual os sujeitos introduziram alterações evidentes nos seus estilos de vida nos seis meses anteriores. No estágio de manutenção, os indivíduos estão a evitar a reincidência mas não aplicam processos de mudança tão frequentemente como na fase de ação. Estão menos tentados a recair e mais confiantes nas suas mudanças. A terminação é o estágio no qual os sujeitos não têm tentações e são 100% eficazes, tendo a confiança de que não haverá nenhuma situação que os faça regredir ao comportamento não saudável. Estão

numa situação em que poderiam nunca ter tido o comportamento que abandonaram (Prochaska e Velicer, 1997).

Paralelamente, identificam-se dez processos de mudança que constituem as atividades utilizadas pelos indivíduos para progredir através dos estágios, os quais oferecem importantes orientações para programas de intervenção e abordagens de comunicação. O equilíbrio de decisão reflete o peso relativo que o indivíduo atribui às vantagens e desvantagens da mudança. A autoeficácia constitui a confiança que o sujeito sente para lidar com situações de alto risco, sem reincidir. A tentação exprime a intensidade do desejo em cumprir um hábito específico numa situação difícil (Prochaska e Velicer, 1997).

O *Transtheoretical Model* constitui um enquadramento importante na mudança de comportamento em saúde, uma vez que estabelece o processo temporal de mudança de comportamento, determinando as características que cada fase desse processo implica e relacionando-as com o papel da comunicação em cada fase, no sentido de conduzir os indivíduos na sua progressão nesse processo.

Communication for Persuasion Theory (McGuire, 1984)

A teoria estabelece duas estratégias para reduzir os riscos em saúde: a estratégia institucional consiste em dirigir o comportamento do público com vista à manutenção da sua saúde, introduzindo mudanças estruturais nos acordos institucionais da sociedade, por exemplo, banindo certos produtos, legislando a sua especificação, taxando a sua utilização, restringindo as suas vendas. A estratégia de persuasão envolve convencer os indivíduos a exercerem responsabilidade pessoal pela sua saúde, alterando os seus estilos de vida em direções mais saudáveis, através de meios de comunicação de massa e outros canais de comunicação, para os informar e motivá-los a reduzir riscos ou treinando-os em competências que lhes permite adotar estilos de vida mais saudáveis. O autor advoga que alguns problemas de saúde necessitam da abordagem institucional (redução de ruído no ambiente, poluição de águas) e outros da abordagem individual, de persuasão (obesidade ou risco de acidente). Mas a sua tónica incide na comunicação pública (McGuire, 1984).

Assim, apesar de todas estas teorias terem contribuído importante para a comunicação em saúde, as que se revelam mais próximas da presente investigação são o *Elaboration Likelihood Model* (Petty e Cacioppo, 1986) e o *Health Belief Model* (Becker, 1974; Rosenstock *et.al*, 1988) pelo facto de considerarem o envolvimento com o tema um fator determinante no processamento das mensagens persuasivas ou no despoletar da ação.

Três dimensões determinam a dificuldade em alterar comportamentos sociais com êxito: (1) trocas com alto e baixo envolvimento, (2) pontual ou contínuo, (3) por indivíduos ou por grupos. Em condições iguais, é mais difícil alterar comportamentos com alto envolvimento, em decisões de grupo e em contínuo (Kotler e Andreasen, 1995).

É de notar que Wallack (2002) defende que as intervenções devem utilizar ferramentas mais apropriadas para confrontar e para mudar as condições sociais, nos casos em que se entende que os problemas de saúde têm origem social e, por outro lado, utilizar formas de motivação de mudança de comportamento individual, nos casos em que esses problemas têm origem na ignorância do indivíduo ou em falta de compreensão sobre assuntos básicos de estilos de vida.

Por último, sublinha-se que a mudança de comportamento que ocorre não se resume ao campo dos indivíduos, das famílias ou dos grupos. Ela acontece num vasto âmbito cultural, penetrando na consciência dos sujeitos e produzindo um impacto profundo (Pollay, 1989). E nesse contexto, deve entender-se se os problemas de saúde que se estão a trabalhar têm origem individual ou social, pois as soluções de comunicação que se apresentam têm estratégias e contornos diferentes (Wallack, 2002) e devem ser desenhadas concretamente para cada problema. Segundo Hornik (2002), a mudança de comportamento é mais provável quando se incentiva a mudança individual e o sistema social.

2.6. Tipos de Abordagem da Comunicação em Saúde

No capítulo sobre marketing social descreveram-se diversas visões de estratégias de gestão de comportamentos, tendo-se estudado em particular, os autores do marketing social. Aqui,

criou-se um paralelo com esse tema, denominando tipos de abordagem, uma vez que se trata de uma vertente estratégica da comunicação, para o que se recorreu sobretudo à literatura no campo da comunicação, na medida em que a sua identificação e distinção foram possíveis. E recorda-se que se concluiu que as estratégias que parece constituírem categorias diferentes e com materialização estudada são a legislação e o marketing.

Como apresentado anteriormente no subcapítulo sobre Teorias de Mudança de Comportamento, McGuire (1984) refere, na sua teoria *Communication for Persuasion*, dois tipos de estratégia na promoção da saúde: a institucional, que tem paralelo com a legislação e regulamentação e a estratégia de persuasão, que envolve convencer os indivíduos a exercerem responsabilidade pessoal pela sua saúde alterando estilos de vida em direções mais saudáveis, informando o público sobre os perigos, motivando-os a reduzir os riscos ou treinando-os em competências que lhes permite adotar estilos de vida mais saudáveis. Neste sentido, esta visão é bastante coincidente com a conclusão atrás referida, já que a persuasão constitui uma abordagem de comunicação para a estratégia de marketing.

Rogers e Storey (1987) pressupõem, num contínuo, as abordagens informar, persuadir ou mobilizar para uma mudança de comportamento, pressupondo uma hierarquia que sugere que o nível mais baixo é o disseminar informação e o mais alto a ativação, sendo frequentemente necessário que se passe pelo nível mais baixo para se atingir o mais alto; ou seja as campanhas de mobilização constroem-se nos níveis mais baixos, já que é necessário fornecer informação para que a mudança de comportamento se efetive.

Paisley e Atkin (2013) determinam a existência de três mecanismos de mudança social, que denominam 3 E's: *engineering*, *enforcement* e *education*. *Engineering* consiste no desenvolvimento de uma tecnologia ou inovação que pode motivar a mudança de comportamento desejada; *enforcement* considera a adoção de leis, o recurso a imposição ou outras formas de mudança obrigatória (similar ao conceito de legislação de Rothschild, 1999); *education* envolve a mudança de conhecimento, atitudes, convicções ou comportamento; esta é a arma de comunicação predominante da mudança social e a abordagem das campanhas de comunicação pública.

Atkin (1981, citado por Salmon, 1989) distingue campanhas de informação pública de persuasão referindo que as primeiras beneficiam recetores individuais ou a sociedade e as

últimas o interesse pessoal de fontes de patrocínio. Mas esta visão é pouco clara, uma vez que, como concluído anteriormente, não existe testemunho de materialização de campanhas de informação sem recurso a persuasão, além de que as primeiras têm frequentemente, se não sempre, um objetivo de mudança de comportamento, de mobilização, tal como Atkin e Rice (2013) advogam.

Poderia considerar-se aqui a visão de Hornik (2013) sobre a ideia de que o papel dos meios de comunicação de massa nem sempre é a persuasão, podendo consistir no foco da importância de um tema, atribuindo-lhe notoriedade (*agenda setting*) ou na definição de posicionamento que os indivíduos devem adotar sobre essa matéria (*framing*). Mas o contexto é realmente diferente, uma vez que Hornik se está a referir concretamente ao papel dos meios de comunicação de massa e não ao das campanhas de comunicação pública. Efetivamente, a educação ou informação pura poderão constituir uma fase ou fragmento de uma campanha com vista ao estabelecimento de um problema ou à criação de grande impacto; mas o objetivo final de mudança de comportamentos, que as campanhas de comunicação pública pretendem alcançar, obrigam a mensagens claras sobre práticas que se recomendam para resolver ou evitar determinado problema de saúde. Assim se reincide na ideia de que é necessária persuasão dirigida a este grupo-alvo, instruindo-o sobre práticas saudáveis para o motivar à mudança.

Já nos anos 60, Mendelsohn (1968) parecia desejar pôr fim a uma discussão que persiste na literatura, propondo que se deve cessar a confusão entre educação de massa e persuasão de massa na saúde pública. Na sua ótica, o comunicador em saúde não só tem a obrigação de fornecer determinada informação factual ao público como tem a obrigação de interpretar e dramatizar os factos para conseguir alterar as suas perceções sobre tratamentos de saúde de forma realista. Na comunicação de massa pretende-se persuadir as pessoas e não apenas educar, de modo a conseguir que elas se comportem de forma a que, não só imprimam melhoria do ponto de vista pessoal, como também do ponto de vista social. A educação não tem a intenção de alterar comportamentos, por si. A persuasão tenta limitar as opções e controlar as perceções ao ponto de as audiências começarem a perseguir os objetivos que o comunicador deseja que elas persigam, seja de forma racional

ou não. Conclui que, para se ter êxito nos esforços de comunicação na área da saúde pública é necessário recorrer a educação e persuasão.

Mendelsohn (1968) adianta ainda que os indivíduos não estão interessados nos “factos” por si só e frequentemente não sabem o que fazer quando são confrontados com eles, a não ser que os comunicadores lhes digam o que fazer de forma explícita, interessante, dramática e persuasiva, sublinhando que a informação de factos não tem interesse para a audiência e que ela necessita de ser impelida a agir. Esta visão é coincidente com a conclusão apresentada no capítulo do marketing social no sentido em que a literatura não reporta exemplos de marketing social nem de comunicação com a intenção isolada de informar sem persuadir. Apesar deste alerta, encontra-se na literatura atual a utilização dos dois termos de forma alternada, sem distinção de sentido.

Da análise dos conceitos de abordagens apresentados, conclui-se que os autores, não só utilizam terminologias diferentes, como as suas intenções diferem em relação a cada uma delas, não sendo possível criar um paralelismo entre elas, já que a persuasão é por alguns entendida fora do âmbito da educação ou informação (Rogers e Storey, 1987; Mendelson, 1968) e por outros no seu contexto (Rothschild, 1999; Paisley e Atkin, 2013). E Salmon (1989), apesar de distinguir informação de persuasão, defende que as campanhas de informação pública são diferentes das de persuasão pelo interesse que move as segundas por parte de patrocinadores. Mesmo considerando a visão de Rothschild (1999) de que a persuasão constitui uma abordagem no âmbito da educação e distinta do marketing, por este integrar a teoria da troca, as mensagens de marketing são, por natureza, persuasivas. Esta é a perspetiva de Ruão (2012) ao assumir claramente a abordagem persuasiva ao definir que a promoção da saúde consiste em desenvolver e difundir mensagens persuasivas dirigidas a públicos segmentados, com vista a influenciar perceções, atitudes e comportamentos.

Assim, a literatura demonstra evidência de que estes conceitos necessitam de esclarecimento para que o seu estudo se desenvolva com sentido, apesar de a maioria dos autores situar as campanhas públicas numa perspetiva de persuasão, caracterizando a educação como informação factual. E nesse contexto, é relevante estudar a abordagem da persuasão de forma mais aprofundada.

2.6.1. A Persuasão

A persuasão é um tema central destas abordagens, já que as campanhas de comunicação em saúde e os programas de marketing social recorrem a mensagens de natureza persuasiva.

Com a exceção da linguagem, a persuasão é o tema sobre o qual mais se tem escrito no campo da comunicação e tem vindo a ser estudado nas áreas do discurso de comunicação, psicologia social, jornalismo e outras (Miller, 1987).

Este interesse advém da ideia de que os indivíduos comunicam para influenciar, afetar com intenção ou que a função básica de toda a comunicação consiste em controlar o ambiente, bem como realizar recompensa física, económica ou social. Mesmo os mais céticos admitem que a persuasão é uma importante função da comunicação humana, apesar de poder não ser a única ou a predominante (Miller, 1987).

A persuasão define-se como tentativas para modificar o comportamento através de transações simbólicas (mensagens) que estão frequentemente ligadas a força coerciva (coerciva indireta) e que apelam à razão e às emoções do(s) indivíduo(s) que se pretende persuadir. A alteração de comportamento pode assumir uma de três formas: alterando as respostas existentes, reforçando respostas existentes ou formando novas respostas (Miller, 1987).

O modelo de persuasão como um processo descreve-se como um estímulo simbólico, (mensagens persuasivas) que despoleta predisposições avaliativas internas (atitudes) que subsequentemente motivam comportamentos patentes desejáveis (compromisso com objetivos persuasivos) (Miller, 1987).

Existem variáveis sobre o grupo-alvo que influenciam o impacto persuasivo: observa-se alguma correlação, que tende a ser modesta, entre a forma como determinada comunicação afeta o conhecimento sobre um tópico, os sentimentos com ele relacionados e o comportamento face a ele. Quando uma mensagem produz uma mudança numa das variáveis, tende a induzir mudanças semelhantes nas outras duas. E a correlação entre as três tende a aumentar com a introdução de variáveis como familiaridade e envolvimento com

o tópico, importância do tópico, traços pessoais, como necessidade de conhecimento, etc. (McGuire, 2001), os quais se relacionam direta e explicitamente com o tema do envolvimento, objeto de estudo da presente investigação.

2.6.2. Que Abordagem é Recomendada?

Mendelsohn (1968) defende que a comunicação de massa pretende persuadir as pessoas e não apenas educar, já que a educação não tem a intenção de alterar comportamentos. E conclui que para se ter êxito nos esforços de comunicação na área da saúde pública é necessário recorrer a educação e persuasão.

Rothschild (1999) considera que a gestão do comportamento público na área da saúde assenta fortemente em educação e legislação negligenciando a filosofia do marketing e da troca. E defende que influenciar os estilos de vida pode ser mais frutífero para melhorar a saúde e reduzir os custos com cuidados de saúde do que o tratamento da doença. Demonstra ainda a relevância do marketing em conjunto com educação e legislação, reconhecendo que cada ferramenta tem os seus pontos fortes, fracos e oportunidades para aplicação nesta área, defendendo que cada abordagem apresenta vantagens e desvantagens e que deve ser aplicada com a intenção de desempenhar papel relevante na intervenção.

Snyder e Hamilton (2002) concluíram da sua metanálise que as campanhas que apelavam a consequências legais eram mais de 3 vezes mais eficazes do que as campanhas que se basearam apenas em mensagens persuasivas. E determinam ainda que apenas a legislação, na ausência de campanha de media, era menos eficaz do que a combinação da lei com a campanha.

Mulgan (2010) advoga que informação e educação são ferramentas ineficazes para persuadir os indivíduos a mudarem os seus comportamentos e que a persuasão racional tem pouco impacto sobre hábitos arraigados, especialmente se eles envolvem forte pressão dos pares ou um vício. E defende que os comportamentos podem mudar de formas

fundamentais, mas geralmente através da interação de incentivos, informação, pressão de pares e alterações no ambiente.

Em conclusão, a literatura evidencia que cada problema terá uma abordagem mais adequada à sua resolução, mas deve sempre considerar-se que a combinação de esforços, com recurso a mais do que uma abordagem, cada uma desempenhando o seu papel, é, frequentemente a via mais eficaz na promoção de comportamentos de saúde positivos. No entanto, deve recordar-se que a metanálise de Snyder e Hamilton (2002) conclui que as intervenções de comunicação que incluem mensagens de coação (legislação) têm um efeito maior sobre o comportamento. Na verdade, campanhas que incluem mensagens de obrigação legal têm mais sucesso do que as que não têm, uma vez que conseguem despoletar mudança em 17% do grupo-alvo (Snyder, 2001).

A prática de persuasão tornou-se mais profissional, com mais conhecimentos teóricos sofisticados, e tecnologias aplicadas empiricamente testadas. Existe claramente uma responsabilidade social substancial que acompanha a posse de poder para persuadir (Pollay, 1989).

No entanto, não deve ser excluída a hipótese de, no futuro, os estados poderem recorrer a legislação com a intenção de beneficiar o consumo de determinados alimentos e penalizar outros (Snyder, 2007).

Esta situação é já evidente em Portugal, que tem já vindo a implementar algumas medidas legislativas com a intenção de melhorar o ambiente em que se realizam as escolhas de produtos alimentares, designadamente, estabelecendo limites máximos do teor de sal no pão⁵, tributando as bebidas adicionadas de açúcar⁶, criando o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados⁷, cuja intenção reside na promoção da capacitação dos cidadãos para tomar decisões informadas sobre a saúde, bem como a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável. No dia 29 de Dezembro de

⁵ Fonte: Diário da República Eletrónico, Lei n.º 75/2009, de 12 de Agosto.

⁶ Fonte: Diário da República Eletrónico, Lei n.º 42/2016, de 28 de Dezembro, que aprovou o Orçamento do Estado para 2017.

⁷ Fonte: Diário da República Eletrónico, Despacho n.º 3618-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 49, de 10 de Março.

2017, foi publicada em Despacho (nº11418/2017)⁸ a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS)⁹, pela DGS, resultado de um trabalho interministerial (Finanças, Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural e Mar) que teve por base documentos estratégicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Comissão Europeia (CE) na área da promoção da alimentação saudável, os dados mais recentes produzidos pelo Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, bem como outros estudos recentes na área. A estratégia define propostas de intervenção e propõe metas em quatro áreas: (1) modificar o meio ambiente onde as pessoas escolhem e compram alimentos, através da modificação da disponibilidade de alimentos em certos espaços físicos e promoção da reformulação de determinadas categorias de alimentos; (2) melhorar a qualidade e acessibilidade da informação disponível ao consumidor, de modo a informar e capacitar os cidadãos para escolhas alimentares saudáveis; (3) promover e desenvolver a literacia e autonomia para o exercício de escolhas saudáveis pelo consumidor; (4) promover a inovação e o empreendedorismo direcionado à área da promoção da alimentação saudável. Pedro Graça¹⁰ considera que a EIPAS é um dos mais importantes documentos na área da saúde pública em Portugal. No dia 10 de Abril de 2018, este documento constava do blog Nutrimento mas não do site alimentação saudável da DGS. Portugal já implementou várias ações, nas quais se incluem: (1) definição de parâmetros sobre disponibilidade de produtos alimentares em instituições públicas de cuidados de saúde; (2) implementação de taxa de açúcar em bebidas açucaradas; (3) implementação de acordo com o sector da indústria alimentar para reformulação dos produtos (em desenvolvimento); (4) desenho de proposta de modelo interpretativo dos rótulos alimentares; (5) melhoria da qualidade nutricional dos programas de solidariedade para grupos de baixo rendimento e (6) regulamentação do marketing de produtos não saudáveis dirigidos a crianças (Graça *et.al*, 2018).

⁸ Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114424591/details/normal?q=EIPAS>

⁹ Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/Estrategia-integrada-para-a-Promoção-da-Alimentação-Saudável.pdf>

¹⁰ Bolsa de Especialistas, Visão online, 3 de Fevereiro de 2018. Disponível em <http://visao.sapo.pt/opiniao/bolsa-de-especialistas/2018-02-03-Uma-estrategia-alimentar-para-Portugal>

2.7. Audiências-alvo, Segmentação e sua Predisposição para a Mudança

O estudo dos *targets* ou audiências-alvo é uma ideia central nos programas de marketing social e nas campanhas de comunicação pública, uma vez que é fulcral conhecer as suas características para se construir programas e comunicação que se apresentem relevantes às suas necessidades e aspirações. Concretamente, o recurso à segmentação é amplamente consensual, já que a disseminação de mensagens gerais para um grupo alvo demasiado abrangente, confiando apenas no poder dos meios de comunicação de massa, é um erro que já provou não produzir os efeitos desejados.

As audiências-alvo constituem assim a população ou seus grupos constituintes que se pretende impactar com determinada comunicação. Mas abordar todos de forma generalizada é algo que é absolutamente impensável quando se pretende garantir eficácia. Na verdade, as audiências de massa constituem uma grande quantidade de indivíduos, heterogêneos entre si, desconexos e anónimos (Grunig, 1989). E um dos mais importantes atributos das audiências de cuidados de saúde é a sua variedade (Thomas, 2006).

Assim, o recurso a técnicas de segmentação é generalizadamente recomendado. Se na arena comercial a segmentação é condição básica para se garantir o êxito, no cenário social ela é absolutamente crucial, dada a maior dificuldade em comunicar os assuntos sociais, como anteriormente se estabeleceu (Atkin, 2001; Grunig, 1989; Wallack e Dorfman, 2001; Rogers e Storey, 1987; Leavy *et. al*, 2014; Mulgan, 2010).

O grupo-alvo de uma campanha de comunicação pública em nutrição, com a intenção de prevenção, é constituído pela população em geral, muito heterogênea em diversos aspetos (idade, geografia, grau de instrução e até hábitos alimentares). Consequentemente, a segmentação é uma condição básica para se aumentar a probabilidade de eficácia, como advogam os autores atrás referidos.

2.7.1. Segmentação

A maioria dos investigadores aborda a questão da segmentação da audiência como uma das condições que contribui para a eficácia das campanhas de saúde pública (Mendelsohn, 1973; Grunig, 1989; Atkin e Rice, 2013; Leavy *et.al*, 2014). A ideia de segmentar uma população em categorias ou grupos relevantes pode ser encontrada em campos como a comunicação de massa, opinião pública, ciência política, sociologia e antropologia (Grunig, 1989).

Rothschild (1979) alerta para o facto de no *nonbusiness* existirem situações em que a segmentação é adequada e outras em que toda a população integra o grupo-alvo no sentido em que todos os membros devem adotar determinado comportamento. Refere o exemplo da Suécia, quando alterou o sentido da condução da esquerda para a direita. E o autor define as diferenças de segmentação como uma das questões fundamentais de impacto na comunicação,

As estratégias de segmentação envolvem dividir a população, mercado ou audiência em grupos, cujos membros apresentam mais semelhanças entre si do que os membros de outros grupos, com base em características relevantes distintivas (Grunig, 1989). E Bonoma e Shapiro (1983, citados por Grunig 1989) adicionaram a ideia de que a segmentação pode ser vista como um processo de agregar consumidores em grupos, bem como de desagregar o mercado total em partes.

Uma estratégia de segmentação deve considerar alguns critérios fundamentais: em geral, os segmentos devem ser definíveis, mutuamente exclusivos, mensuráveis, acessíveis, pertinentes em relação à missão da organização, alcançáveis pela comunicação com custos acessíveis, e suficientemente grandes para serem substanciais e aplicáveis de forma económica (Grunig, 1989). Thomas (2006) advoga que devem estabelecer-se algumas regras de segmentação que identificam um segmento de mercado relevante: deve ser mensurável, permitindo a possibilidade de se adquirir informação rigorosa e completa sobre as suas características com custos suportáveis; deve ser acessível, no sentido em que se pode comunicar com ele de forma eficaz, utilizando métodos estandardizados de

disseminação de informação; deve ser suficientemente substancial para ser considerado numa atividade de marketing separada, deve ser significativo, incluindo consumidores que têm atributos relevantes para os objetivos do comunicador.

Por seu lado, e referindo a generalização 8 de Rogers e Storey (1987), que adiante se apresenta, a segmentação aumenta a probabilidade de uma mensagem atingir a audiência pretendida. Quando não se segmenta, é possível que se criem hiatos de informação, ou seja, uma diferença de conhecimento entre grupos, ou de outros efeitos da comunicação entre grupos. Os autores adiantam que os indivíduos que estão mais informados e que têm atitudes mais favoráveis são mais permeáveis a atividades de campanhas desses tópicos.

O princípio orientador da necessidade de segmentar reside, assim, em agrupar pessoas que apresentam uma certa homogeneidade entre si em termos da sua predisposição face ao assunto que se está a trabalhar e às mensagens que se estão a comunicar.

A literatura apresenta conceitos de segmentação de natureza diversa como sejam a demográfica, psicográfica, valores e estilos de vida, *clusters geodemográficos*, regiões geográficas, comportamentos do consumidor, quantidade de consumo e situações de consumo, entre outros (Grunig, 1989).

Leavy *et.al* (2014) concluem que o seu estudo a uma campanha de promoção do exercício físico reforça a necessidade de se proceder a segmentação do grupo alvo primário e das mensagens que se alinham com os constructos da teoria do comportamento.

A pesquisa de Grunig em 1983 identificou quatro tipos de públicos de forma suficientemente consistente para se assumir que têm regularidade teórica: (1) públicos de todos os assuntos, ativos em todos os assuntos; (2) públicos apáticos, desatentos a todos os assuntos; (3) públicos de um único assunto, ativos em um ou num pequeno conjunto de assuntos, que preocupa apenas uma pequena parte da população; (4) públicos de assuntos intensos, ativos em apenas um assunto que foi alvo de grande cobertura mediática e que envolve quase toda a população. E alerta que as campanhas são mais eficazes se forem planeadas para segmentos cuidadosamente selecionados. Adiciona a estes públicos o conceito de *stakeholders*, como qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou é afetado pelos resultados de uma instituição (Grunig, 1989).

Mas enquanto estes autores focam a segmentação na audiência principal, Atkin (2001) identifica três tipos de audiências que desempenham papel distinto nas campanhas de saúde: o segmento focal, o que é central na mudança de comportamento, os influenciadores interpessoais, que podem exercer influência interpessoal no segmento focal e os responsáveis sociais, representando entidades ou grupos governamentais ou de qualquer outro sector que podem influenciar a escolha de práticas saudáveis e desencorajar as pouco saudáveis.

O importante da segmentação reside em conseguir definir e identificar um grupo que, pelas suas características, estará mais preparado para agir (Rogers e Storey, 1987). Assim, alguns traços das audiências-alvo foram já identificados como contribuindo para a eficácia dos programas e campanhas em saúde. Os seguintes testemunhos apresentam algumas dessas características.

Atkin e Freimuth (2001) defendem a necessidade de se identificar os subgrupos de maior prioridade, os de maior risco, os mais recetivos à mensagem de persuasão e os que estão em melhor posição para influenciar de forma interpessoal as pessoas de alto risco. A análise de Leavy *et.al* (2014) à campanha australiana *Find 30 Every Day* concluiu que o género e outros subgrupos constituem importantes considerações na conceção das mensagens. Bonoma e Shapiro (1983, referido por Grunig, 1989) desenvolveram a abordagem *nested* para classificar conceitos de segmentação em diversos *nests*, sugerindo que o mais interior se refere a variáveis que preveem “comportamentos individuais de comunicação e efeitos”, os conceitos perfeitos para segmentação; o segundo *nest* define públicos, representando indivíduos que comunicam e se comportam de forma semelhante; por seu lado, os *nests* exteriores constituem “comunidades”, “psicográficos, estilos de vida, subculturas, relações sociais”, “geodemográficos”, “demográficos e categorias sociais” e “audiências de massas”. Estes *nests* exteriores são menos poderosos em isolar os comportamentos de comunicação e efeitos do que os do interior porque os últimos integram as audiências-alvo, mas também incluem públicos que não constituem *target* da comunicação.

A pesquisa em inovação sugere que diferentes tipos de *targets* adotam uma inovação em momentos diferentes e que a motivação para a mudança pode ser diferente (Hutton e

Ahtola, 1991; Kotler *et.al*, 2002). A teoria da difusão de inovação segmenta a população de utilizadores de uma inovação de acordo com a duração do período de tempo antes da adoção da inovação, definindo comportamentos. Os segmentos incluem cinco tipos de adotantes: inovadores, adotantes iniciais, maioria inicial, maioria tardia e lentos (Rogers, 1983).

A segmentação em estilos de vida tem também sido frequentemente utilizada pelo marketing, sendo o VALS (*values and lifestyles*) o mais utilizado, apesar de alvo de algumas críticas às suas limitações (Grunig, 1989). O VALS identifica assim nove segmentos com base em combinações da hierarquia psicológica das necessidades de Maslow e os conceitos sociológicos dos indivíduos: *sustainers*, *survivors*, *belongers*, *emulators*, *achivers*, *os I-Am-Me's*, *experientials*, *socially conscious* e *integrateds*.

Os teóricos de comunicação e marketing reconhecem que o comportamento dos segmentos pode ser melhor compreendido quando se utilizam variáveis inferidas em vez de variáveis objetivas. As variáveis inferidas são medidas quando se questiona diretamente os membros de uma população e incluem perceções, conhecimentos ou atitudes. As variáveis objetivas podem ser medidas através de fontes secundárias e incluem demográficos, localização geográfica, utilização de *media*. Para as campanhas de comunicação, as teorias de segmentação baseadas em variáveis inferidas, conseguem prever comportamentos desejados e efeitos com mais rigor do que as que se baseiam em variáveis objetivas (Grunig, 1989).

E Snyder (2007) adianta que as mensagens criadas para terem sucesso num grupo homogéneo de pessoas têm mais probabilidade de impacto nesse grupo do que as mensagens desenhadas para um grupo heterogéneo, com uma diversidade de preocupações, valores e comportamentos. Apesar de se definirem frequentemente variáveis demográficas, deve considerar-se a definição de alvos com base no comportamento, risco real e percebido, informação errada e convicções, barreiras ambientais e padrões de comunicação porque estes fatores afetam a natureza da mensagem produzida para a campanha e a forma de a comunicar.

A revisão sistemática de Ammerman *et.al* (2002) a campanhas de fruta e vegetais sugere que definir como alvo as pessoas diagnosticadas com uma condição médica, e não a

população em geral, pode resultar em maior mudança de comportamento porque as pessoas podem estar mais motivadas para mudar. Wakefield *et.al* (2010) defendem que a probabilidade de sucesso das campanhas de meios de massa é substancialmente maior quando o comportamento do grupo-alvo é episódico em vez de habitual ou contínuo.

A questão central parece assim residir na definição como grupo prioritário da comunicação os segmentos de indivíduos que se integram nestas descrições.

No contexto desta investigação, é de notar que o envolvimento pode ser utilizado como uma variável para segmentação, uma vez que varia com os indivíduos, com produtos e com comportamentos, (Kassarjian, 1981; Slama e Tashchian, 1985). A intenção reside exatamente em definir segmentos com base em variáveis inferidas sobre envolvimento com nutrição, o que constitui um contributo relevante no estudo da comunicação em saúde, bem como do papel do envolvimento no tema.

2.8. Sobre os Resultados e a Eficácia

A literatura sobre pesquisa de campanhas reporta, do ponto de vista da sua eficácia, uma série de falhas, em paralelo com grandes êxitos (Salmon e Murray-Johnson, 2001), mas existe evidência de que as campanhas podem ser eficazes sob determinadas condições, algumas das quais são expostas sob a forma de generalizações (Rogers e Storey, 1987), adiante apresentadas.

O sucesso das campanhas de saúde pública varia muito e a sua eficácia é difícil de medir (Randolph and Viswanath, 2004), nomeadamente porque, em muitos casos, não existem objetivos expressos, as medidas de eficácia diferem muito (Devine e Hirt, 1989) e pelo facto de o constructo de eficácia, não só não ser unidimensional, como por não existir clareza e uniformidade operacional do seu conceito (Salmon e Murray-Johnson, 2001).

2.8.1. As Eras dos Efeitos

Rogers e Storey (1987) sugerem que o estudo dos efeitos das campanhas de comunicação acompanhou a tendência da investigação do campo da comunicação de massa e que transitou de pessimismo a otimismo. Assim, denomina a era 1 de efeitos mínimos, localizado no tempo entre as décadas de 40 e 50 nos Estados Unidos. Baseado nos estudos de Lazarsfeld, conclui-se sobre a limitação dos efeitos da comunicação de massa, em contraponto com o modelo “agulha hipodérmica” que sustentava que os *mass media* têm efeitos diretos, imediatos e poderosos na audiência. A era 2, entre as décadas de 60 e 70, pressupõe que as campanhas podem ter êxito se planeadas e implementadas de acordo com determinadas estratégias de comunicação, a saber, utilizar avaliação formativa, definir objetivos razoáveis e utilizar as técnicas de segmentação de audiência. A era 3, no tempo do seu artigo (anos 80), é caracterizada por uma expectativa de efeitos moderados, existindo evidência de que os efeitos sobre o comportamento podem ser pequenos mas com capacidade para atuar em sentido positivo. Noar (2006), propõe uma era contemporânea, de efeitos condicionais, correspondendo a um estado em que não se descobriram novos princípios de planeamento de campanhas mas em que se observou muitos dos princípios formalizados em eras anteriores postos em prática de forma eficaz e criativa. De facto, e segundo o autor, quando se começou a implementar campanhas que foram planeadas de acordo com os princípios de eficácia, assistiu-se a um aumento do sucesso das campanhas.

2.8.2. Definição de Eficácia e Dificuldades do Conceito

O impacto de uma campanha de comunicação é geralmente medido pela capacidade de produzir mudança nas atitudes e comportamentos explícitos (McGuire, 2001), alicerçando este objetivo ao do marketing social. E os resultados de diversas pesquisas sugerem que as campanhas podem gerar influências moderadas a fortes em resultados cognitivos, menos influência em resultados atitudinais e ainda menos influência em resultados

comportamentais (Atkin e Rice, 2013). Os resultados no comportamento tendem a variar na proporção de fatores como a dose de informação, o poder qualitativo das mensagens, a agregação de comunicação de massas e interpessoal e a integração de estratégias de mudança social, nomeadamente motivação, educação e *engineering* (Atkin e Rice 2013).

Salmon e Murray-Johnson (2001) identificam várias abordagens ao conceito de eficácia, enumerando a eficácia de definição, que diz respeito ao sucesso na definição de um fenómeno social como um problema social, conseguindo criar agenda sobre determinado tópico; a eficácia ideológica, definindo-se aqui o nível de análise da comunicação em termos individuais ou sociais; a eficácia política, refletindo que um assunto em campanha está na agenda política e que os governos têm nela um papel participativo; a eficácia contextual, assumindo que a avaliação das intervenções para a mudança deve observar os resultados integrados em algum contexto; a eficácia de custo, que deve avaliar os custos da campanha em comparação com outras formas de intervenção; a eficácia programática, devendo confrontar-se objetivos e resultados para se concluir sobre os efeitos que eram intenções da campanha.

As campanhas de informação podem despoletar uma variedade de comportamentos apropriados que nem sempre são identificados ou conhecidos. Medir a eficácia com base em apenas um comportamento pode subestimar os resultados realmente atingidos. Assim, deve ampliar-se a operacionalização dos efeitos (definir os possíveis comportamentos em resultado de uma campanha) bem como medir os efeitos ao longo do tempo, para que se obtenha uma informação mais justa do sucesso ou insucesso de uma campanha de informação (Devine e Hirt, 1989; Thomas, 2006).

Esta posição é partilhada por Chaffee e Berger (1987) e por Salmon e Murray-Johnson (2001), que distinguem eficácia de efeitos, relacionando-se a primeira com resultados que constituíam intenções do planeador e os segundos com resultados não esperados. E Salmon (1989) acrescenta que muitas campanhas de saúde pública nos Estados Unidos podem ter resultados divergentes quando avaliadas segundo critérios de curto e longo-prazo. Muitas das campanhas na área da saúde não evitam a morte, apenas a adiam e isso apenas se observa no longo-prazo, impossível de determinar no curto-prazo. De facto, as avaliações das campanhas para promover nutrição e atividade física mostram que, apesar

de se conseguirem alterações no curto-prazo, os efeitos sustentados são difíceis de manter depois de a campanha acabar (Wakefield *et.al*, 2010).

Paralelamente, Salmon (1989) e Wakefield (2010) alertam para o facto de a eficácia das campanhas dever ser avaliada no contexto de mensagens em que ocorrem, uma vez que elas se integram num ambiente social competitivo, em que coexistem diversas forças condutoras ao comportamento favorável que se pretende induzir e outras forças impeditivas, que vão em sentido diferente ou divergente, posição partilhada por Hornik (1984). Essa forças concorrentes não se limitam a mensagens de publicidade mas também a programas de entretenimento, à existência de comportamentos de vício e ao fácil acesso a produtos que têm efeitos contrários aos que se pretende atingir, bem como a âncoras mais tradicionais e provavelmente mais poderosas em influência, como a religião, a educação, a classe social, a família e grupos de amigos. Salmon (1989) ilustra que uma campanha que não conduziu a nenhuma mudança de comportamento pode ser altamente eficaz se o contexto competitivo apresentava mensagens contrárias às veiculadas pela campanha. E não haver alteração de comportamento pode significar que a audiência resistiu aos apelos das mensagens concorrentes. No mesmo sentido, Wakefield *et.al* (2010) estabelece que o facto de estas campanhas serem geralmente combinadas com outro tipo de intervenções dificulta a avaliação de resultados das campanhas de comunicação de massa por ser difícil isolar os que provém apenas destes.

Abroms e Maibach (2008) assumem posição semelhante, pressupondo que existem evidências sobre o facto de o ambiente de media formar os nossos comportamentos, referindo-se ao leque de mensagens a que os indivíduos estão sujeitos, tanto oriundas da publicidade como de conteúdos de programas.

Existem muitas razões para que as campanhas não tenham um forte impacto. As barreiras de resistência da audiência surgem em todas as fases de resposta, desde a exposição até à implementação do comportamento. O problema mais elementar talvez seja atingir a audiência e conseguir a sua atenção (Atkin, 2001), conceito semelhante ao de apatia do público de Mendelson (1973) que pressupõe que vários públicos apresentam considerável resistência à saída do conforto da sua indiferença relativamente a muitos assuntos públicos. Por isso, os meios de comunicação não têm poder para efetuar

mudanças consequentes, e assim, a maior tarefa da comunicação consiste em reconhecer, compreender e tentar ultrapassar a apatia do público.

Por outro lado, deve considerar-se alguma evidência de que a comunicação em saúde, recorrendo a campanhas de informação, neutralizam o efeito do hiato do conhecimento (*knowledge gap*), tal como demonstrado na análise de uma campanha de saúde cardiovascular em que não se observou hiato em conhecimento entre segmentos mais e menos instruídos, concluindo-se que a campanha eliminou praticamente um hiato existente entre esses dois segmentos, tendo ainda conseguido aumentar o nível global de conhecimento e reduzir diferenças de conhecimento relacionadas com classe social no grupo de intervenção (Ettema *et.al*, 1983). De facto, parece existir alguma evidência de que a comunicação em saúde assume um papel relevante na diminuição de desequilíbrios ou desigualdades sociais (Ruão, 2013).

Mulgan (2010) refere que o estudo de algumas disciplinas que abordam a questão da mudança de comportamento apresenta uma base de evidência muito frágil. Por essa razão, é útil considerar alguns atributos da eficácia da comunicação em saúde (Thomas, 2006): *accuracy*, garantindo que o conteúdo é válido e sem erros de factos, interpretação ou julgamento; *availability*, proporcionando a acessibilidade da transmissão ou localização das mensagens às audiências; *balance*, apresentando os benefícios e os riscos de ações potenciais ou reconhecendo perspetivas diferentes e válidas sobre o assunto; *consistency*, mantendo o conteúdo internamente consistente ao longo do tempo e consistente com a informação de outras fontes; *cultural competence*, adequando os processos de desenho, implementação e avaliação a determinados grupos da população, bem como os seus níveis educacionais; *evidence based*, incluindo evidência científica relevante, previamente submetida a revisão compreensiva e análise rigorosa, de forma a poder-se formular *guidelines* práticos, medidas de atuação, critérios de revisão e avaliações tecnológicas; *reach*, atingindo o maior número possível de indivíduos da audiência-alvo; *reliability*, assegurando que a fonte do conteúdo é credível e o conteúdo é atualizado; *repetition*, transmitindo a acessibilidade do conteúdo de forma continuada ou repetida ao longo do tempo, tanto para reforçar o impacto com a audiência, como para atingir novas gerações; *timeliness*, planeando a transmissão ou acessibilidade do conteúdo no momento em que a

audiência está mais recetiva ou mais necessitada de determinada informação; *understandability*, garantindo que o nível de leitura ou linguagem e formato é apropriado à audiência-alvo.

Dada a complexidade de cumprir todos estes fatores, o maior desafio no desenvolvimento de programas de comunicação eficazes é identificar os contextos, canais, conteúdos e razões que motivam os indivíduos a prestar atenção e a utilizar informação sobre saúde (Thomas, 2006).

2.8.3. Resultados e Conclusões

A eficácia das campanhas de saúde mediadas tem sido debatida pelos investigadores (Snyder *et.al*, 2004) e é unânime entre os autores que estudam a comunicação de assuntos públicos que a missão das campanhas com estes fins é difícil e frequentemente de efeitos modestos (McGuire, 1984), havendo igualmente testemunho de diversos êxitos (Mendelsohn 1968; Rothschild, 1979; McKenzie-Mohr, 2000; Rice e Atkin, 2013; Snyder *et.al*, 2004).

Rothschild (1979) conclui, da análise a quatro casos de campanhas do sector não comercial, que existem condições desfavoráveis à comunicação nesta área, nomeadamente porque os produtos são intangíveis, a compra tem um preço que não envolve dinheiro, não existe frequência de compra, falta reforço de comportamentos, é necessário atingir uma sociedade/ mercado total mas heterogéneo e observam-se níveis extremos de envolvimento com variações entre muito baixo e muito alto.

Numa tentativa de sintetizar os fatores que contribuem para o sucesso das campanhas, Wiebe (1951) analisou quatro campanhas sociais e concluiu que o seu sucesso, em termos da sua motivação para o comportamento, é uma função da experiência dos membros da audiência em relação a cinco fatores: (1) Força, que consiste na combinação da predisposição do indivíduo em relação ao objetivo da comunicação e a motivação por ela oferecida; (2) Direção, como conhecimento sobre como ou onde a pessoa vai consumir a sua motivação; (3) Mecanismo, referente à existência de um agente que permite ao

indivíduo traduzir a motivação em ação; (4) Adequabilidade e compatibilidade, traduzindo a capacidade e eficácia do agente para realizar a sua tarefa; (5) Distância, sendo a estimativa da energia e custo necessário da audiência para realizar a motivação face à recompensa.

Snyder *et.al* (2004) estabelecem que as campanhas de saúde mediadas têm efeitos pequenos no curto-prazo e consideram que eles são diferentes consoante se trate de uma campanha de cessação ou redução de um hábito, de promoção para o início de um novo comportamento versus o fim de um velho comportamento ou ainda de prevenção de um novo comportamento indesejado. O autor conclui que as campanhas que promovem a adoção de um comportamento que é novo para o indivíduo ou a substituição de um velho comportamento por um novo tem mais probabilidade de sucesso do que as campanhas de prevenção ou cessação.

E talvez porque os efeitos são pequenos no curto-prazo, Thomas (2006) advoga que eles se devem medir, uma vez que se pode observar resultados imediatos do programa, tais como mudanças no conhecimento, nas atitudes e nas competências. Devem avaliar-se os resultados intermédios, que refletem algum progresso no alcance dos objetivos, podendo observar-se mudanças no comportamento individual, normas sociais ou ambiente. E devem aferir-se os resultados de longo-prazo, que se relacionam com o objetivo último do programa, frequentemente apenas observável algum tempo depois, em relatórios estatísticos (por ex. redução de incidência de obesidade na população).

Na sua metanálise sobre o efeito das campanhas de saúde mediadas na mudança de comportamento, Snyder *et.al* (2004) concluem que o tópico tem um impacto muito grande e o que mais explica a variância da dimensão do efeito. Face aos seus resultados, os autores alertam que as campanhas estudadas mudaram os comportamentos de 8% da população e que as mudanças modestas podem ter um impacto importante na saúde pública.

Uma análise posterior a campanhas de saúde nos Estados Unidos, que incluem a utilização de meios de comunicação de massa (Snyder, 2007), conclui que tiveram um efeito de 5 pontos percentuais. Isto significa que, se 60% dos indivíduos realizava o comportamento desejado antes da campanha, pode prever-se que aproximadamente 65% dos sujeitos o fará depois da campanha. As campanhas europeias que utilizam meios são, em média, igualmente eficazes. O tópico da campanha revela-se novamente um fator de

impacto, uma vez que as campanhas de mais sucesso foram as de cinto de segurança e as de menor sucesso as de droga e marijuana dirigidas a jovens; o tópico sobre dieta e atividade física tem sucesso moderado. Para novos tópicos, o autor defende que é possível antecipar o seu sucesso relativo, examinando as características do comportamento.

Snyder (2007) apresenta ainda a ideia de que o hábito (que inclui a maioria dos assuntos de alimentação) pode ser mais difícil de mudar do que adotar novos comportamentos que apenas necessitam de ser realizados esporadicamente, de que é exemplo a vacinação. Wakefield *et.al* (2010) corrobora esta ideia, defendendo que a probabilidade de sucesso das campanhas de saúde é substancialmente maior quando se aplicam múltiplas intervenções e quando o comportamento do *target* é episódico (fazer um exame médico, vacina) em vez de habitual ou contínuo (escolhas alimentares, exposição ao sol, atividade física). A disponibilidade e acesso a serviços e produtos-chave é também crucial para persuadir os indivíduos motivados pelas mensagens dos meios de comunicação a atuar. A criação de políticas que apoiam as oportunidades para mudar fornece motivação adicional para concretizar a mudança, na medida em que o reforço de políticas pode desencorajar comportamentos não saudáveis ou inseguros. As campanhas de RP ou de *media advocacy*, que apresentam o tratamento de um assunto de saúde pública através de notícias e programas de entretenimento, representam igualmente uma estratégia complementar promissora, complementar às campanhas de media convencionais.

De acordo com Wallack e Dorfman (2001), as melhores campanhas de comunicação em saúde são caracterizadas por incluírem, pelo menos, três importantes fatores: (1) utilizam a teoria de comunicação de massas e de mudança de comportamento como base do seu planeamento; isso significa utilizar uma variedade de canais de comunicação assegurando que a audiência é exposta à mensagem, reduzindo barreiras à mudança e propondo uma ação clara e específica ao indivíduo; (2) desenvolvem pesquisa formativa como *focus group* para desenvolver as mensagens e desenhar a estratégia da campanha. As melhores intervenções também incluem várias estratégias de marketing social tais como segmentação de mercado, análise de canais e pré-teste da mensagem; (3) relacionam mais as estratégias de media a programas comunitários, conseguindo assim reforçar a mensagem e oferecendo apoio local para a mudança de comportamento desejada. Alguns

autores (Bracht, 2001; Wallack e Dorfman, 2001) têm vindo a defender este terceiro fator ao estabelecerem que as intervenções de comunicação em saúde devem realizar-se no nível social, de ação coletiva, e não apenas individual, uma vez que as abordagens que operam mudança no ambiente, no qual as pessoas tomam as suas decisões de saúde, têm mais possibilidade de melhorar o estado de saúde em grandes populações a longo-prazo.

No seu estudo dos fenómenos da comunicação aplicados à saúde pública, Mendelsohn (1968) expõe a ideia de os efeitos da comunicação de massas serem mediados pelo interesse do indivíduo em determinado tema. E, em oposição aos profissionais, que vêm na divulgação através destes meios efeitos de mudanças de comportamento imediatas, o autor defende que existe enorme evidência científica que demonstra que a conversão ocorre raramente e apenas sob circunstâncias psicológicas, sociológicas e de comunicação muito complexas.

A promoção da saúde e a prevenção da doença devem ser realizadas em todos os níveis de comunicação, intrapessoal, interpessoal, institucional e social (Pettegrew e Logan, 1987). As campanhas de comunicação que obtiveram mais êxito integraram esses processos e produziram efeitos em todos os níveis. De facto, tiram frequentemente partido de interações entre níveis que ocorrem naturalmente ou que podem ser induzidas com um planeamento profundo (Rogers e Storey, 1987).

Rogers e Storey (1987: 836) sintetizaram algumas conclusões do estudo de casos de sucesso e concluem sobre o tema da eficácia, enunciando algumas generalizações:

Generalização 1: a exposição a mensagens de campanhas com grande difusão é um ingrediente necessário para a eficácia da comunicação da campanha. Apesar de a grande exposição não garantir o sucesso, é relativamente certo que a campanha falhará sem ela.

Generalização 2: Uma questão chave para o sucesso das campanhas de comunicação é a definição de objetivos razoáveis.

Generalização 3: A comunicação interpessoal através de redes de amigos é muito importante na condução e manutenção de mudança de comportamento. Os canais interpessoais são mais influentes na motivação das pessoas para agir de acordo com informação disseminada.

Generalização 4: A credibilidade percebida de uma fonte ou canal contribui para a eficácia da campanha de comunicação. A credibilidade é o grau de conhecimento ou confiança que se atribui à fonte ou ao canal.

Generalização 5: A avaliação formativa pode melhorar a eficácia das campanhas ao contribuir para a produção de mensagens específicas para a mudança desejada de comportamento. A campanha promovendo adoção de comportamentos deve ser dirigida ao alvo certo e garantir que a adoção é possível, fácil de concretizar e recompensada.

Generalização 6: Campanhas com apelos que são socialmente distantes da audiência não são eficazes. Os apelos apenas são considerados nos casos em que existem preocupações salientes por parte dos indivíduos sobre o mesmo tópico.

Generalização 7: As campanhas que promovem prevenção têm menor probabilidade de sucesso do que as que têm consequências positivas imediatas. Por isso, é necessário apresentar recompensas mais imediatas, podendo passar por pequenos passos que levam ao comportamento final desejado.

Generalização 8: A segmentação de audiências pode melhorar a eficácia das campanhas através da criação de mensagens específicas para alvos particulares. A segmentação aumenta a probabilidade de uma mensagem atingir a audiência pretendida.

Generalização 9: A oportunidade e a acessibilidade dos meios de comunicação e das mensagens interpessoais podem contribuir para o êxito da campanha.

Hornik (2002) conclui igualmente que, apesar de existir evidência para alguma ambiguidade de efeitos ou inexistência de evidência sobre os efeitos, nomeadamente nos programas *Stanford Five City Program* (Farquhar *et.al*, 1990), *The Minnesota Heart Health Program* (Luepker *et.al*, 1994) e *The COMMIT Program* (COMMIT, 1995), também existe evidência de que ocorreram mudanças de comportamento no contexto de esforços de comunicação, de que são exemplo os programas *The National High Blood Pressure Education*, *The California and Massachusetts Antismoking Campaigns*, *Sudden Infant Death Syndrome Education*, *The Swiss and Dutch AIDS Communication*, *The Philippines National Immunization*, e *The North Carolina Highway Safety*. Reforçando a ideia de eficácia, muitas agências públicas assumem que a comunicação em saúde pública constitui uma poderosa ferramenta para induzir a mudança de comportamento.

A metanálise da literatura sobre campanhas de saúde de Snyder e Hamilton (2002) conclui, concretamente que, numa amostra de 48 campanhas de saúde, se observa uma dimensão média do efeito das campanhas nos comportamentos de curto-prazo de $r=.09$, o que se traduz por aproximadamente 9% das pessoas terem adotado o comportamento depois da campanha. A análise revelou ainda que, de todas as variáveis testadas, as mensagens de coação são o moderador mais poderoso da dimensão do efeito das campanhas. Assim, as campanhas que recorreram a mensagens de coação são muito mais eficazes do que as campanhas que não as utilizaram. A segunda característica mais importante em termos de efeito é o facto de as mensagens incluírem informação nova, concluindo-se que a inclusão de mensagens com nova informação aumenta a dimensão do efeito. E a conclusão sumária desta análise apoia a afirmação de que as campanhas de media podem causar mudança de comportamento, reforçada pela capacidade da metanálise, que utilizando métodos quantitativos, permite generalização das suas conclusões para a população de campanhas. Adianta ainda que é necessária grande difusão da campanha, uma vez que apenas 40% dos indivíduos pertencentes às comunidades-alvo foram impactados.

Resultados semelhantes são apresentados na metanálise de estudos de campanhas em saúde de Snyder *et.al* (2004) concluindo que, apesar de atingirem mudanças modestas, as campanhas de media podem ter um impacto importante na saúde pública. Os maiores efeitos observam-se (1) em campanhas que propõem adoção de novos comportamentos, comparando com as que pretendem prevenir ou cessar comportamentos (principalmente em casos de comportamentos viciantes), e (2) em campanhas que eram acompanhadas de reforço legislativo, de que são exemplo as campanhas sobre cinto de segurança. E, entre as características estudadas, a que mais explica a variância na dimensão do efeito é o tópico da campanha, reforçando a ideia de que o interesse, ou seja, o envolvimento com o tema poderá ter impacto nos efeitos das campanhas.

Por seu lado, Randolph e Viswanath (2004) definem as condições que é necessário cumprir para uma campanha de sucesso: influência do ambiente informativo e maximização de exposição; marketing e mensagens criativos; criação de condições estruturais que permitam ao grupo-alvo realizar a mudança recomendada, como ambiente de apoio;

campanhas baseadas em teoria aplicando o conhecimento adquirido; análise do processo e avaliação da exposição.

Paralelamente, Noar (2006) apresenta os princípios fundamentais de sucesso de campanhas de saúde: (1) conduzir pesquisa formativa da audiência no sentido de compreender claramente o problema; (2) utilizar a teoria como fundamento conceptual; (3) segmentar a audiência em subgrupos significativos, baseados em características importantes; (4) utilizar uma abordagem de planeamento da mensagem; (5) colocar as mensagens em meios de amplo contacto com o grupo-alvo; (6) conduzir avaliação do processo e (7) realizar avaliação de resultados. O autor conclui, da sua análise retrospectiva de dez anos à pesquisa sobre campanhas de saúde, que a literatura evidencia que as intervenções com alvos definidos e bem executadas podem ter efeitos pequenos a moderados, não só relativamente a conhecimento, convicções e atitudes, mas também a comportamentos na área da saúde e que estes podem ser traduzidos em grande impacto na saúde pública, dado o grande alcance dos *mass media*. Este impacto apenas pode ser atingido na condição de se seguirem os princípios de planeamento eficaz das campanhas.

Segundo Rice e Atkin (2013), muitos autores concluem que as campanhas de comunicação pública atingem um impacto moderado havendo igualmente testemunho de muitos êxitos, nomeadamente na área da saúde onde os seus contributos foram significativos em campanhas como tabaco, utilização de cinto de segurança e condução sem álcool.

E Hornik (2002) estabelece a existência de dois pontos de vista: um que advoga a inutilidade dos esforços de comunicação em saúde pública para despoletar mudança de comportamento; e outro, apresentado na sua obra, que defende o recurso à comunicação em saúde pública, se bem aplicada, apresentado diversos casos que evidenciam que a comunicação em saúde pública pode afetar os comportamentos de saúde. É o caso concreto da campanha *Go for 2&5* (Pollard *et.al*, 2008) que, não só aumentou a notoriedade sobre a recomendação de consumo das doses diárias de fruta e legumes, como contribuiu para aumentar o consumo destes alimentos.

Um dos estudos mais recentes indica que os anúncios de saúde pública online constituem um mecanismo promissor para operar mudança de comportamento, tendo

registado que 48% dos indivíduos a eles expostos realizaram buscas posteriores, comparados com 32% dos sujeitos do grupo de controle que realizaram o mesmo tipo de buscas. A sua eficácia depende, em grande parte, de se definir a audiência-alvo com base em preferências relacionadas com o seu estilo de vida e/ou características sociodemográficas (Yom-Tov *et.al*, 2018).

Em síntese, a literatura evidencia dificuldade e complexidade significativas na avaliação das campanhas de comunicação em saúde pública, devido a diversas circunstâncias: lacunas técnicas que invalidam a análise, como inexistência de objetivos expressos para avaliação; medição difícil de aplicar pelo facto de a mudança de comportamento nem sempre ser possível de captar, nomeadamente em situações de curto-prazo; contexto competitivo muito variável, dependente de variáveis impossíveis de prever e manipular; efeitos dependentes de múltiplas variáveis difíceis de conjugar e planear, gerando igualmente resultados imprevisíveis, nem sempre positivos.

Mas a exposição a informação é condição necessária para a adoção de comportamentos saudáveis (Cabral e Ferreira, 2017), pressupondo-se assim que a mudança de comportamento nunca poderá ocorrer se não existir comunicação no sentido da mudança social. As campanhas de comunicação pública, apesar de produzirem efeitos modestos, constituem uma condição *sine qua non*, para a mudança social. E não só atingem as audiências-alvo principais, como têm potencial considerável para produzir efeitos em instituições e grupos ao nível nacional e comunitário, bem como motivar influenciadores pessoais em contacto próximo com os indivíduos do grupo-alvo principal, desempenhando um papel de influenciadores interpessoais (Atkin, 2001).

A conclusão que se pode assumir é que, mesmo com reservas sobre os resultados e a eficácia da comunicação em saúde pública, mesmo diante de evidência de resultados modestos, a opção a assumir não pode ser não intervir ou não comunicar, pois isso levará a resultado nenhum. A alternativa que gera acordo por parte da maioria dos autores (Hornik, 2002; Noar, 2006; Pollard *et.al*, 2008) consiste em intervir no campo da saúde pública, e concretamente no campo da nutrição, com programas de marketing social e campanhas de comunicação, cumprindo cuidadosamente os requisitos que se conhece poderem garantir mais efeitos na direção que se pretende.

E conclui-se, ainda, que o conceito de envolvimento é central em grande parte dos estudos efetuados, assumindo-se que é necessária uma proximidade entre o indivíduo e o tópico para que se possa despoletar mudança de comportamento, condição que é considerada por Rothschild (1979), Rogers e Storey (1987) na sua Generalização 6, Grunig (1989), Atkin e Rice (2013), entre outros.

2.9. Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição

No sentido de contextualizar a presente investigação nas campanhas de comunicação pública que têm sido desenvolvidas na área da nutrição ou alimentação saudável, este subcapítulo propõe-se mapear as campanhas implementadas internacionalmente, bem como os programas, atividades, eventos e campanhas que têm sido promovidos a nível nacional.

As campanhas internacionais aqui apresentadas correspondem às referidas na literatura estudada no contexto desta investigação, de acordo com os seguintes critérios: a atividade tem que ser denominada campanha, pelo menos por um dos autores que as estudou, no sentido de evitar equívocos sobre outro tipo de iniciativas, devem ter sido divulgadas em data posterior a 2000 (mesmo que o início da sua disseminação seja anterior) e serem referidas em publicação científica entre 2007 e 2017, nas línguas inglesa, francesa, espanhola e portuguesa, de forma a criar um mapeamento relativamente recente.

A campanha “5 a Day” teve início em 1988 nos Estados Unidos e foi desenvolvida com a intenção de aumentar o consumo de fruta e legumes (Wallack e Dorfman, 2001; Pomerleau *et.al*, 2005; Pivonka *et.al*, 2011; Ungar *et.al*, 2013).

“*Fruits and Veggies - More Matters*” substituiu, em Março de 2007, a campanha “5 a Day” nos Estados Unidos (Erinosho *et.al*, 2012) e foi implementada com o objetivo de criar conhecimento entre os adultos sobre a recomendação de se ingerir 7-13 porções de frutas e vegetais diariamente, de acordo com as *Dietary Guidelines for Americans* de 2005.

A campanha “Go for 2&5” foi lançada em 2002 na Austrália com o intento de aumentar o conhecimento das doses diárias recomendadas de fruta e legumes e a sua mensagem

centrou-se na ideia de que os adultos devem ingerir 2 porções de fruta e 5 de vegetais (Pollard *et.al*, 2008; 2009).

A campanha “*Steps*” foi implementada em New Orleans (EUA), em 2005, com o objetivo de comunicar recomendações sobre o consumo de fruta e legumes e sobre atividade física, dirigida a adultos, concretamente a mulheres afro-americanas com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos (Beaudoin *et.al*, 2007).

Em 2008 foi lançada na Austrália a “*Water Campaign*”, com o objetivo de aumentar a proporção de crianças a consumir água em substituição de refrigerantes (Orr *et.al*, 2010).

A campanha “*Vas-Y! Fais-le pour toi*” foi divulgada entre 2004 e 2007 e desenvolveu uma abordagem de marketing social para comunicar à população do Quebec os prazeres da atividade física e de uma alimentação saudável. Esta campanha substituiu, em 2001, a “*ParticipACTION*”, que promoveu a vida ativa, a qual obteve bastante sucesso em termos de notoriedade (Czaplicki *et.al*, 2012).

A campanha “*It Starts Here*” foi implementada em Multnomah County, Oregon em 2011, com a intenção de educar os residentes sobre a quantidade de açúcar nos refrigerantes e sumos açucarados (Boles *et.al*, 2014).

A campanha “*La Santé Vient en Mangeant*” decorre do programa “*Manger Bouger*”, foi lançada em França, em 2002, no contexto do *Plan National Nutrition Santé* (PNNS) e tem o objetivo de melhorar o estado de saúde da população francesa, agindo sobre a nutrição como um dos seus determinantes principais (Reckinger e Régnier, 2017).

A campanha bilingue “*Le Plaisir de Bien Manger et d’Être Actif!*” foi lançada em 2007, no Luxemburgo no contexto do seu Plano Nacional “*Gesond lessen, méi Bewegen*” (“*Eat healthily, move more*”), de 2006, com o objetivo de disseminar uma série de recomendações nutricionais à população residente (Reckinger e Régnier, 2017).

Uma pesquisa na internet, através do *browser* Google com as palavras “*nutrition campaign*” em Junho de 2017, revelou ainda a existência das seguintes campanhas:

A campanha “*Be Food Smart*”, lançada em 2013 no Reino Unido tem o objetivo de expor a quantidade de açúcar, gordura e sal que estão incluídos em diversos produtos alimentares e bebidas, encorajando os indivíduos a ter mais consciência do que ingerem.

<https://www.gov.uk/government/news/be-food-smart-campaign-launches>.

A campanha nacional “*Your Weight Matters*” é desenvolvida pela *Obesity Action Coalition* (EUA) com a intenção de apoiar os indivíduos com excesso de peso, incentivando-os a conversarem com o seu médico no sentido de obterem informação sobre o impacto da obesidade na sua saúde <http://www.yourweightmatters.org>.

Healthy kids é uma iniciativa organizada pelo consórcio composto pelo *New South Wales (NSW) Ministry of Health, NSW Department of Education, Office of Sport and the Heart Foundation* na Austrália e tem como objetivo promover uma dieta saudável e a prática de exercício físico. <https://www.healthykids.nsw.gov.au/default.aspx>.

Resumindo as atuações das campanhas internacionais em nutrição reportadas na literatura revista, pode concluir-se que a sua maioria tem como foco o aumento de consumo de frutas e legumes, existindo ainda algumas com objetivos mais concretos como substituir as bebidas açucaradas por água, alertar para a existência de açúcar, sal e gorduras nos alimentos e ainda promover a atividade física a par de uma dieta saudável. Retém-se ainda a ideia de que o tema da atividade física tem vindo a aproximar-se do da nutrição, propondo que a alimentação saudável e o exercício físico são duas componentes que contribuem para o mesmo fim de promoção da saúde.

Em Portugal, registam-se algumas inadequações de consumo de diversos macronutrientes bem como de micronutrientes relativamente às recomendações internacionais, como se verifica no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (Lopes *et.al*, 2017), o estudo mais recente realizado em Portugal nesta área. Como exemplo, sublinham-se os seguintes: o défice de consumo de frutas e legumes por parte de mais de metade da população (52,7%) relativamente à recomendação da OMS de 400g diários, equivalente a cinco ou mais porções diárias; o excesso de consumo de proteínas por parte de quase toda a população; a ingestão de açúcares simples, representando 19,8% do total de energia diária ingerida é igualmente superior à recomendação da OMS, que indica que o consumo diário de açúcares simples não deve ser superior a 10% do total de energia diária ingerida; e a ingestão média de sódio equivalente a 7,3g/ diária de sal, para uma recomendação de 5g/ dia. Este excesso de consumo de sal, tendo como consequência a hipertensão e como causa de morte principal as doenças cardiovasculares, justifica “uma grande campanha” com a intenção de reduzir o consumo de sal para metade, a par de

outras medidas como a legislação “firmando um compromisso sério entre a restauração, a indústria alimentar e o Governo”, segundo Alexandra Bento, bastonária da Ordem dos Nutricionistas, em entrevista à Visão na edição de 22 de Junho de 2017.

Em Portugal, existem algumas iniciativas no âmbito da nutrição, desenvolvidas pela Direção Geral de Saúde, com o intuito de disseminar informação sobre estilos de vida saudável e com bastante atividade: o site Alimentação Saudável (<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt>), que apresenta o Programa Nacional para a Alimentação Saudável (PNPAS) e disponibiliza informação diversificada sobre o tema, o *Blog Nutrimento* (nutrimento.pt/) que tem a função de fomentar o debate sobre a temática da alimentação e a Plataforma Contra a Obesidade (<http://.plataformacontraobesidade.dgs.pt>), a qual remete diretamente para o PNPAS.

E as campanhas de comunicação pública em nutrição, apenas desenvolvidas a partir de 2017, de acordo com a consulta do dote da DGS desde 2013, não apresentam resultados. Esta situação pode dever-se ao facto de, por um lado, uma delas, concretamente a terceira referida, ser muito recente e, portanto, não ter tido tempo para produzir efeitos e, por outro, por a segunda mencionada, não ter tido disseminação, como se descreve a seguir.

Em Outubro de 2017 a DGS anunciou o lançamento da campanha “Juntos contra o sal” com o objetivo de promover a redução de sal em 3 gramas por dia¹¹. No entanto, essa campanha não consta no site da DGS (apenas inclui informação sobre o seu lançamento), alguns filmes são visíveis nas redes sociais mas as imagens captadas pelo seu *making off* produzido por uma escola¹² não existem em nenhuma peça integrada na campanha.

No dia 23 de Fevereiro de 2018 foi lançada a campanha “O açúcar escondido nos alimentos”¹³ pela DGS com o objetivo de promover a saúde dos portugueses, alertando para os perigos que se podem esconder nos rótulos dos alimentos e para o risco associado ao elevado consumo de açúcar. Com o pressuposto de que a mudança de comportamentos se consegue com educação, o Ministério da Saúde acredita que a aposta na literacia e, neste sentido, em campanhas nacionais de promoção de saúde pública, se traduzirá em melhorias

¹¹ Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/juntos-contra-o-sal.aspx>

¹² Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Ev23jmsBO0o>

¹³ Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=9BzhSFssM1A>

nos comportamentos e nos estilos de vida dos portugueses (SNS)¹⁴. Três dias depois, o anúncio veiculado foi retirado do ar pelo facto de terem existido protestos de alguns anunciantes que alegaram uma excessiva semelhança das embalagens utilizadas com as de alguns dos seus produtos. Voltou a ser exibido no dia 8 de Março pelos 4 canais de televisão, RTP, SIC, TVI e Porto Canal¹⁵. No entanto, no dia 10 de Abril, esta campanha não constava de nenhum site da DGS (nem no Alimentação Saudável, nem no blog Nutrimento), tendo-se apenas encontrado informação sobre ela em alguns meios de comunicação social como o Público online e a revista Meios e Publicidade online. Fica assim o registo da curta existência da campanha, que deverá ser encarada com efeitos nulos, uma vez que o seu tempo de vida não foi suficiente para produzir resultados.

Em Julho de 2018, a DGS, em parceria com a Associação Portuguesa dos Industriais de Águas Minerais Naturais e de Nascente, lançou na televisão e nas redes sociais a campanha de comunicação “Água - a nova mega bebida”, cujo objetivo consiste em promover o consumo de água como parte integrante de uma alimentação saudável (DGS¹⁶).



Assim, no presente cenário português, continua a ser adequado reconhecer que uma campanha de comunicação pública sobre nutrição, de acordo com as condições já

¹⁴ Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/22/o-acucar-escondido-nos-alimentos/>

¹⁵ Sábado online, 9 de Março: <https://www.sabado.pt/portugal/detalhe/campanha-do-ministerio-da-saude-suspensa-apos-irritar-marcas>

¹⁶ Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-promove-campanha-agua-a-nova-mega-bebida.aspx>; campanha disponível em <https://nutrimento.pt/noticias/agua-nova-mega-bebida/>

estudadas e estabelecidas na literatura, deverá constituir um contributo para mudanças de comportamento que terão efeitos positivos. Ao contrário, deve igualmente reconhecer-se que a ausência de comunicação conduzirá a resultado nenhum.

As conclusões das investigações sobre campanhas que se centraram concretamente no campo da nutrição podem assim ser resumidas: definir como audiência-alvo das campanhas de fruta e vegetais os indivíduos diagnosticados com uma doença pode resultar em maior mudança de comportamento porque esses indivíduos podem estar mais motivados para mudar (Ammerman *et.al*, 2002; Snyder, 2007; Pomerleau *et.al*, 2005;); muitas das intervenções de nutrição basearam-se predominantemente em aconselhamento individual mas também recorreram a discussões em pequenos grupos, marketing direto, *newsletters*, programas de TV, etc. (Snyder, 2007); a maior exposição está associada maior mudança de comportamento (Snyder, 2007); apresentada evidência para o sucesso na redução de consumo de gorduras e no aumento de frutas e vegetais (Ammerman *et.al*, 2002); no caso concreto da campanha “*Fruits and Veggies - More Matters*”, que evidenciou pouca notoriedade das porções recomendadas, concluiu-se sobre a necessidade de aumentar o conhecimento sobre essas recomendações, nomeadamente através de mensagens na TV, rádio e promoções nos locais de compra (Erinosho *et.al*, 2012); a campanha australiana “*Go for 2&5*” gerou mudanças significativas em conhecimento e convicções, e algumas em comportamento, relacionadas com o consumo de frutas e legumes entre a população australiana (Pollard *et.al*, 2009).

Na sua investigação sobre o hiato de conhecimento, Ettema *et.al* (1983) concluem que, quando a informação não está disponível, a motivação para adquirir conhecimento não é suficientemente poderosa para gerar procura ativa de informação; contudo, quando a informação é facilmente acessível, a motivação é suficientemente forte para gerar, pelo menos algum processamento e retenção de informação.

A par de algumas razões já apontadas, como as inadequações alimentares e de outras que serão sublinhadas, como o interesse em informação sobre nutrição, o papel da motivação nos processos comunicacionais poderá ser outra das razões por que talvez seja oportuno ponderar a disseminação de uma campanha de comunicação pública na temática da nutrição em Portugal. Efetivamente, parecem estar reunidas as condições para que tal

campanha possa ser considerada necessária e útil: os hábitos alimentares constituem uma causa importante de diversas doenças não transmissíveis, as quais estão em crescimento; observam-se diversas inadequações alimentares em Portugal, atrás mencionadas; e reconhece-se que a prevenção constitui uma arma mais poderosa a vários níveis do que o tratamento da doença. Ao definir-se a prevenção como objetivo e as inadequações alimentares o comportamento a alterar, deverá contemplar-se como público-alvo as populações saudáveis, ou seja, populações de grande dimensão e relativamente dispersas e heterogéneas, que justificam o recurso a campanhas de comunicação pública.

Nesta perspetiva, deve considerar-se a proposta de Rodrigues *et.al* (2018) de se desenvolver campanhas de comunicação internacionais que, com um modelo e estrutura comuns de informação, suportem o desenvolvimento de campanhas locais, por um lado diferentes, e por outro, harmonizadas.

Capítulo III. Envolvimento com Nutrição

There is no such thing on earth as an uninteresting subject; the only thing that can exist is an uninterested person.

Gilbert Chesterton

3.1. Introdução ao Conceito de Envolvimento

O estudo do envolvimento, no âmbito da presente investigação, é fundamentado pelo seu papel amplamente aceite de moderador dos efeitos e da eficácia das mensagens publicitárias (Petty *et.al*, 1983; Greenwald e Leavitt, 1984; Ward, 1987; Kim, 2003;).

O conceito de envolvimento tem origem na Psicologia Social, foi inaugurado por Sherif e Cantril em 1947 (Slama e Tashchian, 1985; Nowak e Salmon, 1987), tendo sido aplicado à pesquisa em comunicação de massas por Krugman, em 1965 (Chaffee e Roser, 1986). O seu estudo tem-se dedicado à compreensão da sua influência nos processos de decisão de compra em geral (Slama e Tashchian, 1985), de classes de produto (Lastovicka, 1979; Bloch, 1981; Zaichkowsky, 1985; Jensen *et.al*, 1989), de anúncios de publicidade (Mitchell, 1981), de meios (Krugman, 1966) e de assuntos (Hupfer e Gardner, 1971; Nowak e Salmon, 1987).

Kassarjian (1981) previu que o envolvimento poderia ser uma das mais importantes ideias científicas a emergir, podendo ter impacto profundo nas concepções sobre o consumidor e os trabalhos de Petty e Cacioppo (1981) e de Petty *et.al*, (1983) consideram o envolvimento como um dos mais importantes fatores no estudo da persuasão.

Durante os últimos anos, o envolvimento desenvolveu-se como um constructo popular que é sujeito a hipóteses de agir como uma variável de mediação no processo de informação e aprendizagem, mudança de atitude e desenvolvimento do comportamento (Rothschild, 1979).

A literatura académica sobre o estudo do envolvimento apresenta várias abordagens dicotómicas: (1) a que se baseia na ideia de que os produtos diferem na sua tendência para

despertar envolvimento, por oposição à de que os níveis de envolvimento diferem entre consumidores numa determinada classe de produto (Bloch, 1981); (2) a que apresenta o conceito de envolvimento como uma propriedade de estímulo (Nowak e Salmon, 1987), ou seja o envolvimento reside no estímulo, por oposição à noção de que o envolvimento é um estado pessoal (Kassarjian, 1981; Traylor e Joseph, 1984), considerando que o envolvimento reside no indivíduo; (3) a que defende o envolvimento como duradouro ou contínuo, baseado na centralidade do produto, seus valores, necessidades que satisfaz, por oposição ao situacional, que traduz uma preocupação temporária com produtos cuja compra é considerada de alto risco e que ocorre durante o processo de compra (Houston e Rothschild, 1978; Bloch, 1981); (4) o envolvimento afetivo ou emocional, que pressupõe a existência de um cognitivo ou racional (Cohen, 1983), ou ainda funcional, na terminologia de Laurent e Kapferer (1985).

Quanto à primeira dicotomia, assume-se que ambas as situações têm validade empírica: tanto existem classes de produto que evocam mais envolvimento, aquelas que têm mais baixa frequência de compra, com preço mais elevado e conseqüentemente envolvendo mais risco, como existem indivíduos mais e menos envolvidos com a mesma classe de produto (Kassarjian, 1981).

Relativamente à segunda dicotomia, a literatura tende mais recentemente a advogar uma terceira abordagem (Nowak e Salmon, 1987) que defende a interação entre um estímulo específico e o indivíduo, baseado na teoria do julgamento social (Sherif e Hovland, 1961 citados por Nowak e Salmon, 1987), a qual estabelece três escalas de atitudes: a latitude de aceitação, a latitude de rejeição e a latitude de não-compromisso. Considera ainda que o envolvimento não existe no indivíduo, independentemente do objeto, sendo assim necessária uma relação (Mitchell, 1979). Esta visão colhe o acordo de outros autores como Antil (1984) que, na sua análise a nove definições, conclui que se deve assumir como ideia central que não é o produto ou situação *per se* que é envolvente; o que resulta em envolvimento é o significado pessoal que o indivíduo atribui às características do produto ou situação, ideia com a qual Mitchell (1981) parece concordar, ao ver o envolvimento como um estado interno de um indivíduo, acrescentando que ele tem propriedades de intensidade (nível) e de direção (objeto de interesse, como sejam a marca ou o anúncio, etc.).

A terceira dicotomia apresenta igualmente prova empírica na literatura de que ambas as situações, duradouro e situacional ocorrem: Bell e Marshall (2003) advogam que o envolvimento com alimentação é relativamente contínuo e diversas investigações concluem que o envolvimento com a compra de determinado produto é alto, apenas quando o indivíduo está a realizar um processo de compra, ou seja, situacional (Antil, 1984, Richins *et.al*, 1992). Mas Houston e Rothschild (1978) apresentam uma terceira forma de envolvimento, o de resposta que constitui uma combinação dos dois anteriores. E sobre a hipótese de existir interatividade entre envolvimento duradouro e envolvimento situacional, o estudo de Richins *et.al* (1992) conclui que, dos três modelos estudados empiricamente, apenas o modelo aditivo simples foi provado, concluindo que não existe interatividade entre os dois tipos de envolvimento. Assim, e corroborando Houston e Rothschild (1978) estabelece-se que os resultados do envolvimento resultam da combinação direta entre os envolvimentos duradouro e situacional (Richins *et.al*, 1992). Por seu lado, Arora (1982) testou o modelo S-O-R, pressupondo 3 componentes de envolvimento, o situacional (S), o duradouro (O) e o de resposta (R), concluindo que os resultados suportam este paradigma e a direção do efeito observado é de S a O e a R. Assim, esta questão não é consensual, uma vez que alguns autores defendem que o envolvimento é um constructo que afeta o comportamento do consumidor numa base contínua, e não apenas no momento de decisão de compra (Bloch, 1981).

Quanto à quarta dicotomia, estabelece-se que o envolvimento afetivo é o tipo expressivo, emocional que se relaciona com mensagens interessantes, aborrecidas ou excitantes e que o cognitivo deriva de motivos funcionais (Costley, 1988). E a ideia defendida é que ambos são inseparáveis uma vez que “pensar e sentir são um *continuum* no sentido em que algumas decisões envolvem um ou outro e muitas envolvem elementos de ambos “(Vaughn, 1980: 30).

Tanto para a investigação na área da comunicação de massas como para a do comportamento do consumidor, o constructo do envolvimento tem sido central para se determinar a forma como o indivíduo processa a informação no sentido de chegar a uma ação final ou a uma decisão. O nível de envolvimento é assim útil para determinar a extensão que a procura de informação terá e se o indivíduo será ativo ou passivo na sua

exposição às mensagens de comunicação (Nowak e Salmon, 1987), tal como se referiu no Capítulo das Campanhas de Comunicação Pública em Saúde.

Uma vez que diferentes níveis de envolvimento levam a diferentes processos de compra e utilização de produtos, o envolvimento tem fortes implicações na definição de estratégias de marketing (Traylor e Joseph, 1984). Assim, o envolvimento (com o produto) parece ser não só uma variável moderadora ou explicativa mas também uma possível base para segmentar os mercados (Bloch, 1981, Traylor e Joseph, 1984).

Apesar de o tema do envolvimento ser central em pesquisa do consumidor, vários autores alertam para o facto de o seu potencial não estar ainda realizado devido a falta de consenso e rigor na operacionalização do seu constructo (Mitchell 1979, Ray 1979; Antil, 1984). No momento da publicação do seu artigo, Bloch (1981) reiterava a ausência de acordo geral sobre as medidas de envolvimento existentes e concluía que o estudo do tema estava ainda num estado de desenvolvimento, o que explicaria a fragmentação da literatura e a qualidade dúbia de algumas medidas.

Embora enquadrada por diversas discussões e ausência de consensos, a relevância do conceito de envolvimento é consensual e sublinhada por Zaichowsky, (2012: 524), ao afirmar que “A importância do conceito de envolvimento reside no facto de, como uma variável, prever o comportamento futuro. E a previsão do comportamento futuro é no que toda as pessoas estão interessadas”.

3.2. Definição e Dimensões do Constructo de Envolvimento

A literatura sobre envolvimento apresenta uma pluralidade de conceptualizações (Mitchell, 1981; Cohen, 1983). No entanto, e como se concluirá, a ideia central que o define é relativamente consensual.

Na sua metanálise sobre a pesquisa em envolvimento, Costley (1988) refere não haver consenso sobre o tema e considera que não há uma definição correta do conceito.

Defende que o termo não pode ser utilizado em sentido global porque os efeitos diferem, dependendo da forma como o constructo é definido.

3.2.1. Discussão sobre a Definição

Em geral, a literatura indica que o envolvimento é conceptualizado e relacionado de forma geral com “importância”, “interesse” e “relevância pessoal” (Antil, 1984; Greenwald e Leavitt, 1984; Krugman, 1966; Mitchell, 1979).

Mitchell (1979) considera que a literatura apresenta dois tipos de definições de envolvimento: um que encara o envolvimento como uma variável de estado (*state*) e outro como um processo, defendendo que o seu trabalho se enquadra no primeiro. As definições que veem o envolvimento como estado têm as suas raízes na psicologia social e conceptualizam-no em termos da relação entre os valores do indivíduo e um assunto ou objeto. Esta definição, que caracteriza o “*ego involvement*”, tem sido geralmente encarada na literatura da psicologia social como um mediador dos efeitos de persuasão. Por seu lado, as definições que encaram o envolvimento como processo englobam geralmente processos de aquisição de informação e de decisão. Aqui cabem as definições de Krugman (1966) e de Houston e Rothschild (1978). Mas Mitchell (1979) argumenta que definir o envolvimento como processo pode ser enganador. No entanto, concorda com o facto de que o nível de envolvimento pode ter um forte efeito nos processos de decisão e de procura de informação.

Sherif e Hovland (1961, citados por Laurent e Kapferer, 1985) defendem que o envolvimento pode residir na importância intrínseca de um assunto, no seu significado pessoal, posição pública de um tema ou forte emoção face a um assunto. E esta definição contém, em aparente contradição, o cerne do que, na literatura não é consensual: a ideia de o envolvimento ser intrínseco ao objeto ou atribuído pelo indivíduo. Assim, nesta definição, Sherif e Hovland (1961) parece incluírem as duas ideias, ao considerarem tanto a importância intrínseca (residindo a relevância no objeto), como a forte emoção face a um assunto (residindo a relevância no sujeito, o qual a atribui a um objeto).

Por seu lado, Krugman (1966: 584) define envolvimento como “*the number of connections, conscious bridging experiences or personal references per minute, that the*

subject makes between the content of the persuasive stimulus and the content of his own life.”, situando a sua posição na atribuição de relevância ao sujeito e não ao objeto. Orientações análogas assumem Hupfer e Gardner (1971), ao apresentarem a ideia de o envolvimento constituir um nível geral de interesse ou preocupação relativamente a um assunto, sem referência a uma posição específica e Mitchell (1981), ao definir envolvimento como uma variável de estado interno cujas propriedades motivacionais são evocadas por um estímulo particular.

Rothschild (1984) estabelece que não se deve continuar a tentar atingir uma definição perfeita de envolvimento. Mas deve-se, sim, decidir sobre uma definição genérica aceitável em termos gerais, o que permitirá prosseguir a investigação do tema. E propõe acordo sobre a sua proposta definindo envolvimento como um estado de motivação, entusiasmo ou interesse; este estado existe num processo, é conduzido por variáveis externas atuais (a situação, o produto, a comunicação) e por variáveis internas passadas (duradouro, ego, valores centrais) e tem consequências no tipo de procura de informação, no processamento dessa informação e na tomada de decisão.

Tecendo algumas críticas ao trabalho desenvolvido sobre envolvimento, Cohen (1983) sugere como definição de envolvimento um estado de ativação e, uma vez que um dos aspetos essenciais do envolvimento é a sua seletividade, a ativação é dirigida a uma parte do campo psicológico. Esta ideia de seletividade descreve o foco de atenção gerado pelo indivíduo, excluindo a atenção de outros aspetos da realidade, pelo facto de dedicar uma proporção substancial da sua atenção e de processamento de informação a essa tarefa. Assim, o envolvimento elevado refere-se tanto ao nível de ativação como ao foco de atenção gerado.

O trabalho de Zaichkowsky (1985) adota a ideia generalizada de envolvimento que foca a relevância pessoal, definindo-o como a relevância percebida por um sujeito face a um objeto, baseada nas necessidades, valores e interesses inerentes.

Em suma, a literatura sobre envolvimento centra, de forma geral, a sua definição na ideia de estado ou nível de importância percebida e/ ou interesse evocado por um estímulo (assunto) numa situação específica (Mitchell, 1979; Bloch, 1981; Zaichkowsky, 1985; Nowak e Salmon, 1987). Porém, algumas conceptualizações e consequentes operacionalizações

equacionam noções de resposta ao objeto estudado, como a de Krugman, (1966). Efetivamente, apesar de as variáveis interesse, importância, utilidade, saliência, relevância ou ego-envolvimento terem uma definição específica, todas podem ser consideradas sub-conceitos do meta-conceito de envolvimento (Salmon, 1985).

A definição do conceito de envolvimento adotada na presente investigação pode considerar-se uma sùmula das visões apresentadas pelos autores estudados, estabelecendo que o envolvimento, sendo variável entre indivíduos, constitui a importância ou relevância que um indivíduo atribui a um evento, tema ou estímulo assumindo-se que efetivamente se estabelece uma relação ou interação entre os dois, tal como defendido por diversos autores, e rejeitando a ideia de que esse interesse é intrínseco ao evento, tema ou estímulo. Assume-se igualmente que o nível de envolvimento influencia a aquisição e processamento da informação, tendo repercussões nos processos comunicacionais, como se verá adiante.

3.2.2. Dimensões do Constructo de Envolvimento

Uma vez que se observam divergências na conceptualização do conceito de envolvimento, a sua operacionalização traduz essa pluralidade de visões.

Assim, a revisão sistemática de Michaelidou e Dibb (2008) evidencia que a operacionalização empírica do envolvimento varia entre uma única dimensão (Hupfer e Gardner, 1971; Traylor e Joseph, 1984; Vaughn, 1980; Zaichkowsky, 1985) e seis dimensões (Bloch, 1981). Em geral, as dimensões reportadas incluem importância (Jensen *et. al*, 1989; Lastovicka e Gardner 1979), prazer (Kapferer e Laurent, 1985), interesse (Van Trijp *et.al*, 1996; Michaelidou e Dibb, 2008), valor de signo ou autoexpressão (Higie e Feick, 1988; Laurent e Kapferer, 1985; Rodgers e Schneider, 1993) e percepção de risco (Kapferer e Laurent, 1985). A análise de Jensen *et.al* (1989) a seis escalas apresenta a mesma conclusão sobre o número de dimensões empiricamente derivadas, entre uma e seis, apesar de nem todos os autores e investigações coincidirem entre estes dois estudos.

A investigação de Laurent e Kapferer (1985) revela que o perfil de envolvimento deve incluir quatro dimensões: (1) Importância do risco (*Imporisk*), considerando a importância percebida do produto e a importância percebida das consequências de uma má compra; (2) probabilidade subjetiva de uma má compra; (3) valor hedônico da classe de produto; e (4) valor simbólico (*sign*) percebido da classe de produto (Quadro 4.1).

Zaichkowsky (1985) refere que a medida de envolvimento deveria ser aplicada a três categorias: pessoal, relativo ao interesse inerente, valores ou necessidades que motivam a pessoa em relação a um objeto; físico, sobre as características do objeto que causam diferenciação e aumentam o interesse e situacional, considerando algo que temporariamente aumenta a relevância ou o interesse em relação ao objeto. E apresenta evidências para os três fatores: Wright (1974) identificou que a variação no tipo de meios de comunicação (imprensa *versus* audio) influencia a resposta à mesma mensagem (físico); Lastovicka e Gardner (1979) demonstraram que os indivíduos têm níveis de envolvimento diferentes face ao mesmo produto (pessoal); Clark e Belk (1978) concluíram que situações diferentes de compra do mesmo produto têm diferentes níveis de procura de informação e avaliação (situacional).

No seu estudo exploratório de escala multidimensional aplicado a catorze classes de produto, Lastovicka e Gardner (1979) descrevem o envolvimento em função de duas componentes fundamentais, a importância normativa e o compromisso. A primeira refere-se à ligação que existe entre uma classe de produto e os valores dos indivíduos; a segunda representa uma obrigação que o indivíduo sente em relação à sua escolha da marca. A terceira dimensão identificada, a familiaridade, acaba por se revelar independente das componentes de envolvimento. Com a intenção de estudar a dimensionalidade do envolvimento, Jensen *et.al* (1989) testam esta escala em três classes de produtos e obtêm resultados diferentes, identificando cinco dimensões, não coincidentes com as de Lastovicka e Gardner (1979), sugerindo que o envolvimento, não sendo unidimensional, pode ser dominado por uma dimensão e outras mais periféricas.

A pesquisa de Bloch (1981) aplicada a automóveis propõe seis dimensões do envolvimento: satisfação de condução e utilização de automóveis, facilidade para falar com

outros sobre automóveis, interesse em atividades de corridas de automóveis, autoexpressão através do automóvel, ligação ao automóvel e interesse em automóveis.

Jensen *et.al* (1989) defendem uma solução de quatro dimensões como a melhor representação de envolvimento. Os resultados sugerem que o primeiro fator parece representar o envolvimento face a vários produtos enquanto outros fatores parecem ser específicos de produto. A existência de diversas dimensões indica que o envolvimento é realmente um constructo multidimensional. Mas o número preciso e a natureza dessas dimensões variam de um produto para o outro (Traylor e Joseph, 1984).

Concluindo, observa-se uma diversidade de visões sobre a definição e o constructo do conceito de envolvimento, sendo notório que essas variações aumentam quando o objeto de estudo é diferente, seja decisão de compra, classes de produto (sem risco e com risco), meios, anúncios de publicidade ou assuntos, uma vez que a sua natureza e a relação que o indivíduo estabelece com ele tendem igualmente a ser diferentes.

No contexto da presente investigação, as definições e constructos que mais se adequam ao conceito de envolvimento a estudar são as que apresentam a visão de envolvimento como uma interação entre um estímulo específico e o indivíduo, assumindo que o envolvimento não existe no indivíduo independentemente do objeto, sendo assim necessária uma relação. Esta ideia parece explicar duas situações: aquela que evidencia que o mesmo objeto é alvo de diferentes níveis de envolvimento por parte de vários indivíduos (por exemplo, classes de produto que foram identificados como de alto envolvimento, caracterizadas por serem de baixa frequência, que envolvem risco, e de preço mais elevado), e ainda a situação que evidencia que o mesmo sujeito apresenta níveis de envolvimento diferentes face a objetos diferentes. Assim, o que parece explicar o envolvimento será então a relação que cada indivíduo estabelece com cada objeto.

3.3. Efeitos do Envolvimento nos Processos Comunicacionais

O papel do envolvimento está amplamente documentado na literatura sobre investigação em comportamento do consumidor e demonstrou ter efeitos robustos nas decisões de compra,

na fidelidade à marca, no processo de procura de informação e na difusão de inovações (Bell e Marshall, 2003).

Em primeiro lugar, a literatura é conclusiva sobre a ideia de que os indivíduos apresentam níveis de envolvimento diferentes relativamente ao mesmo objeto (decisão de compra, classe de produto, meios de comunicação, anúncios de publicidade ou assunto). E argumenta-se que essas diferenças individuais justificam estratégias de comunicação diferentes, uma vez que a comunicação tem efeitos distintos, dependendo do nível de envolvimento que o recetor da mensagem tem com o tópico (Hupfer e Gardner, 1971; Mitchell, 1981).

Genericamente, aceita-se que o envolvimento influencia as atitudes e os comportamentos com ele relacionados (Slama e Tashchian, 1985; Lakshmi e Murugan, 2008), remetendo assim o seu estudo para lugar prioritário. As hipóteses de Kassarian (1981) evidenciam esta realidade, uma vez que se baseiam na premissa de que as diferenças individuais do envolvimento com a compra deverão ter influência substancial no comportamento de compra, além de estarem relacionadas com traços de personalidade e comportamento do consumidor (Slama e Tashchian, 1985).

É geralmente aceite que as influências da comunicação podem ocorrer com baixo envolvimento e que o mecanismo do impacto da comunicação é diferente em situações de baixo e alto envolvimento (Greenwald e Leavitt, 1984). Dependendo do seu grau de envolvimento, o consumidor pode ser passivo ou ativo e quando recebe a comunicação publicitária o seu processamento pode ser limitado ou amplo. Em condições de alto envolvimento, em que o indivíduo percebe importantes implicações para o seu autoconceito, ele tenderá a procurar e processar informação de forma ativa; em situações de baixo envolvimento, é mais provável que o indivíduo assuma um processamento passivo da informação (Salmon, 1985). E conseqüentemente, a extensão do seu processo de decisão e da sua procura de informação difere igualmente (Laurent e Kapferer, 1985). A investigação sobre envolvimento duradouro conclui que os indivíduos nestas condições procuram e transmitem constantemente informação sobre o objeto do seu envolvimento (Bloch *et. al*, 2009).

Sherif *et.al* (1965, citado por Hupfer e Gardner, 1971) sugerem que o envolvimento com um tópico ou assunto influencia a forma como a informação sobre esse assunto é processada. No contexto da Teoria do Julgamento Social, advoga-se que, em situações de envolvimento elevado, existe maior resistência à mudança porque o alto envolvimento está associado a maior latitude de rejeição (Sherif *et.al*, 1965, citados por Petty e Cacioppo, 1981). Krugman (1965, citado por Petty e Cacioppo, 1981) propôs uma visão alternativa, que obteve aceitação considerável na psicologia do consumidor, defendendo que o aumento de envolvimento não aumenta invariavelmente a resistência à persuasão, mas altera a sequência do impacto da comunicação. O autor sugere que em situações de envolvimento elevado a comunicação afeta as cognições, depois as atitudes e depois o comportamento; em situações de baixo envolvimento a comunicação afeta as cognições, depois o comportamento e depois as atitudes. Mais tarde, a investigação de Chaffee e Roser (1986) sobre a consistência entre conhecimento, atitude e comportamento, no contexto da Teoria da Hierarquia dos Efeitos, indica que provavelmente é mais fácil obter mudança em conhecimento e atitudes do que em comportamentos e que a mudança de conhecimento e atitudes precede a mudança de comportamento. E o trabalho de Petty e Cacioppo (1981) apresenta uma terceira visão, defendendo que a sequência é a mesma em situações de envolvimento baixo e elevado: conhecimento, atitude e comportamento, deixando a discussão aberta a futuras investigações.

Bloch (1981) apresenta como conclusões da sua investigação que os indivíduos com envolvimento elevado se empenham em processos de decisão de compra mais complexos, são mais fiéis, têm maior probabilidade de ser líderes de opinião e de gerar respostas cognitivas negativas a mensagens de produto do que as pessoas com baixo envolvimento. Somers *et.al* (2014) defendem igualmente a relação entre envolvimento elevado e *mavenism*, conceito associado ao constructo de liderança de opinião, concluindo que os indivíduos com envolvimento com nutrição mais elevado apresentam vontade de partilhar conhecimento e experiência sobre alimentação.

Paralelamente, na sua pesquisa sobre envolvimento sentido ("*felt involvement*") Celsi e Olson (1988) apresentam resultados que evidenciam o papel motivacional do envolvimento nos processos de atenção e compreensão do consumidor. O seu conceito de

“*felt involvement*” considera que este é determinado por ou função de fontes situacionais de relevância pessoal (SSPR), uma variedade de estímulos no ambiente que se caracteriza por ser temporária e as fontes intrínsecas de relevância pessoal (ISPR), questões pessoais relevantes, mais estáveis e duradouras. As suas conclusões estabelecem que o envolvimento é um estado motivacional que influencia (1) a quantidade e direção da atenção, (2) o esforço cognitivo e físico despendido durante a compreensão, (3) os processos de foco de atenção e compreensão e (4) a profundidade e extensão de elaboração semântica durante a compreensão. Assim, conclui-se que, à medida que aumenta o envolvimento devido a ISPR e SSPR, os indivíduos prestam mais atenção aos anúncios, exercem maior esforço cognitivo durante a compreensão dos anúncios, aumentam o seu foco de atenção na informação relacionada com o produto dos anúncios e empenham-se em mais elaboração da informação do produto durante a compreensão.

Baseando-se nas conclusões do estudo de Hupfer e Gardner (1971) que indicam que os assuntos são mais envolventes do que os produtos, Arora (1982) propõe que se criem ligações entre produtos menos envolventes e assuntos mais envolventes, como estratégia de comunicação para aumentar o interesse pela mensagem.

Os resultados dos estudos realizados até à data sobre os efeitos do envolvimento no processo de comunicação indicam que diferentes níveis de envolvimento conduzem a diferentes comportamentos de compra (Kassarjian, 1981), a diferentes formas de processamento da informação (Laurent e Kapferer, 1985; Celsi e Olson, 1988; Greenwald e Leavitt, 1984), a maior ou menor resistência à persuasão (Petty e Cacioppo, 1981), a uma diferente sequência do impacto da comunicação (Chaffee e Roser, 1986; Petty e Cacioppo, 1981). E estas situações constituem motivos de relevância para que se estude o envolvimento dos indivíduos com diversos temas de saúde para avaliar a necessidade de informação pública sobre cada tópico e para se desenharem as estratégias de comunicação mais adequadas ao nível do envolvimento da audiência-alvo.

3.4. Envolvimento com Nutrição

Um dos grandes desafios para a saúde pública nos países europeus é manter a saúde e a qualidade de vida das populações idosas. A expectativa de vida aumentou substancialmente no último século nas sociedades ocidentais, resultando numa maior proporção de indivíduos que sobrevivem em idades avançadas. De entre muitas determinantes, a nutrição tem sido encarada como um meio para preservar a saúde durante o envelhecimento (Saba e Vassallo, 2012; Somers *et.al*, 2014), sabendo que a alimentação desempenha um papel valioso na promoção da qualidade de vida (Somers *et.al*, 2014). Mas o ambiente alimentar que nos rodeia tem vindo a aumentar em complexidade (Contento, 2011), tornando mais difícil as escolhas alimentares. E, como referido no capítulo das Campanhas de Comunicação em Saúde, a informação, apesar de existir, cada vez mais disponível e em maior quantidade, nem sempre é credível, nem os níveis de literacia para traduzir essa informação, são suficientes.

A importância da nutrição e a sua relação direta com algumas doenças não transmissíveis como obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, oncológicas, entre outras, são amplamente documentadas na literatura (Contento, 2011; Somers *et.al*, 2014; Sarmugam e Worsley, 2015), e relacionadas a causas como estilos de vida, onde se incluem as escolhas alimentares e a prática de exercício físico.

Em Portugal, os dados estatísticos indicam que, 57,1% da população adulta tem excesso de peso, da qual 34,8% é pré-obesa e 22,3% é obesa (Lopes *et.al*, 2017) e 5% dos adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos são obesos (WHO, 2017). O papel de relevo da nutrição na saúde está ainda bem presente no discurso de representantes políticos: “Olhando as causas de morte antes dos 70 anos, percebemos que a alimentação está na origem de quase todos os problemas. A hipertensão devida ao sal pesa 17%, os maus hábitos alimentares 19% e o excesso de peso 13%. Ou seja, 49% das causas de morte antes dos 70 anos está ligada à alimentação” (Francisco George¹⁷).

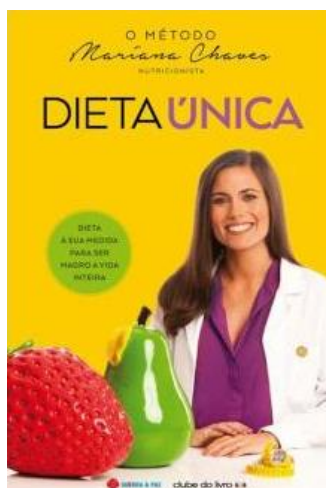
¹⁷ Diretor Geral da Saúde, candidato representante dos países europeus na Organização Mundial de Saúde, em entrevista à Visão de 4 de Agosto de 2016: 14.

A diversidade de programas de culinária e gastronomia que têm integrado a programação dos canais de TV portugueses constituem igualmente sinal de interesse do público por estes temas. Na sequência de “Masterchef Portugal” e “Chef’s Academy” na TVI, os seguintes programas fazem parte das suas grelhas de 2016: “Best Bakery” da SIC, “Manual de Instruções”, RTP1 (DN online), “Cook Off - Duelo de Sabores” na RTP1 e “MasterChef Júnior” na TVI. Capas de revistas, artigos na imprensa, fotografias em redes sociais são atualmente uma rotina. É exemplo desta realidade a capa da Visão de 16 de Março de 2016 com o título “As Armadilhas das Dietas da Moda”, a capa do Suplemento Sete da edição da Visão de 26 de Maio de 2016 que apresenta projetos de comida saudável, a capa da edição de 5 de Janeiro de 2017 da revista Sábado com o título “O que Entrou e Saiu da Dieta Ideal”, o artigo “A Verdade Escondida nos Rótulos” com chamada de capa “Rótulos, o que escondem as letras pequenas”, na edição de 11 Maio de 2017 da Visão, a capa da revista Sábado de 4 Janeiro de 2018 sobre o “Açúcar, como vencer o inimigo invisível”.





Proliferam ainda os livros sobre diversos tipos de dieta com promessas de eficácia e rapidez. Com publicação original em Portugal e em português, cujos autores são nutricionistas, entre 2014 e 2017 podem listar-se alguns, apenas a título de exemplo: “As Receitas - A Dieta dos 31 dias” (2014) que complementa o seu livro anteriormente publicado “A Dieta dos 31 dias” (2012), ambos de Ágata Roquette , “A Dieta Anticâncer” de Magda Roma (2014), “A Dieta Perfeita”, de Mariana Abecasis (2014), “A Minha Dieta” de Ana Ni Ribeiro (2015), “Dieta M” de Magda Roma (2015), “Dieta Bravo” de João Bravo (2016), “Dieta Única” de Mariana Chaves (2016), “A Dieta da Meditação” de Alexandre Fernandes (2016) “A Dieta Prática” de Rita Rocha Macedo (2017).



Num registo diferente, mas não menos ilustrativo de interesse pelo tema, são ainda exemplo as chamadas revistas de sociedade que revelam segredos de alimentação de pessoas famosas como a capa da revista “Caras” de 25 de Fevereiro de 2017 com o título “Os segredos da dieta de Kate”, com fotos de Kate Middleton; e são também exemplo as revistas dirigidas ao público masculino com mensagens relacionadas com alimentação e aparência física, como a capa de Men’s Health de Fevereiro de 2017 com três mensagens daquele tipo: “Perca a barriga”, “Ganhe músculo” “Os melhores e piores alimentos para homem”.



Existe evidência de que há procura ativa de informação sobre saúde por parte dos cidadãos, em parte, resultado da acessibilidade que a internet e os meios digitais disponibilizam (Thomas, 2006; Espanha, 2009), confirmando a existência de interesse e/ ou envolvimento, do indivíduo com a área da saúde. Prova desta situação é o facto de a pesquisa de informação sobre saúde em Portugal aparecer em 6º lugar nas atividades semanais na internet (Espanha, 2013).

No dia 7 de Agosto de 2016, a palavra-chave *nutrition* gerou, no Google, 396.000.000 resultados e *nutrição* 30.200.000. Para uma base de comparação, a palavra *food* apresentou 3.250.000.000 resultados e *alimentação* 86.700.000; *health* gerou 3.170.000.000 resultados e *saúde*, 309.000.000. Na aplicação *Instagram*, a procura de *nutrition* em *ashtag*

(etiqueta) apresentou, em perfis públicos, 16.341.361 resultados e nutrição 1.177.574; *healthy food* gerou 16.022.115 resultados e comida saudável 520.410.

Mas este cenário de interesse pelo tema da nutrição, que adivinharia um resultado positivo de mais e melhor informação da população, e conseqüentemente a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, tem um reverso pernicioso. Efetivamente, muita da informação que circula fora do ambiente jornalístico tem fontes não credíveis (por exemplo, *bloggers* que não são médicos, nem nutricionistas nem dietistas), suscitando um panorama de desinformação, podendo gerar equívocos, com conseqüências negativas óbvias. Esta situação está documentada na literatura, sublinhando os riscos de o cidadão agir sobre informação incorreta fornecida on-line (Hirji, 2004). Em resultado da existência de informação incompleta, desatualizada e imprecisa, os Estados Unidos implementaram uma política de “selos de aprovação” para informação em saúde, os quais identificam informação de qualidade. Um estudo que pretende conhecer a forma como o consumidor interpreta estes selos indica que os sujeitos tanto consideram importante a relação entre os selos e a qualidade da informação, como se sentem pouco capazes de avaliar essa qualidade (Burkell, 2004). Em Portugal, também existe consciência da desconfiança nos conteúdos e existência de informação contraditória, as principais desvantagens apontadas para quem pesquisa informação em saúde na internet (Espanha, 2013).

Exemplo daquela realidade pode ser exemplificada pela pesquisa realizada na internet, através do *browser* Google no dia 23 de Fevereiro 2017 com as palavras “alimentação saudável” que gerou 8.190.000 resultados. Uma análise da primeira página confirma que os autores de informação sobre alimentação saudável constituem tanto fontes oficiais, e portanto credíveis, como estudantes, autores desconhecidos ou ainda organismos sem autoridade nesta temática: o primeiro site denomina-se *alimentaçãosaudavel.org* mas a fonte não está identificada na *landing page*, e apenas em contactos (alunos da licenciatura em Ciências da Nutrição); o segundo, *alimentaçãosaudavel.dgs.pt* identifica-se como fonte oficial; o terceiro tem a autoria de *Centrum* (marca de vitaminas); segue-se um site da autoria do sapo, outro da cadeia de supermercados Jumbo, um documento de uma escola secundária, o site brasileiro Beleza e Saúde e um da Nestlé. Na verdade, parece poder concluir-se que todos falam sobre nutrição e alimentação saudável.

Para o ser humano a alimentação é um contributo crítico para o bem estar físico, uma fonte de prazer, preocupação e stress primordial, e em todo o mundo, a mais importante categoria de despesas (Rozin *et.al*, 1999); por seu lado, as escolhas alimentares envolvem uma interação complexa entre propriedades sensoriais dos alimentos, fatores específicos do indivíduo (como apreciação de determinados alimentos), e condições ambientais, culturais e contextuais (Honkanen e Frewer, 2009). Em Portugal, a alimentação é o fator mais indicado como tendo influência na saúde (56,8%), seguido do stress (27,1%) e atividade física (20,5%) (Póinhos *et.al*, 2009).

Nos anos recentes, tem existido grande interesse no efeito protetor da fruta e legumes contra um certo número de doenças e existe evidência convincente de que maiores consumos daqueles alimentos estão associados a menor risco de doenças crónicas (Saba e Vassallo, 2012), tendo grande parte das campanhas públicas em nutrição focado esta recomendação, de que são exemplo as campanhas “*Fruits and Veggies - More Matters*”, EUA (Pivonka *et.al*, 2011; Erinoshio *et.al*, 2012; Ungar *et.al*, 2013) e a “*5-a-day*” (Dickson-Spillmann e Siegrist, 2011; Erinoshio *et.al*, 2012; Ungar *et.al*, 2013). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) recomenda o consumo diário de 400 g. de fruta e legumes, geralmente traduzido em cinco porções (Saba e Vassallo, 2012).

Em Portugal, em 2015-2016, o consumo médio diário de fruta e legumes é de 418g (um pouco superior à recomendação da Organização Mundial de Saúde de 400g/ dia, equivalente a cinco porções diárias), mas 52,7% da população apresenta consumos inferiores a essa recomendação (Lopes *et.al*, 2017).

Na literatura sobre comportamento do consumidor, a alimentação, como produto seria classificada como baixo envolvimento, principalmente porque o seu custo é relativamente baixo relativamente ao rendimento familiar. No entanto, existe risco relacionado com as escolhas alimentares, tanto social como de saúde. (Bell e Marshall, 2003). Numa perspetiva oposta, uma vez que ingerimos alimentos com objetivos nutritivos e de sobrevivência, poderíamos argumentar que o envolvimento com as decisões de alimentação deveria ser elevado. Porém, a investigação de Bell e Marshall (2003) contradiz esta ideia. E uma das razões apontadas enquadra-se no *Health Belief Model* e no *Health Locus of Control* que estabelece que os indivíduos realizam comportamentos de proteção da sua saúde se

estiverem preocupados com a sua saúde e se acreditarem que têm controle sobre ela, sendo necessárias ambas as premissas para se desencadearem comportamentos protetores da saúde (Hayes e Ross, 1987). Por outro lado, é necessário considerar que os indivíduos podem ter comportamentos saudáveis por razões que não se prendem com a saúde (Hayes e Ross, 1987), bem como o facto de a saúde não ser o único fator que determina as escolhas alimentares dos indivíduos (Steptoe *et.al*, 1995).

A revisão da literatura realizada indica que o envolvimento com alimentação pode estar relacionado com diversas motivações como o prazer (Somers *et.al*, 2014), com limitações devido a experiências negativas relacionadas com alimentos, como sejam, disgeusia (perversão do sentido do gosto), aversões, alergias, etc. (Bell e Marshall, 2003), com preocupações com saúde (Steptoe *et.al*, 1995), com a importância atribuída à aparência física (Hayes e Ross, 1987; Rozin *et.al*, 1999), com impulsividade (Sarmugam e Worsley, 2015), entre outras. Mas essas motivações parece não serem estanques, já que a magreza é equiparada ao estado saudável (Honkanen e Voldnes, 2006).

Por outro lado, assume-se que o envolvimento com a alimentação é uma característica estável ao longo do tempo, a não ser que o indivíduo seja exposto a uma experiência que possa alterar a sua atitude em relação ao tema da nutrição (Bell, Marshall, 2003). Esta ideia teria paralelo com o conceito de envolvimento duradouro, estudado por diversos autores como Arora (1982), Higie e Feick (1989), Richins *et.al* (1992) e Bloch *et.al*, (2009).

As escolhas alimentares dos indivíduos são influenciadas pelos motivos a elas subjacentes (Steptoe *et.al*, 1995; Pollard *et.al*, 1998; Honkanen e Frewer, 2009) e apresentam diferenças, não só pela importância que se atribui a esses motivos, como por influência de contextos culturais, económicos, políticos, entre outros. Evidência dessa situação apresenta-se nas investigações de Steptoe *et.al* (1995) e de Honkanen e Frewer (2009) que revelam, por um lado, diferenças na importância que britânicos e russos atribuem a cada motivo como, por outro lado, se atribui à importância de determinados motivos (por ex. disponibilidade) causas relacionadas com o contexto político e económico num determinado período na Rússia. Resultados similares são apresentados por Rozin *et.al* (1999) ao concluírem que, em geral, os americanos são o grupo que associa mais a

alimentação a saúde e menos a prazer e que os franceses são o grupo mais orientado para o prazer na alimentação e menos para a saúde.

Steptoe *et.al* (1995) identificaram nove fatores que influenciam as escolhas alimentares com a aplicação do *Food Choice Questionnaire* – FCQ): saúde, estado de espírito, conveniência, apelo sensorial, conteúdo natural, preço, controle de peso, familiaridade e preocupações éticas, tendo sido atribuída maior importância aos fatores apelo sensorial, saúde, conveniência e preço. O fator controle de peso não é explicado, ou seja, não determina as suas causas ficando desconhecido se as preocupações por parte dos indivíduos que controlam o peso se relacionam com questões de aparência, de saúde, de bem-estar, ou outra. O mesmo questionário administrado por Pollard *et.al* (1998) gerou uma prioridade de fatores diferente, tendo sido identificadas o preço, a saúde, a conveniência e o apelo sensorial como as determinantes mais fortes das escolhas alimentares.

A aplicação do mesmo instrumento na Rússia, apenas com alteração dos motivos éticos (Honkanen e Frewer, 2009) gerou doze fatores motivacionais: conveniência, disponibilidade, alimentos naturais, político, peso, sensorial, ecológico, preço, religião, familiaridade, saúde e estado de espírito, confirmando a ideia de que as influências das escolhas alimentares podem variar entre populações e culturas.

É de considerar ainda as conclusões do estudo de Dickson-Spillmann e Siegrist (2011) que apontam para um bom conhecimento processual sobre nutrição (sobre dieta saudável) por parte da população em geral; mas os seus resultados destacam igualmente a existência de alguns equívocos sobre alimentação saudável, os quais estão associados a um decréscimo de consumo de alimentos geralmente definidos como saudáveis. Assim, estabelece-se a necessidade de se aumentar o conhecimento dos princípios orientadores de uma alimentação saudável através de programas de educação em nutrição. A investigação de Burton *et.al* (2018) confirma esta necessidade ao concluir, em dois estudos diferentes, que os indivíduos valorizam mais os conhecimentos sobre os efeitos da alimentação na saúde e sobre formas de cozinhar de forma segura do que sobre produção de produtos alimentares, sistema e ambiente alimentar. Semelhante conclusão é apresentada por Hagues *et.al* (2016), uma vez que os seus participantes revelaram interesse em obter

informação adicional e ideias sobre alimentação saudável, de forma a ultrapassar as barreiras identificadas de uma alimentação saudável: cultura, custo alto, falta de tempo e ainda indisponibilidade de alimentos saudáveis. De facto, a última razão apresentada relaciona-se com os fatores ambientais em que ocorrem as escolhas alimentares, os quais têm um papel decisivo, já que não é possível realizar escolhas alimentares saudáveis quando o ambiente físico e as estruturas sociais não as tornam disponíveis e acessíveis. (Contento, 2011). Por outro lado, a grande quantidade de produtos disponibilizados nos pontos de venda exige que se saiba distinguir os nutrientes neles presentes, remetendo esta ideia para o tema da literacia em saúde, apresentado no Capítulo das Campanhas de Comunicação em Saúde.

Em Portugal, as escolhas alimentares têm como fator determinante principal, e destacado dos restantes, “o sabor dos alimentos” (para 50,9% das mulheres e 53,6% dos homens) seguido de “tentar fazer alimentação saudável” (para 39,2% das mulheres e 27,1% dos homens), “preço dos alimentos” (para 36,2% das mulheres e 28% dos homens), “outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como” (para 33,2% dos homens), “hábito ou rotina” (para 30,1% dos homens e 28,1 das mulheres), “disponibilidade dos alimentos” (para 27,8 dos homens e 23,2% das mulheres) e ainda a “qualidade ou frescura dos alimentos” (para 27,8% das mulheres e 210,2% dos homens). Excluindo a questão da importância atribuída ao sabor por ambos os sexos, estes resultados evidenciam, de certa forma, uma relação mais forte dos homens com questões de praticidade (hábito, preço e disponibilidade) e uma preocupação mais forte por parte das mulheres em tentar fazer uma alimentação saudável, já que este é, para elas, o segundo fator determinante mais importante nas escolhas alimentares (Poínhos *et.al*, 2009).

Já foi provado que as atitudes e as crenças ou convicções influenciam as escolhas alimentares, em paralelo com outros fatores como demográficos, ambientais, socioeconómicos (Roininen *et.al*, 2001) e culturais (Rozin *et.al*, 1999). E estão bem identificados alguns grupos da população que orientam as suas escolhas alimentares por motivos de saúde: as mulheres, indivíduos com rendimentos mais altos, com mais instrução e mais velhos (Pollard *et.al*, 1998; Honkanen e Frewer, 2009).

Paralelamente, são reportadas algumas relações entre o nível de envolvimento com o tema da nutrição e alguns grupos ou segmentos da população: as mulheres têm, em geral, nível mais elevado de envolvimento com nutrição do que os homens (Hansen *et.al*, 2010; Somers *et.al*, 2014; Alencar *et.al*, 2016), bem como os indivíduos com mais instrução (Somers *et.al*, 2014). Foram identificados como grupos com nível de envolvimento com nutrição mais baixo os solteiros, os sujeitos que habitualmente não preparam a refeição principal (Somers *et.al*, 2014) e mulheres com escolaridade mais baixa (Leganger e Kraft, 2003; Barker *et.al*, 2008; Jarman *et.al*, 2012). É de notar que estas conclusões das investigações sobre o envolvimento dos indivíduos com nutrição identificam segmentos que evidenciam algumas semelhanças com os grupos descritos nas conclusões dos estudos sobre escolhas alimentares saudáveis, evidenciando uma relação entre envolvimento com nutrição e escolhas alimentares saudáveis (Wardle *et.al*, 2000; Marshall e Bell, 2004).

A literatura também indica que os jovens constituem uma audiência-alvo preferencial, pelo seu papel preponderante relativamente ao tema da nutrição, tendo revelado ser um grupo com potencial para se disseminar informação, uma vez que apresentam uma relação significativa entre competência (conhecimento) geral em alimentação saudável e procura de informação sobre produto saudável específico (Hansen *et.al*, 2010).

As populações de consumidores estão cada vez mais segmentadas com base nas suas orientações em relação à alimentação, particularmente com base nas atitudes. A importância da segmentação reside na possibilidade que ela permite de, identificando os diferentes segmentos de populações, adequar as intervenções de educação em nutrição bem como do marketing de produtos, contribuindo para a sua eficácia (Contento *et.al*, 1988; Honkanen e Frewer, 2009; Hansen *et.al*, 2010; Visschers *et.al*, 2013).

Algumas segmentações importantes apresentadas na literatura são as de Sarmugam e Worsley (2015), a de Honkanen e Frewer (2009) e a de Visschers *et.al* (2013). A primeira pretende identificar segmentos de consumidores com base no seu nível de envolvimento com nutrição, na impulsividade, bem como nos comportamentos alimentares de cada segmento, para o que aplicam a escala de Bell e Marshall (2003) e outras duas que avaliam a impulsividade e os comportamentos alimentares. Apresentam três segmentos distintos: o denominado “*impulsive, involved*”, representando 33.4% dos entrevistados, caracterizado

por altos níveis em ambos os constructos de impulsividade e envolvimento com alimentação; o grupo “*rational, health conscious*” (39.2%) que tem comportamentos de alimentação mais saudáveis do que os dos outros segmentos; o segmento “*uninvolved*” (27.4%) reporta níveis mais baixos de envolvimento com alimentação e níveis intermédios de impulsividade, quando comparado com os outros grupos.

A investigação de Honkanen e Frewer (2009), cujo objetivo consistiu em segmentar a população russa, com base nos motivos das suas escolhas alimentares, revela a existência de três clusters: o “*price sensitive*”, o mais reduzido (21.5%), caracteriza-se por atribuir maior importância ao motivo preço nas suas escolhas alimentares; o cluster “*natural food consumers*”, o maior grupo (45.8%), preocupa-se mais com as características de naturalidade dos produtos, preço e saúde; o segmento denominado “*food for mood consumers*” representa 37.7% da amostra e atribui mais importância aos motivos sensoriais, disponibilidade, *mood* e produtos naturais.

E a segmentação de Visschers *et.al* (2013), baseada na utilização de informação sobre nutrição e interesse em saúde e nutrição, confirma uma série de conclusões anteriormente apresentadas, nomeadamente sobre a relação entre interesse em nutrição, conhecimento sobre o tema, procura de informação e salubridade dos hábitos alimentares. A investigação identifica quatro grupos: “*official information users*” (13.9%), “*internet users*” (21%), “*moderate users*” (34.7%) e “*uninterested*” (27%). E a caracterização do último grupo evidencia a relação dos fatores em estudo: integra indivíduos menos interessados em utilizar tabelas nutricionais ou outras fontes de informação, que apresentam a menor utilização de fontes de informação sobre nutrição, são menos conscientes sobre saúde e maioritariamente homens; consomem alimentos saudáveis menos frequentemente e alimentos pouco saudáveis mais frequentemente; os homens apresentam equívocos sobre a salubridade dos produtos, caracterizando como saudável alimentos não saudáveis.

A interpretação da literatura estudada sugere uma relação entre o nível de envolvimento com nutrição dos indivíduos, a procura de informação sobre o tema, o seu conhecimento sobre alimentação saudável (Hansen *et.al*, 2010) e as práticas de uma alimentação saudável (Wardle *et.al*, 2000; Marshall e Bell, 2004). Nesse sentido, deve assumir-se a utilidade das campanhas de comunicação em nutrição (Hansen *et.al*, 2010;

Dickson-Spillmann e Siegrist, 2011; Saba e Vassallo, 2012), pois contribuem para o aumento do conhecimento da população sobre alimentação saudável e possivelmente influenciam a adoção de práticas nesse sentido. E considerar o envolvimento do público é uma estratégia eficaz nas campanhas de saúde, tal como a pesquisa sobre envolvimento já indicou (Chaffee e Roser, 1986).

No entanto, estabelece-se que a educação em nutrição não beneficia toda a população, nomeadamente os grupos que revelam pouco interesse no tema e pouca utilização de fontes de informação, de que é exemplo o segmento “*Uninterested*” da investigação de Visschers *et.al* (2013). E nesse caso, os autores recomendam medidas que se devem evidenciar no ambiente de consumo (mais espaço ocupado, mais quantidades e com localizações privilegiadas de alimentos saudáveis em supermercados, *buffets* e cantinas, por exemplo).

Ora, o panorama em Portugal determina que a alimentação e a nutrição são consideradas áreas prioritárias na construção de políticas de saúde públicas (DGS, 2012), tendo Portugal publicado, em 2012, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável (PNPAS), como um dos oito programas nacionais de saúde prioritários, na sequência de diversas iniciativas internacionais que destacam a nutrição como questão central, como o “*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*” (WHO, 2004)¹⁸, o “*WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*” (2008)¹⁹, o “*The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response*” (2007)²⁰, o *White Paper on “A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity Related Health Issues*” (2007)²¹ e o “*WHO 2008-2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*” (2008)²², no qual a

¹⁸ Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

¹⁹ Disponível http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf?ua=1

²⁰ Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf

²¹ Disponível em

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf

²² Disponível em

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=3752DFA5650EDD49A2351D7006F811E8?sequence=1

alimentação inadequada foi apresentada como um dos quatro principais fatores de risco para as doenças crónicas (DGS: PNPAS, 2012).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) tem como objetivos gerais aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, modificar a disponibilidade de certos alimentos, informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional e melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que podem influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar. E tem planeada atividade em seis campos de atuação: agregação e recolha de informação, modificação da oferta de determinados alimentos, aumento da literacia alimentar e nutricional, desenvolvimento de ações transversais com diversos sectores da sociedade, formação de profissionais influenciadores de consumos alimentares, intervenção em estruturas que lidam com obesidade (Graça *et.al*, 2016).

A revisão de Filipe *et.al* (2016) a setenta projetos de intervenção comunitária, cujo objetivo consistia na prevenção da obesidade infantil que foram identificados e mapeados, conclui que a maioria das intervenções documentadas caracterizava-se por insuficiente quantidade de informação, utilização de terminologia inconsistente para descrever o conteúdo das intervenções, ausência frequente de uma fundamentação teórica e empírica das atividades e metodologias selecionadas e utilização de desenhos e processos de avaliação não otimizados. Este panorama parece corroborar a visão de Santos (2006), apresentada no capítulo sobre marketing social, que caracteriza a atividade em Portugal de vaga, desconexa, sem estratégia, com enormes investimentos e resultados nulos. Esta situação aponta para a mesma conclusão que refere a necessidade de se desenvolver um sentido estratégico, concertado e global para as intervenções e programas na área da saúde, de forma a garantir o máximo de eficácia.

À data da escrita deste texto, várias investigações estavam planeadas, em curso ou a serem publicadas, o que vem enriquecer o conhecimento sobre a alimentação da população portuguesa e o estado da arte desta temática:

- Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) (Lopes *et.al*, 2017), tem a missão de recolher dados sobre o consumo alimentar e sobre a atividade física dos portugueses, é realizado por um consórcio de investigadores nacionais e estrangeiros, coordenado pela Universidade do Porto; este estudo irá avaliar os hábitos alimentares e a condição física de 5000 indivíduos com idades compreendidas entre os 3 meses e os 84 anos, residentes em todas as regiões do país, selecionados a partir do Registo de Utentes do Serviço Nacional de Saúde (Universidade do Porto, 2015).

- Estado Nutricional dos Idosos Portugueses: estudo de prevalência nacional e construção de um sistema de vigilância (Pen-3S), tem como objetivo caracterizar e avaliar o estado nutricional dos idosos (com mais de 64 anos) residentes em Portugal (incluindo regiões autónomas), na comunidade e em lares, em termos de padrões e consumos alimentares; com início em Março de 2015 e duração prevista de 13 meses, é promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (UEPID).

- Informação sobre Saúde da População Portuguesa: Conhecimentos e Qualidade Percecionada das Fontes de Informação Sobre Saúde: estudo que pretende descrever o estado atual do conhecimento e a perceção de acessibilidade e qualidade das fontes de informação através das quais os portugueses podem adquirir informação sobre quatro doenças muito prevalentes e relevantes para a saúde pública (obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro), bem como identificar os fatores críticos, de natureza comunicacional, social e clínica, que podem influenciar a aquisição desses conhecimentos, da responsabilidade do Instituto de Ciências Sociais em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e da Faculdade de Medicina do Porto (ICS, FMUL, FMUP)²³.

Assim, uma vez que a nutrição constitui um dos aspetos fundamentais da prevenção de saúde, e que o envolvimento com nutrição tem relação provada com as escolhas alimentares dos indivíduos, bem como com o seu interesse em procurar e adquirir informação, a presente investigação constitui um passo relevante no sentido de reunir conhecimento que permitirá identificar e caracterizar os grupos ou segmentos da população de acordo com o seu grau de envolvimento e portanto, de predisposição e interesse para

²³ Resultados publicados em 2017 e já considerados no presente trabalho.

procurar e receber informação e adotar práticas de alimentação saudável. E uma vez que estas são questões prioritárias na política de saúde pública em Portugal, a presente investigação parece ter um contributo relevante para o seu desenvolvimento, uma vez que enquadra a comunicação em nutrição num contexto estratégico concertado com o marketing social, tal como sugere a literatura revista.

Sintetizando os três capítulos anteriores, o marketing social, a comunicação pública e o envolvimento com nutrição relacionam-se entre si pelo facto de a literatura indicar que o envolvimento é um mediador dos efeitos das campanhas de comunicação; e estas estão associadas ao marketing social, tal como acontece na arena comercial, uma vez que a estratégia de marketing deve preceder a de comunicação.

Ficou estabelecido que a comunicação em saúde pode ser disseminada em vários níveis de análise da comunicação (interpessoal, organizacional e social), mas as campanhas de comunicação pública, concretamente, inscrevem-se no nível social, uma vez que têm o objetivo de impactar uma população-alvo vasta, nomeadamente no âmbito deste trabalho, em que se considera as campanhas de comunicação pública numa ótica de prevenção e portanto, dirigidas a grupos-alvo saudáveis, ou seja, as populações em geral.

Ficou igualmente definido que a comunicação em saúde assume diversas abordagens (informação, persuasão, legislação) mas recorda-se que, como visto no Capítulo das Campanhas de Comunicação em Saúde, tem sido igualmente veiculada em enquadramentos de entretenimento, uma vez que tem sido observada a presença de cenários e mensagens sobre a temática da saúde em programas e séries fora do contexto informativo. Por outro lado, a comunicação em saúde existe em perspetiva informativa na cobertura jornalística que se confirmou existir, mas as campanhas de comunicação pública ocorrem definitivamente em abordagens persuasivas, tal como foi concluído nos capítulos do marketing social e das campanhas de comunicação pública.

Assim, as campanhas de comunicação pública constituem um dos recursos a considerar nas estratégias de marketing social e de comunicação em saúde, mas não a única, tal como é defendido na literatura. Aliás, como se concluiu, a multiplicação de técnicas, canais e mensagens aumenta a probabilidade de atingir a eficácia pretendida.

Por último, sublinha-se a importância do estudo do envolvimento pelo facto de ele constituir um estímulo determinante para a receção, consumo e processamento de informação.

Capítulo IV. Abordagem Metodológica

Science is not only a disciple of reason but, also, one of romance and passion.

Stephen Hawking

4.1. Introdução

O presente capítulo examina as diversas opções metodológicas, apresentado as decisões tomadas, bem como o modelo teórico de investigação e hipóteses consequentes, o qual constituirá a base da investigação a realizar, estabelecendo as relações entre as temáticas estudadas.

Tal como referido anteriormente, o envolvimento com nutrição pode estar relacionado com diversas motivações como o prazer (Somers *et.al*, 2014), com limitações devido a experiências negativas relacionadas com alimentos, como sejam, disgeusia (perversão do sentido do gosto), aversões, alergias, etc. (Bell e Marshall, 2003), com preocupações com saúde (Steptoe *et.al*, 1995), com a importância atribuída à aparência física (Hayes e Ross, 1987; Rozin *et.al*, 1999), com impulsividade (Sarmugam e Worsley, 2015), entre outras. E a literatura reporta ainda que o envolvimento tem um papel moderador dos efeitos das campanhas de comunicação (Mitchell, 1979; Ward,1987; Kim, 2003), afetando a receptividade do grupo-alvo às mensagens (Hupfer e Gardner, 1971; Mitchell, 1981; Celsi e Olson, 1988; Paisley e Atkin, 2013), constituindo ainda uma variável para segmentação das audiências (Bloch, 1981; Traylor e Joseph, 1984).

4.2. Relevância e Delimitação do Tema da Investigação

O estudo do envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição tem relevância no contexto da comunicação em saúde pelo facto de aquela constituir um dos aspetos

fundamentais da prevenção em saúde (WHO, 2014, Anderson *et.al*, 2011; McNaughton *et.al*, 2012), apresentando ainda relação provada com as escolhas alimentares dos indivíduos (Marshall e Bell, 2004; Jarman *et.al*, 2012; Barker *et.al*, 2008), bem como com o seu interesse em procurar e adquirir informação sobre o tema (Hansen *et.al*, 2010; Somers *et.al*, 2014) e ainda com a forma como se processa a receptividade das audiências à comunicação.

O tema e os objetivos da presente investigação revelam-se ainda relevantes no contexto da comunicação pública e do marketing social pelo facto de o envolvimento estar identificado na literatura como um fator mediador dos efeitos dessas campanhas e programas com vista à mudança de comportamentos (Mendelsohn, 1973; Rothschild, 1979; Bloch, 1981; Petty *et.al*, 1983; Hutton e Ahtola, 1991; Malafarina e Loken, 1993; Andreasen, 1994; Aras, 2011; Rice e Atkin, 2013). A relação que se irá estabelecer entre o nível de “Envolvimento com nutrição”, as motivações a ele subjacentes e o “Interesse em informação sobre nutrição” constitui uma visão relativamente original na literatura, já que não foi encontrada investigação que estude o conjunto destas variáveis.

Assim, a presente investigação realiza um passo relevante para reunir conhecimento que permitirá identificar e caracterizar segmentos da população de acordo com o seu grau de envolvimento com a nutrição e, portanto, de predisposição e interesse em informação, bem como para adotar práticas de alimentação saudável.

O tema do “Envolvimento com nutrição” será assim estudado num contexto de relação com o interesse em informação sobre nutrição, pressuposto fundamental para a receção da comunicação sobre este tópico.

4.3. Objetivos, Questões de Investigação, Modelo Teórico de Investigação e Hipóteses

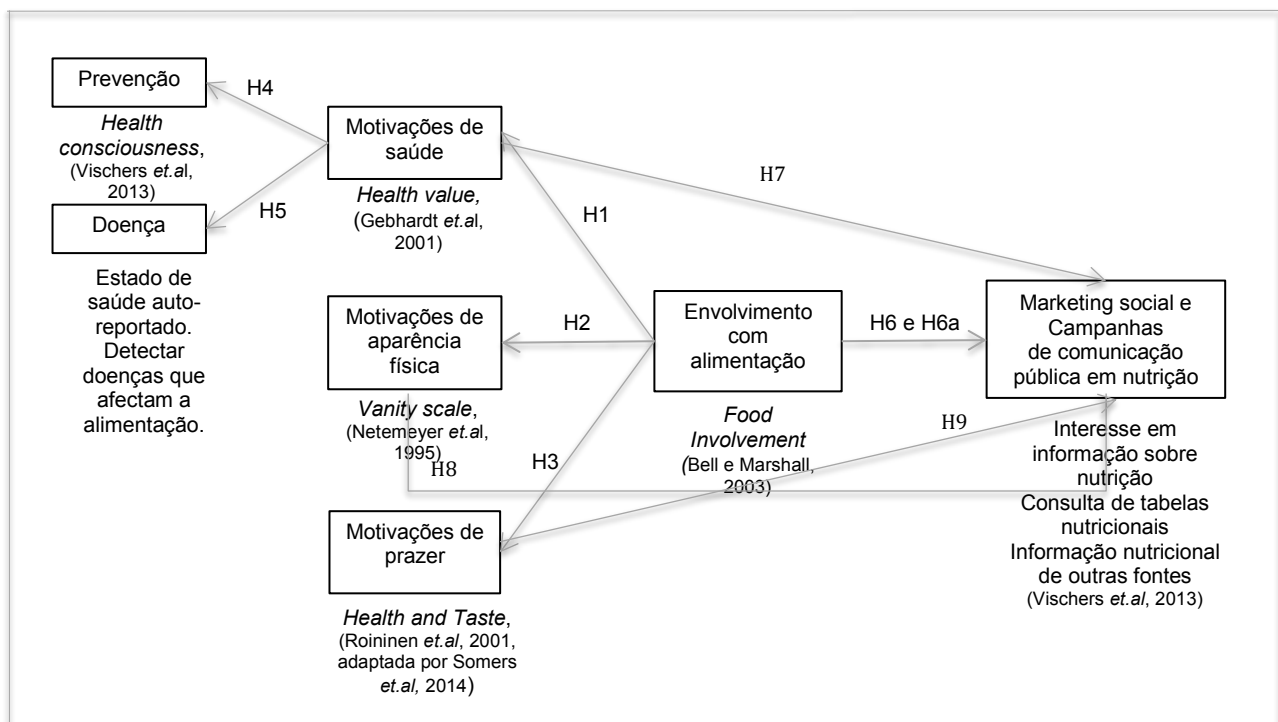
Com o objetivo de estudar o nível de envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição, e o seu papel na predisposição e interesse em informação sobre nutrição, definiu-se como questões de investigação, as seguintes:

1. Que motivações estão subjacentes ao “Envolvimento com nutrição”?

2. Que predisposição gera o “Envolvimento com nutrição” para “Interesse em informação” sobre o tema?
3. Qual o perfil dos indivíduos que apresentam maior e menor “Envolvimento com o tema da nutrição”?
4. Que motivações subjacentes ao “Envolvimento com nutrição” geram mais e menos predisposição para “Interesse em informação sobre nutrição”?

Partindo de uma extensa revisão da literatura sobre os temas em apreço, definiu-se o modelo teórico de investigação (Fig. 4.1) que se baseia nas seguintes assunções: focando como questão central o nível de envolvimento dos indivíduos com a nutrição, pressupõe-se que ele pode ser consequência de três tipos de motivações: motivações de saúde, motivações de aparência física e motivações de prazer; pressupõe-se ainda que as motivações de saúde podem advir de dois tipos de preocupações, prevenção ou doença. E tentar-se-á ainda relacionar o “Envolvimento com nutrição” com a predisposição ou interesse dos indivíduos para informação sobre nutrição, já que o interesse em informação está fortemente relacionado com a atenção prestada à informação por parte das audiências-alvo (Guthrie *et al.*, 1995 referidos por Visschers *et al.*, 2013).

Figura 4.1. Modelo Teórico de Investigação



Em consequência, enunciaram-se as seguintes hipóteses teóricas de investigação, já devidamente justificadas na revisão da literatura anteriormente realizada:

Motivações de saúde

H1: O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de saúde.

Motivações de aparência física

H2. O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de aparência física.

Motivações de prazer

H3. O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de prazer.

Questões de saúde

H4. O “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com preocupações de prevenção da saúde.

H5. O “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com a existência de doença diagnosticada.

Interesse em informação sobre nutrição

H6: O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

H6a: Níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição” estão relacionados com níveis mais altos de “Interesse em informação sobre nutrição”.

H7: O “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

H8: O “Envolvimento com nutrição” por motivações de aparência física está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

H9: O “Envolvimento com nutrição” por motivações de prazer está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

4.4. Posicionamento Paradigmático Epistemológico

Ao definir o modelo e as hipóteses a ele associadas, a presente investigação estabelece uma visão, segundo a qual pretende estudar o fenómeno do envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição e o seu impacto no interesse em informação sobre o tema.

Assim, é relevante definir as posições ontológica e epistemológica da investigação, de forma a determinar e estabelecer intenções e posicionamento, bem como as assunções a elas subjacentes, uma vez que essas posições irão sustentar a estratégia de pesquisa e os métodos a eleger como parte da estratégia (Saunders *et.al*, 2009; Bryman 2012).

A ontologia constitui o ramo da filosofia que se relaciona com a natureza da realidade, dos fenómenos sociais como entidades, levantando questões sobre a forma como o mundo opera, bem como sobre o compromisso assumido com determinado ponto de vista (Saunders *et.al*, 2009: 128,110). A ontologia descreve-se segundo dois aspetos, objetivismo e subjetivismo, ou construcionismo. O primeiro caracteriza-se por retratar uma posição que vê a existência das entidades sociais na realidade, externas aos atores sociais. O segundo aspeto, o subjetivismo ou construcionismo, sustenta que os fenómenos sociais são edificados pela perceção e consequentes ações dos atores sociais (Saunders *et.al*, 2009: 110; Bryman 2012).

A epistemologia está relacionada com o que constitui conhecimento aceitável num determinado campo de estudo e apresenta três abordagens, o positivismo, o realismo e o interpretativismo (Saunders *et.al*, 2009; Bryman 2012).

O positivismo defende a aplicação dos métodos das ciências naturais ao estudo da realidade social. Apenas o fenómeno, e consequentemente o conhecimento, confirmado pelos sentidos pode ser genuinamente garantido como conhecimento (princípio do fenomenalismo); o objetivo da teoria é gerar hipóteses que podem ser testadas, o que permite a explicação de leis (princípio do dedutivismo); o conhecimento alcança-se através da recolha de factos que oferece a base para as leis (princípio do indutivismo); a ciência deve ser conduzida de forma neutra, destituída de valores (objetiva); as afirmações científicas (por oposição às afirmações normativas) constituem o verdadeiro domínio da ciência (Bryman, 2012). O ênfase está na explicação do comportamento humano,

recorrendo a observações quantificáveis que permitem análise estatística, apesar de se dever prever que se podem adotar algumas características do positivismo como teste de hipóteses, utilizando dados recolhidos em entrevistas em profundidade (Saunders *et.al*, 2009).

O realismo relaciona-se com a ideia de que a realidade é o que os sentidos mostram, existindo assim uma realidade independente da mente humana. É similar ao positivismo no sentido em que assume uma abordagem científica no desenvolvimento do conhecimento, pressupondo a recolha de dados e a sua compreensão (Saunders *et.al*, 2009; Bryman, 2012).

O interpretativismo expressa um contraste epistemológico com o positivismo, apresentando desacordo com a aplicação do modelo científico ao estudo do mundo social, pela sua especificidade. Baseia-se na visão de que é necessária uma estratégia que respeite as diferenças entre os indivíduos e os objetos das ciências naturais o que, conseqüentemente, implica compreender o significado subjetivo da ação social. A ênfase está na compreensão do comportamento humano (Bryman, 2012).

O pragmatismo defende que a mais importante determinante da filosofia de investigação adotada é a questão de investigação, sendo possível trabalhar em ambas as posições positivista e interpretativista. Aplica uma abordagem prática, integrando diferentes perspetivas que contribuem para a recolha e interpretação de dados (Saunders *et.al*, 2009: 598).

A investigação distingue-se ainda segundo a abordagem adotada. A abordagem dedutiva envolve o desenvolvimento de uma teoria que está sujeita a teste rigoroso e apresenta diversas características: constitui uma tentativa de explicar relações causais entre variáveis, recolha de dados quantitativos, controle que permite testar as hipóteses, utilização de metodologia altamente estruturada, operacionalização de conceitos de forma a permitir que os factos sejam medidos de forma quantitativa, reducionismo (os problemas são melhor compreendidos se forem reduzidos aos elementos mais simples possível), generalização, para o que é necessário selecionar amostras de dimensão suficiente (Saunders *et.al*, 2009).

A abordagem indutiva preocupa-se particularmente com o contexto em que os eventos ocorrem; pretende compreender melhor a natureza do problema, através da análise dos

dados, a qual resulta na formulação de uma teoria. Assim, a teoria é subsequente aos dados, ao contrário do que acontece na abordagem dedutiva. A indução caracteriza-se por recorrer frequentemente a amostras reduzidas e utilizar uma variedade de métodos (geralmente, qualitativos) de modo a estabelecer diferentes pontos de vista sobre o fenómeno (Saunders *et.al*, 2009: 126).

Nesta perspetiva, a presente investigação assume uma posição ontológica objetivista, retratando a orientação de que as entidades sociais existem na realidade, externas aos atores sociais; no campo epistemológico, no positivismo, adotando uma posição de cientista natural, recorrendo a teoria existente para desenvolver as hipóteses e um posicionamento paradigmático dedutivo, uma vez que se pretende explicar relações causais entre variáveis, testar hipóteses de forma controlada e operacionalizar conceitos com vista a medir factos de forma quantitativa (Saunders *et.al*, 2009). Esta posição está a par de investigações realizadas neste campo, com objetivos similares, de que são exemplo as pesquisas de Somers *et.al* (2014) e de Sarmugam e Worsley (2015).

4.5. Opções Metodológicas

A orientação metodológica de determinada pesquisa requer algumas tomadas de decisão, nomeadamente sobre a estratégia de investigação, elegendo a abordagem a adotar, sobre o desenho da investigação, definindo o método mais adequado e o enquadramento para a recolha e análise dos dados, estabelecendo a técnica de recolha de dados (Bryman 2012).

As opções metodológicas terão obviamente que viabilizar as respostas que se procuram para compreender o fenómeno em análise. O estudo do nível de envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição pressupõe o recurso a instrumentos de medida e a quantificação e o modelo definido supõe o estudo de relações entre variáveis.

A literatura sobre envolvimento, nomeadamente as investigações que se centram na sua operacionalização, e concretamente as que geraram as escalas estudadas e comparadas, recorreram maioritariamente a métodos de pesquisa quantitativos, de que são exemplo as de Roininen *et.al* (1999), Bell e Marshall (2003), Somers *et.al* (2014), Visschers *et.al* (2013) Sarmugam e Worsley (2015), entre outras.

Os métodos quantitativos caracterizam-se por se basearem numa estratégia de pesquisa que enfatiza a quantificação, na recolha e análise dos dados e implica uma abordagem dedutiva na relação entre teoria e pesquisa, com ênfase no teste de teorias; tem incorporadas práticas e normas do modelo científico natural e do positivismo em particular; incorpora uma visão de realidade social externa (Byrman, 2012).

Por essa razão, e ainda porque o objeto de estudo se centra na aferição da valorização atribuída pelos indivíduos às diversas dimensões em estudo, a abordagem quantitativa revelou-se a mais adequada, uma vez que requer medição e controle de variáveis, critérios referidos por Hammersley (2008) ao caracterizar a perspectiva quantitativa. Por outro lado, o modelo está centrado na adoção de diversas escalas já existentes, pelo que, para as testar num contexto cultural e língua diferentes, faria sentido aplicar o mesmo método.

Tendo optado por uma estratégia de investigação quantitativa, é ainda necessário decidir sobre o desenho da pesquisa. Recorrendo novamente aos exemplos de investigação oferecidos na literatura, observa-se que os casos com características mais semelhantes aos da presente investigação recorreram a desenhos transversais (*cross-sectional*), concretamente utilizando inquéritos como técnica de recolha de dados (Barker *et.al*, 2008; Somers *et.al*, 2014; Sarmugam e Worsley, 2015), embora alguns deles tenham estratégias mistas, já que envolvem várias fases e vários estudos, concretamente na construção de escalas (Stephoe *et.al*, 1995; Bell e Marshall, 2003; Jarman *et.al*, 2012).

Por definição, o inquérito supõe um desenho transversal, para o qual se recolhe dados, predominantemente através de questionário ou entrevista estruturada, sobre mais do que um caso (geralmente bastante mais do que um), num determinado momento, de forma a dispor de um corpo de dados quantitativos ou quantificáveis em relação a duas ou mais variáveis (geralmente mais do que duas), que são depois analisados para se detetar padrões de associação (Bryman, 2012: 60).

Assim, a decisão pelo inquérito é, não só a que se revela mais adequada aos objetivos desta pesquisa, como tem testemunho na literatura para fins similares aos da presente investigação, confirmando a sua adequação.

Finalmente, as decisões sobre o método a adotar centraram-se na abordagem que melhor resposta oferece aos objetivos, modelo e hipóteses delineadas. E tomando novamente como exemplo a literatura revista, o questionário é o instrumento que repetidamente é utilizado para fins similares aos desta investigação (Steptoe *et.al*, 1995; Bell e Marshall, 2003; Barker *et.al*, 2008; Somers *et.al*, 2014; Sarmugam e Worsley, 2015). Assim, a adoção das escalas desenvolvidas, testadas e utilizadas em contexto internacional requer teste em Portugal, para o que se utilizará o mesmo tipo de instrumento aplicado na sua origem.

4.6. Construção do Questionário - Estudo e Decisão sobre Instrumentos de Medida

De forma a aferir o nível de envolvimento dos indivíduos com o tema da nutrição e compreender de que forma se relaciona com as variáveis definidas no modelo, estudaram-se diversas escalas de envolvimento, de motivações de saúde, de motivações de aparência física, de motivações de prazer e de interesse em informação sobre nutrição, comparando-as e tendo a intenção de concluir sobre a sua aplicabilidade à presente investigação.

4.6.1. Medição do Constructo de Envolvimento

Em teoria, o envolvimento é uma variável de diferença individual, variando entre indivíduos e circunstâncias (Antil, 1984). É uma variável causal ou de motivação com uma série de consequências na compra do consumidor e no seu comportamento de comunicação (Laurent e Kapferer, 1985).

Segundo Costley (1988), a literatura identifica três abordagens principais ao conceito de envolvimento: (1) a abordagem cognitiva, que vê o envolvimento como uma relação permanente e assim apenas pode ser medido, não manipulado; (2) a abordagem estado (estado individual), que separa o envolvimento dos seus antecedentes e consequentes; e (3) a abordagem resposta, assumindo a posição consequente que mede o envolvimento em termos de padrões de resposta, mas advoga que esta última conceptualização é fraca pelo facto de o envolvimento não constituir resposta *per se*. O envolvimento de estado é

frequentemente definido como entusiasmo, motivação, atenção ou interesse; e a abordagem resposta assume a posição consequente e mede o envolvimento em termos de padrões de resposta. Na sua metanálise, identifica treze estudos (43%) que definem o envolvimento baseado na abordagem cognitiva, treze baseados na abordagem de estado e apenas dois que se integram na categoria resposta.

De acordo com Jensen *et.al* (1989), foram desenvolvidas e amplamente disseminadas seis escalas básicas de envolvimento: a de Bloch (1981), a *Components of Involvement* (CP) de Lastovicka e Gardner (1979), a *Consumer Involvement Profiles* (CIP) de Laurent e Kapferer (1985), a de Slama e Tashchian (1985), a de Traylor e Joseph (1984) e a *Personal Involvement Inventory* (PII) de Zaichkowsky (1985).

Por seu lado, Bearden *et.al* (2010) selecionaram as seguintes escalas de envolvimento para publicação na sua obra *Handbook of Marketing Scales*:

Sobre envolvimento com classes de produto:

- Lastovicka e Gardner, 1979 - *Components of Involvement* (CP)
- Laurent e Kapferer, 1985 - *Consumer Involvement Profiles* (CIP)
- Bloch *et.al*, 1986 - *Enduring Involvement Index* (substituindo a de 1981)
- Jain e Srinivasan, 1990 - *New Involvement Profile* (NIP)
- Zaichkowsky, 1985 - *Personal Involvement Inventory* (PII)
- Zaichkowsky, 1994 - *PII for Advertising* (PIIA)
- Rijdsdijk *et.al*, 2007 - *Product Intelligence*
- McQuarrie e Munson, 1986 - *Purchasing Involvement* (RPII e OPII)

Sobre envolvimento com compra:

- Mittal, 1989 - *Purchase Decision Involvement* (PDI)
- Slama e Tashchian, 1985 - *Purchasing Involvement* (PI)
- Mittal, 1995 – comparação de 4 escalas modificadas de envolvimento
- Schneider e Rogers, 1996 - *Importance subscale*

No âmbito da presente investigação, estudaram-se as escalas mais relevantes que se consideraram ser as seguintes: as seis referidas por Jensen *et.al* (1989), não só pela sua disseminação, como por se ter concluído, através da revisão da literatura, que foram amplamente testadas em diversos contextos; a apresentada por Nowak e Salmon (1987),

por ser aplicada a assuntos, e portanto mais próxima do tema da nutrição; a de Bell e Marshall (2003), a de Somers *et.al* (2014) e a de Sarmugam e Worsley (2015), aplicadas ao envolvimento com nutrição (alimentação). Excluíram-se as restantes consideradas por Bearden *et.al* (2010) por serem concretamente aplicadas a classes de produto e a processo de compra, contextos já estudados nas escalas selecionadas e mais distantes do tópico central desta investigação, o envolvimento com nutrição.

A escala de Bloch (1981) inclui 17 indicadores e utiliza a medida de Likert de 6 pontos para medir o envolvimento com a classe de produtos automóveis, entre 381²⁴ estudantes de marketing, pressupondo que os proprietários dos automóveis apresentam grande variação de envolvimento. Os seus resultados sugerem seis dimensões, específicas da classe de produto: satisfação de condução e utilização de automóveis, facilidade para falar com outros sobre automóveis, interesse em atividades de corridas de automóveis, autoexpressão através do automóvel, ligação ao automóvel e interesse em automóveis. Os resultados apresentados indicam que o constructo do envolvimento com produto é passível de ser medido em escala, quando aplicado a uma classe de produto particular, utilizando procedimentos convencionais.

Lastovicka e Gardner (1979) aplicaram a sua escala *Components of Involvement* (CP) de 7 pontos (entre fortemente de acordo e fortemente em desacordo) e de 22 itens a 40 estudantes universitários sobre 12 classes de produtos. Concluíram que o envolvimento é uma variável crucial para explicar a forma como a publicidade influencia a estrutura da atitude e que deve ser descrito em termos de duas componentes fundamentais, a importância normativa e o compromisso. A primeira refere-se à ligação que existe entre uma classe de produto e os valores dos indivíduos. O compromisso deve ser pensado como uma obrigação que o indivíduo sente em relação à sua escolha da marca.

A escala *Consumer Involvement Profiles* (CIP) de Laurent e Kapferer (1985) integra 5 escalas multi-item tipo Likert de 5 pontos que medem cada dimensão através de 19 itens, aplicada a 14 classes de produtos entre 201 donas de casa entrevistadas pessoalmente, tendo a análise dos dados sido baseada em 414 casos. Resultaram 4 dimensões: *importisk*

²⁴ A dimensão das amostras e número de itens aqui reportados em relação a cada autor dizem respeito à escala final produzida.

(Importância do risco), representando a importância percebida do produto e a importância percebida das consequências de uma má compra; a probabilidade subjetiva de uma má compra; o valor hedônico da classe de produto; e o valor simbólico percebido da classe de produto.

Slama e Tashchian (1985) apresentam a sua escala de envolvimento com a atividade de compra associado a características demográficas, com 33 indicadores medidos através de 6 pontos de Likert entre 365 adultos com características semelhantes à média da população. Os resultados indicam que, independentemente da classe de produto, existem indivíduos mais envolvidos no processo de decisão de compra. As conclusões apontam para que essas pessoas são majoritariamente mulheres, com filhos, rendimentos médios e com níveis de educação relativamente altos.

Traylor e Joseph (1984) desenvolveram uma escala com o objetivo de identificar segmentos de consumidores que diferem no seu envolvimento com um produto específico através de entrevistas pessoais em 20 *focus group*, com 6 indicadores e aplicada a 12 produtos. Resultou uma única dimensão mas na fase de teste e validação foram identificados itens que não se integraram no primeiro fator nem apresentaram consistência para criar um segundo fator. Assim, conclui-se que, existindo diversas dimensões, o envolvimento é um constructo multidimensional mas o número preciso e a natureza dessas dimensões varia de um produto para o outro. A validação dos dados mostrou que o envolvimento com produto tem relação negativa com a frequência de compra, uma vez que as compras não frequentes de bens duráveis tendem a ter uma classificação alta no envolvimento e uma relação positiva com a seletividade da marca.

A escala *Personal Involvement Inventory* (PII) de Zaichkowsky (1985) é bipolar, aplicável a produtos, anúncios e decisão de compra e inclui medição de 20 pares de palavras em 7 pontos, tendo sido aplicada a 47 estudantes de psicologia e 57 funcionários de uma universidade. Os resultados indicam a existência de um fator principal e de um menor residual para todas as categorias de produto. Os resultados sugerem que o envolvimento tem relação positiva com diferenças percebidas entre marcas, preferência de marcas, interesse em adquirir informação sobre a categoria de produto e comparação de atributos de produtos entre marcas.

Nowak e Salmon (1987) estudaram o envolvimento com assuntos sociais (interrupção de gravidez, legislação sobre cinto de segurança, pornografia e propinas nas faculdades) para o que utilizaram a escala PII de Zaichkowsky (1985) adaptada. Concluíram que a abordagem para medir o envolvimento em pesquisa de comportamento de consumidor é aplicável, com adaptação apropriada, à pesquisa de comunicação de massas para medir o envolvimento com assuntos sociais. No entanto, devem ser desenvolvidas medidas padronizadas, confiáveis e válidas do constructo, para que se compreenda melhor o papel preciso do envolvimento nestes processos.

Concretamente sobre envolvimento com nutrição, Bell e Marshall (2003) definem-no como o nível de importância da alimentação na vida da pessoa e referem alguns contributos para o desenvolvimento de escalas para o medir, nomeadamente os trabalhos de Juhl e Poulsen (2000), relacionado com o peixe como grupo de produtos, de Olsen (2001) aplicado a peixe e marisco como refeição na Noruega, de Rozin *et. al* (1999) centrado nas implicações para o debate sobre dieta-saúde, e de Candel (2001) sobre preparação de refeições. Todavia, Bell e Marshall (2003) criticam as medições destes estudos, alegando que, apesar de todos defenderem que mediram o envolvimento, as abordagens para a medição do seu constructo são completamente distintas. Além disso (e com exceção de Candel, 2001), incorporam diversos fatores que se relacionam com atitudes, não se limitando ao envolvimento.

Assim, Bell e Marshall (2003) construíram uma escala de envolvimento com alimentação, a *Food Involvement Scale* (FIS), com a intenção de medir a importância percebida da alimentação para os indivíduos, baseada no ciclo de vida da alimentação do antropólogo Goody (1982). A escala inclui 12 indicadores avaliados em 7 pontos de Likert (entre discorda fortemente e concorda fortemente) aplicada a 894 adultos, tendo a análise fatorial revelado dois fatores: um primeiro, composto por 3 questões (indicadores 6, 11 e 12) que diz respeito a “*set and disposa*” e um segundo fator que se relaciona com a preparação e ingestão dos alimentos. Os resultados indicam que o envolvimento pode ser um mediador importante a considerar em situações de pesquisa sobre alimentação e hábitos alimentares e pressupõem que o envolvimento com nutrição é duradouro.

A escala de envolvimento com nutrição de Bell e Marshall (2003) é considerada uma referência na presente investigação por tentar definir o seu constructo de forma geral, medi-lo e testar a sua validade, numa data relativamente recente para captar os fenómenos da presente era mas também com algum tempo passado, permitindo que tenha sido testada por outros investigadores.

Somers *et.al* (2014) definiram o seu modelo de investigação com a intenção de estudar a relação do envolvimento com nutrição com relações sociais, apreciação, motivações de saúde e de prazer, variáveis demográficas e ainda o conceito de especialista (*maven*) entre idosos. Os resultados sugerem que o conceito de especialista (*maven*) e as motivações de prazer revelam-se preditores mais fortes de envolvimento com alimentação do que as variáveis sociodemográficas.

O estudo de Sarmugam e Worsley (2015) pretende identificar segmentos de consumidores com base no seu nível de envolvimento com nutrição, na impulsividade, bem como nos comportamentos alimentares de cada segmento, para o que aplicam a escala de Bell e Marshall (2003) e outras duas que avaliam essas duas situações. Identificam três segmentos distintos denominados “Impulsivos, envolvidos”, representando 33.4% dos entrevistados, “Racionais, conscientes da saúde”, (39.2%) e “Não envolvidos” (27.4%).

O Quadro 4.1. apresenta a análise realizada a cada escala em estudo, considerando a sua aplicação, amostra, características, dimensões e coeficiente de confiança.

Quadro 4.1. Análise comparativa das medidas de envolvimento estudadas

Estudo	Aplicação	Amostra	Escala	Dimensões	Coefficiente confiança
Lastovicka e Gardner (1979)	14 classes produtos	40 estudantes universitários	Likert 7 pontos, acordo-desacordo a 22 itens	2 dimensões: - Importância normativa - Compromisso	NA
Bloch (1981)	Automóveis	381 estudantes marketing	Likert 6 pontos a 17 itens	6 dimensões: - Satisfação de condução - Facilidade para falar sobre automóveis - Interesse corridas automóveis - Autoexpressão através automóvel - Ligação ao automóvel - Interesse em automóveis	(1) 0,79
Traylor e Joseph (1984)	12 produtos	Entrevistas pessoais em 20 <i>focus group</i>	6 itens	1 dimensão	0,92
Laurent e Kapferer (1985)	14 classes de produto	207 donas casa sobre 2 categorias produto	5 escalas multi-item, Likert 5 pontos, com 19 itens medindo cada faceta	4 dimensões: - Importância percebida e risco da classe produto - Probabilidade de má compra - Valor hedônico da classe produto - Valor simbólico da classe produto	0,72 - 0,90
Slama e Tashchian (1985)	Atividade compra	365 adultos	Likert 6 pontos a 33 itens	Envolvimento cruzado com variáveis demográficas	0,93
Zaichkowsky (1985)	3 situações: produto, anúncio e decisão compra	47 estudantes de psicologia, 57 funcionários de universidade	Adjetiva bipolar, 20 pares palavras	1 fator principal e 1 residual para todas as classes de produto	0,95
Nowak e Salmon (1987)	4 assuntos sociais	475 universitários	Aplicam PII de Zaichkowsky (1985), adaptada com 10 itens		0,89 - 0,93
Bell e Marshall (2003)	Nutrição	2 estudos, várias amostras nas várias etapas, total de 894 adultos	12 itens avaliados em 7 pontos Likert (discorda fortemente a concorda fortemente)	2 dimensões: - <i>Set and disposal</i> (itens 6, 11 e 12) - preparação e ingestão (restantes itens)	<i>Set and disposal.</i> 0,85 – 0,79 Preparação e ingestão: 0,75 – 0,78

(cont.)

Estudo	Aplicação	Amostra	Escala	Dimensões	Coefficiente confiança
Somers <i>et.al</i> (2014)	Nutrição, motivações de prazer e de saúde e conceito "maven"	1041 adultos com mais de 55 anos	FIS de Bell e Marshall (2003) alterada		0,73
Sarmugam e Worsley (2015)	Nutrição, impulsividade e comportamentos alimentares	530 adultos	FIS de Bell e Marshall (2003) alterada	Identifica 3 segmentos: - "Impulsivos, envolvidos" - "Racionais, conscientes da saúde" - "Não envolvidos"	0,61 (<i>importance of food</i>) e 0,83 (<i>meal preparation</i>)

Fonte: Elaborado pela autora

4.6.1.1. Críticas Tecidas às Medidas Estudadas

A revisão da literatura efetuada aponta uma série de críticas às medidas utilizadas mas muitas delas são gerais, não focando escalas concretas, de que é exemplo a identificação de dois pontos fracos das medidas desenvolvidas por parte de Traylor e Joseph (1984): o serem simplistas e medidas de um único item, que apenas se aproximam do significado do constructo e o serem específicas de produto, podendo não ser aplicadas a outras categorias.

As críticas concretas que são tecidas às escalas estudadas evidenciam o seguinte: sobre a escala de Bloch (1981), Shimp e Sharma (1983, citados por Jensen *et.al*, 1989) concluíram que os 17 itens da escala de 6 dimensões de Bloch (1981) podia, com confiança, ser reduzida a 8 itens com duas dimensões, representando o envolvimento emocional/ pessoal (*enduring*) e o *status* social. Bloch (1981) tinha indicado uma configuração semelhante ao reconhecer que três das suas seis dimensões teriam centralidade e as outras três teriam relação com o interesse do produto.

Bloch (1981) afirma que os benefícios da medida generalizada de Lastovicka e Gardner (1979) contrabalançam o carácter impreciso dos seus indicadores, que parecem ambíguos e podem não captar os sentimentos do consumidor em relação a qualquer produto. Quando os itens da escala são específicos de uma única classe de produto, parecem mais relevantes e significativos. E sobre as duas escalas anteriores, Traylor e Joseph (1984) comentam a sua amplitude demasiado grande, composta por muitos itens que pode ser incómoda e cara de administrar. E Mitchell (1979) advoga que esta escala não

parece ser uma medida conceptual de envolvimento com classe de produto, parecendo ser mais próxima da dimensão cognitiva de lealdade à marca.

Vinte e sete anos após o seu desenvolvimento, Zaichkowsky (2012) reconhece que a sua escala PII (Zaichkowsky, 1985) continha desequilíbrios e redundâncias nos 20 indicadores que a integram, situação confirmada por Higie e Feick (1989) que, na tentativa de desenvolver uma escala para medir envolvimento duradouro, concluíram que este faz sentido como preditor de comportamentos, como os de liderança de opinião e de procura de informação mas não é apropriado medi-lo através desses comportamentos, já que eles podem resultar de outras motivações, como por exemplo a utilização diária de um produto (como é o caso de detergentes, na investigação de Zaichkowsky, 1985).

A operacionalização do constructo do envolvimento manifesta-se de forma bastante distinta, provavelmente como consequência das diferentes definições do seu conceito e algumas críticas tecidas às medidas que vão sendo testadas tornam óbvia a necessidade de se dar continuidade ao estudo do conceito, de forma a aumentar o rigor da sua medição.

De facto, a literatura revista revela que a medição do envolvimento deve ser realizada em relação a um objeto concreto, pois a sua dimensionalidade apresenta variabilidade entre diferentes objetos. Assim, apesar de todas as investigações contribuírem para o seu desenvolvimento e enriquecimento, a literatura sobre envolvimento evidencia uma tendência para se atomizar, uma vez que as medidas focam e refletem o envolvimento específico com o objeto em estudo, evocando pouca relação com outros. Esta situação, detetada pela reduzida utilização de escalas já desenvolvidas e, portanto, pouca experiência e teste em diferentes cenários, tem como consequência um hiato que configura o estudo do envolvimento em diversas áreas de conhecimento e especificidades. Como exemplo da reduzida utilização de escalas já desenvolvidas, apresenta-se a ideia de que o estudo do envolvimento com nutrição poderia utilizar a escala de Bloch (1981), desenvolvida para ser aplicada à classe de produtos automóvel, com óbvias adaptações (satisfação em comer, facilidade para falar sobre alimentação, interesse por nutrição, autoexpressão através da alimentação, ligação à alimentação, interesse em alimentação), o que geraria uma escala de envolvimento com alimentação mais genérica do que a de Bell e Marshall (2003). E como

exemplo da especificidade das escalas, refere-se a de Bell e Marshall (2003), que parece pouco passível de adaptação noutros campos, que não o da alimentação.

Em consequência do descrito anteriormente, para efeitos da presente investigação, conclui-se que a escala mais adequada para medir o envolvimento dos indivíduos com nutrição é a *Food Involvement Scale* (FIS) de Bell e Marshall (2003), utilizada e adaptada por Somers *et.al* (2014), já que foi criada para medir exatamente o nível de importância que os sujeitos atribuem à alimentação na sua vida, incluindo indicadores concretos de aplicação à relação que os indivíduos estabelecem com o tópico.

Numa análise mais aprofundada, avaliaram-se os resultados de fiabilidade que a escala *Food Involvement* (Bell e Marshall, 2003) tem apresentado nas diversas investigações estudadas para efeitos do presente trabalho, aqui apresentados no quadro 4.2.

Esta dimensão denominar-se-á “Envolvimento com nutrição” no presente trabalho.

Quadro 4.2. Resultados de fiabilidade da escala Food Involvement (Bell e Marshall, 2003) obtidos por autores que a aplicaram²⁵

Estudo	Alpha Cronbach (α)
Bell e Marshall (2003)	0,75 - 0,78, em duas amostras com 8 semanas de intervalo
Barker <i>et.al</i> (2008)	Não indica
Jarman <i>et.al</i> (2012)	Não indica
Somers <i>et.al</i> (2014)	0,73 sub-escala <i>Preparation and eating</i> : 0,76
Sarmugam e Worsley (2015)	0,61 (<i>importance of food</i>) e 0,83 (<i>meal preparation</i>)

Fonte: Síntese elaborada pela autora

4.6.2. Medição do Valor da Saúde

Como referido anteriormente, a literatura indica que a saúde pode constituir uma das motivações principais do envolvimento com nutrição (Somers *et.al*, 2014). De facto, a importância atribuída à saúde revela-se um fator determinante para que os indivíduos

²⁵ De acordo com Murphy e Davidshofer (2005: 150), os níveis de fiabilidade podem ser assim interpretados: <0,6-0,7 – inaceitável a baixa; 0,7-0,8 – baixa a moderada; 0,8-0,9 – moderada a elevada; >0,9 – elevada.

assumam comportamentos preventivos de saúde. E a convicção de que se pode controlar a saúde associada a comportamentos para a manter, só faz sentido se o indivíduo valorizar a saúde (Lau, 1986).

Para medir a importância que os indivíduos atribuem à saúde, analisaram-se as diversas escalas que os autores estudados trabalharam nas suas investigações, a seguir mencionadas.

A *Health and Taste Attitude Scale* (HTAS) de Roininen *et.al* (1999) mede a importância das duas dimensões saúde e hedónica dos alimentos na sua relação com as escolhas alimentares. A primeira dimensão, saúde, integra 3 subescalas: *General Health Interest* (Interesse geral em saúde), *Light Product Interest* (Interesse em Produtos Light) e *Natural Product Interest* (Interesse em produtos naturais). A subescala avaliada para aferir a importância atribuída à saúde, a *General Health Interest*, integra 8 itens, mede o interesse em alimentação saudável e apresenta um valor de Alpha de Cronbach de 0,89.

A *Health Consciousness Scale* (HCS) de Gould (1988, citado por Bearden, 2010) ^[117] _{SEB} capta o alerta geral, a autoconsciência, o envolvimento e a auto-monitorização da saúde do indivíduo. A escala é composta por 9 itens avaliados em 5 pontos (em que 0 significa “a afirmação descreve-me muito mal” e em que 4 significa “a afirmação descreve-me muito bem”), tendo sido administrada a 343 adultos e apresentando Alfa de Cronbach de 0,93.

Visschers *et.al* (2013) também utilizam uma escala denominada *Health Consciousness*, mas diferente da anterior. É baseada em dois indicadores de Schfferstein e Oude Ophuis (1988), aos quais foram adicionados dois itens, um que avalia a importância da saúde nas escolhas alimentares e o outro a dependência percebida da saúde na dieta. Os quatro itens são pontuados numa escala de Likert de 6 pontos (entre discorda totalmente e concorda totalmente) e obtém um valor de Alpha de Cronbach de 0,79.

A *Health Value Scale* (Valor da Saúde) de Lau *et.al* (1986) foi desenvolvida com a intenção de aferir o valor atribuído à saúde, tendo resultado em quatro indicadores, avaliados em 7 pontos (entre discorda fortemente e concorda fortemente), apresentando um Alfa de Cronbach de 0,67 e de fiabilidade no re-teste de 0,78. Steptoe *et.al* (1995) utilizaram esta medida na sua investigação, adaptando a pontuação para 6 pontos (entre discorda

fortemente e concorda fortemente), referindo que a escala constitui uma medida fiável que tem sido amplamente utilizada em pesquisa na área da saúde.

A *Health Value* de Gebhardt *et.al* (2001), constitui uma das quatro escalas que compõem a *Health Hardiness Inventory* (HHI) e é diferente da anterior; mede o nível de valorização que o indivíduo atribui à saúde em geral, contém seis itens avaliados em 5 pontos (entre discorda fortemente e concorda fortemente) e apresenta um Alpha de Cronbach de 0,79. Foi adaptada e utilizada por Kornelis *et.al* (2007) com apenas três itens, sendo avaliada numa escala de 7 pontos (entre discorda completamente e concorda completamente) e apresentando valor de Alpha de Cronbach superior (0,84).

A escala considerada mais adequada aos objetivos da presente investigação para avaliar a importância atribuída à saúde é a *Health Value* de Gebhardt *et.al* (2001), uma vez que capta a essência da valorização atribuída à saúde, e apresenta boas qualidades psicométricas e bons índices de fiabilidade. Na presente investigação esta dimensão denomina-se “Valor da saúde”

O modelo de investigação definido contempla ainda a questão de as motivações de saúde poderem advir de preocupações de prevenção da saúde e de preocupações de doença diagnosticada, pressupondo que os indivíduos podem ter níveis e posicionamentos diferentes de envolvimento com a nutrição, dependendo da origem das suas preocupações. Assim, integrou-se uma escala que pretende aferir as preocupações de prevenção na relação com a nutrição, tendo-se eleito para o efeito a escala *Health Consciousness Scale* de Visschers *et.al* (2013), por se considerar mais adequada para avaliar as preocupações relacionadas com prevenção, uma vez que inclui diversos itens focados na relação entre saúde e alimentação, revelando-se assim mais abrangente do que a escala de Roininen *et.al* (1999). Esta dimensão é apelidada de “Consciência da saúde” no presente trabalho.

Para avaliar a possibilidade de as motivações de saúde advirem de doença diagnosticada, incluíram-se quatro indicadores que contemplam também a possibilidade de essas doenças poderem afetar as escolhas alimentares dos indivíduos.

4.6.3. Medição da Importância da Aparência Física

Estabelecida a ideia de que a cultura ocidental vive centrada na aparência física e na beleza (Netemeyer *et.al*, 1995) e que a atualidade se caracteriza pela era de culto do corpo, em que se recorre a transformações (tatuagens, cirurgias plásticas, dietas) para o melhorar ou embelezar, é expectável que o envolvimento com o tema da nutrição tenha relação com a importância que as pessoas atribuem à sua aparência e imagem físicas. Apesar de parecer não existir nenhuma investigação que evidencie essa relação, ela está subjacente em outras pesquisas que estudaram, por exemplo, a relação de hábitos alimentares com preocupação com aparência (Hayes e Ross, 1987; Pollard *et.al*, 1998), tendo a primeira concluído que a preocupação com a aparência pode prever escolhas alimentares saudáveis (Hayes e Ross, 1987), pressupondo-se assim, na presente investigação, que o envolvimento com nutrição pode estar relacionado com a importância atribuída à aparência física.

A diversidade de terminologias e de intenções nesta área exigem a delimitação do objeto de aferição para a presente investigação. Assim, o interesse do conceito de aparência física, no modelo de investigação, reside na importância que os indivíduos atribuem à aparência física, não sendo relevante medir a autoimagem ou a aparência, nem a percepção, nem a satisfação ou insatisfação com elas. O número de escalas encontradas é muito vasto, pelo que a primeira tarefa consistiu em estudar os objetivos de cada uma e examinar o conjunto de itens das que apresentaram objetivos mais semelhantes às da presente investigação; excluíram-se as que não se centravam na aparência em geral, constituindo medidas dos constructos mencionados e que se afastavam dos objetivos da presente investigação. Realizada uma primeira depuração, estudaram-se as seguintes escalas:

A *Objectified Body Consciousness Scale* de McKinley e Hyde (1996) foi desenvolvida com a intenção de medir a consciência objetivada do corpo; inclui 3 subescalas (*Surveillance*, *Body Shame* e *Appearance Control Beliefs*), com oito itens cada, num total de 24.

A *Appearance Orientation Scale* de Cash (1994), mede a importância que o indivíduo atribui à aparência e a ação que realiza em relação a ela.

A *Appearance Schemas Inventory (ASI)* de Cash e Labarge (1996) avalia, em catorze itens, o investimento em relação a determinadas convicções ou assunções sobre a importância, significado e influência da aparência na vida do indivíduo.

A *Vanity Scale* (Netemeyer *et.al*, 1995) engloba quatro dimensões, tendo-se concluído que apenas a dimensão *Concern for Physycal Aappearance* teria aplicabilidade na presente pesquisa. Inclui cinco indicadores que são avaliados em 7 pontos, entre discorda fortemente e concorda fortemente e mede o grau de preocupação com a aparência física.

A escala que parece mais adequada para dar resposta à importância atribuída à aparência física é a dimensão *Concern for Physycal Aappearance da Vanity Scale* de Netemeyer *et.al* (1995), já que aparenta bastante objetividade sobre o objeto a medir, sem pormenorizar ou focar aspetos concretos do corpo, e é o fator que se relaciona com comportamentos alimentares (Netemeyer *et.al*, 1995). A escala foi testada em quatro amostras para as quatro dimensões da escala e apresenta um Alpha de Cronbach entre 0,80 e 0,92. Na presente investigação, esta dimensão é denominada “Preocupação com aparência física”.

4.6.4. Medição da Importância do Prazer

A aferição da importância atribuída ao prazer na alimentação como motivação para o envolvimento com nutrição foi estudada por poucos autores no contexto da literatura revista. Apenas Roininen *et.al* (1999), Rozin *et.al* (1999) e Somers *at.al* (2014) trabalharam com escalas de prazer relacionado com os temas estudados. Numa pesquisa exterior à literatura revista, estudaram-se as escalas *Food Enjoyment* (Vailas e Nitzke, 1998) e *Epicurean Eating Pleasure* (Cornil e Chandon, 2016). Todas estas escalas foram examinadas, tendo-se extraído as seguintes ideias principais:

A escala *Food Enjoyment* (Vailas e Nitzke, 1998) foi concebida para aplicação a uma população com idade superior a 60 anos e, portanto, com preocupações de captar possíveis limitações e problemas característicos da idade. Verificou-se, através do exame dos indicadores, que esta escala não reflete as intenções da presente investigação, que pretende avaliar, de forma direta e genérica, o prazer na alimentação.

A escala de Rozin *et.al* (1999), com três itens, apesar de abordar a ideia de prazer, capta mais a importância da alimentação na vida do indivíduo, nomeadamente, comparando o papel da alimentação com o da televisão na sua vida.

Reavaliou-se a dimensão “sabor” da escala *Health and Taste Attitude Scale* (HTAS) de Roininen *et.al* (1999) que inclui 3 fatores: *craving for sweet foods*, *using food as reward* e *pleasure*, tendo-se estudado os itens neles incluídos; avalia, em 7 pontos (entre discorda fortemente e concorda fortemente) a importância atribuída pelos indivíduos à obtenção de prazer na alimentação e apresenta um valor de Alpha de Cronbach de 0,67. Somers *et.al* (2014) adaptaram esta escala para três itens, tendo obtido um valor de Alpha de Cronbach de 0,76.

A escala *Epicurean Eating Pleasure* de Cornil e Chandon (2016) capta a ótica de prazer duradouro na alimentação, derivado de apreciação estética do valor emocional e simbólico da alimentação. Será a apreciação do alimento como arte, por parte dos denominados “*gourmet*”. Este conceito não serve os objetivos desta investigação por ser demasiado específico e captar um posicionamento concreto do indivíduo face ao prazer com a alimentação.

A escala que se considerou mais adequada para a medição da importância do prazer na alimentação foi o fator “prazer” da escala de Roininen *et.al* (1999) pelo facto de abordar a ideia do prazer de forma genérica, coincidente com os objetivos da presente investigação, apelidada “Prazer na alimentação”.

4.6.5. Medição do Interesse em Informação sobre Nutrição

De forma a aferir o interesse em informação sobre nutrição, avaliaram-se as fontes testadas por Kornelis *et.al* (2007) na Holanda e os constructos de Visschers *et.al* (2013), autores estudados no contexto da literatura revista.

A pesquisa de Kornelis *et.al* (2007) tem o objetivo de conhecer as preferências do consumidor em relação a dezasseis diferentes fontes de informação quando ele tem alguma dúvida sobre segurança alimentar. Apesar de o seu objeto de estudo ser demasiado

específico em relação aos objetivos mais genéricos da presente investigação, examinaram-se as fontes de informação selecionadas pelo autor e extraíram-se algumas ideias.

Analisaram-se os seguintes constructos de Visschers *et.al* (2013): interesse em informação nutricional (baseado em Schfferstein e Oude Ophuis, 1988), que avalia o interesse geral em informação nutricional, com três itens, apresentando Alpha de Cronbach de 0,76; utilização de tabelas nutricionais, que mede a frequência com que os indivíduos consultam tabelas nutricionais, em quatro situações diferentes de escolha e decisão de compra, com quatro itens e registando Alpha de Cronbach de 0,93; e informação nutricional de outras fontes, que indica a frequência de utilização de quatro diferentes fontes de informação, não assumido como escala, antes em itens isolados.

Considerou-se que estes constructos de Visschers *et.al* (2013) têm validade para a presente investigação, pois reportarão o nível de interesse dos inquiridos em informação sobre nutrição, questão fulcral para se determinar a sua predisposição para a receção de mensagens de campanhas de informação pública sobre este tópico. No entanto, o trabalho de Visschers *et.al* (2013) não contempla os meios de comunicação de massa como fonte de informação; para além do seu poder, impacto e papel informativo, já descritos anteriormente, diversas pesquisas integram-nos como fonte de informação, de que são exemplo o questionário "Informação sobre saúde da população portuguesa: Conhecimentos e qualidade percebida das fontes de informação sobre saúde" (Ferreira *et.al*, 2017), e o estudo sobre Literacia em Saúde em Portugal (Espanha *et.al*, 2016). Por estas razões, integrou-se o item "televisão, jornais e revistas de atualidade" como parte integrante das fontes de informação sobre alimentação saudável. As dimensões em estudo denominam-se assim "Interesse em informação nutricional" e "Consulta de tabelas nutricionais", tendo-se estudado igualmente as fontes de informação utilizadas, em indicadores isolados.

4.6.6. Desenvolvimento e Incorporação de Indicadores Originais

À data da escrita deste texto, não existiam campanhas de comunicação pública sobre nutrição em Portugal, não permitindo examinar o interesse dos indivíduos nas suas mensagens e relacioná-los com o nível de "Envolvimento com nutrição" Assim, decidiu-se

incorporar no questionário três questões originais, elaboradas pela autora, com o objetivo de avaliar a importância atribuída à existência de campanhas de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável, grau de interesse que essa informação despertaria e intenção em seguir essas recomendações. Este grupo de questões, denominado “Importância das campanhas” deverá sugerir a relevância atribuída às campanhas de comunicação em nutrição, a qual será relacionada, na fase de análise de dados, com o nível de “Envolvimento com nutrição” e motivações a ele subjacentes.

Foram ainda incluídos quatro indicadores originais com o objetivo de avaliar o nível de interesse em informação sobre alimentação, o tipo de tema sobre o qual os indivíduos têm interesse (alimentação saudável, dietas para emagrecer e receitas saborosas), medindo-se o interesse por essa informação, com o objetivo de o relacionar com as motivações subjacentes ao “Envolvimento com nutrição” (saúde, prazer e aparência física). Apelidado de “Interesse em informação sobre alimentação” e “Temas sobre alimentação”, estes quatro indicadores são avaliados como tal, não sendo agregados numa dimensão.

Introduziram-se também dois itens originais relacionadas com as fontes de informação no sentido de averiguar as fontes de preferência dos sujeitos, bem como as que consideram mais credíveis, considerando que podem não coincidir (designados “Preferência e credibilidade das fontes”).

Como referido anteriormente, ao conjunto de fontes de informação proposto por Visschers *et.al* (2013) adicionaram-se os meios de comunicação de massa. E considerou-se também pertinente integrar os blogs, uma vez que a literatura indica o seu papel influente na atualidade, e os cursos de formação, que foram sugeridos no pré-teste.

Integraram-se ainda quatro itens sobre autoavaliação da saúde e sobre doenças diagnosticadas pelo médico que podem afetar as escolhas alimentares, bem como as limitações que elas imprimem na alimentação dos inquiridos, uma vez que o “Envolvimento com nutrição” poderá advir de motivações de saúde, por estas se relacionarem com esses constrangimentos.

Uma vez que se consideram várias dimensões e indicadores que avaliam o interesse em informação sobre nutrição, estipulou-se que o tema agregador de todas as dimensões e indicadores em estudo se denomina “Interesse em informação sobre nutrição”, o qual inclui:

as dimensões “Interesse em Informação Nutricional”, “Consulta de Tabelas Nutricionais”, “Importância das Campanhas” e os indicadores “Interesse em informação sobre alimentação”, “Informação nutricional de outras fontes” e “Preferência e credibilidade das fontes”.

A estrutura do questionário é então apresentada no Quadro 4.3., com indicação das escalas e dimensões a utilizar, os fenômenos a aferir, o número de itens e a pontuação de cada uma delas.

Quadro 4.3. Identificação e caracterização das escalas e indicadores incluídos no questionário

Escala e indicadores	Fenômeno a aferir	Número de itens	Pontuação da escala	Tipo de variável
Envolvimento com nutrição (Bell e Marshall, 2003)	Nível de importância atribuída à alimentação	9	7 pontos	Escala
Valor da saúde (Gebhardt <i>et.al</i> , 2001)	Valorização atribuída à saúde	6	5 pontos	Escala
Consciência da saúde (Visschers <i>et.al</i> , 2013)	Consciência da relação entre alimentação e saúde	4	6 pontos	Escala
Preocupação com aparência física (Netemeyer <i>et.al</i> , 1995)	Preocupação com a aparência física	5	7 pontos	Escala
Prazer na alimentação (Roininen <i>et.al</i> , 1999)	Importância do prazer na alimentação	3	7 pontos	Escala
Interesse em informação sobre nutrição	Título agregador das dimensões e indicadores para o interesse em informação sobre nutrição			
Interesse em informação nutricional (Visschers <i>et.al</i> (2013)	Interesse geral em informação nutricional	2	6 pontos	Escala
Consulta de tabelas nutricionais (Visschers <i>et.al</i> , 2013)	Frequência de consulta de tabelas nutricionais	4	6 pontos	Escala
Importância das campanhas (da autora)	Importância atribuída a campanhas de informação pública sobre nutrição	3	6 pontos	Escala
Interesse em Informação sobre alimentação	Temas de interesse em informação sobre alimentação	1	6 pontos	Indicadores
Temas sobre Alimentação (da autora)		3		
Informação nutricional de outras fontes (Visschers <i>et.al</i> , 2013)	Frequência de utilização de diversas fontes de informação	5	6 pontos	Indicadores

(cont.)

Escala e indicadores	Fenómeno a aferir	Número de itens	Pontuação da escala	Tipo de variável
Preferência e credibilidade das fontes (da autora)	Indicação das 3 fontes preferidas e das consideradas credíveis por ordem decrescente	2	Ordem de preferência de 1 a 3	Indicadores
Autoavaliação da saúde (da autora)	Avaliação da própria saúde, indicação de doença diagnosticada e consequências na alimentação	4	6 pontos	Indicadores

Fonte: Elaborado pela autora

4.6.7. O Inquérito por Questionário: Adaptação e Pré-Teste.

Tendo sido decidido que o inquérito por questionário é o instrumento que melhor serve os propósitos da presente investigação, o mesmo foi construído de acordo com todos os critérios anteriormente expostos, integrando as escalas selecionadas e os itens referidos no subcapítulo anterior.

Procedeu-se à tradução das escalas, de acordo com o exigido pelos procedimentos científicos (Hill e Hill, 2000), tendo duas pessoas nativas de língua portuguesa e fluentes na língua inglesa (uma delas bilingue) traduzido de inglês para português, encontrado amplo consenso sobre os excertos com traduções diferentes; uma terceira pessoa (também bilingue) realizou a retroversão, tendo todas as pessoas envolvidas no processo confirmado que não se revelaram diferenças no sentido das afirmações contidas em cada item.

O questionário foi, assim, composto por diversas escalas traduzidas e os indicadores originais anteriormente descritos, com a intenção de dar resposta a todas as hipóteses enunciadas. Uma vez que este conjunto de escalas nunca foi utilizado em Portugal, considerou-se adequado e recomendável realizar um pré-teste no sentido de averiguar algumas questões centrais: compreensão de todas as afirmações por parte dos entrevistados; identificação de dificuldades no preenchimento; análise de possíveis sugestões no sentido de introduzir melhorias; cálculo do grau de fiabilidade de cada escala a utilizar. Todas as escalas de Likert foram aplicadas com 6 pontos pelo facto de alguns autores (Ramos, 2003; Miranda, 2007) indicarem a sua natureza menos propícia a indiferença, obrigando os inquiridos a uma tomada de posição, situação considerada

adequada aos presentes objetivos, e ainda porque a maioria das escalas adotadas (Vischers *et.al*, 2013) utilizaram esta pontuação, permitindo comparações e discussão de análise de resultados mais precisas.

É de notar que o termo “nutrição” adotado na presente investigação se relaciona com o facto de ter uma conotação mais próxima com as ciências que estudam o tópico (Ciências da Nutrição). No entanto, no questionário consta o termo alimentação saudável, por se considerar mais coloquial e mais próximo do seu sinónimo traduzido (*food*).

O inquérito do pré-teste foi distribuído por email a 100 pessoas, com um link associado, no dia 7 de Fevereiro de 2017 e esteve ativo na plataforma Qualtrics até 24 de Fevereiro de 2017. 54 indivíduos (54%) preencheram o questionário online, e destes, 39 (72%) responderam a três perguntas sobre compreensão, dificuldade no preenchimento e pedido de sugestões (Anexo A).

Os resultados deste pré-teste evidenciam boa compreensão por parte de todos os entrevistados que responderam a estas três perguntas, apenas 4 (10%) reportaram alguma dificuldade no preenchimento, duas delas sobre um lapso da programação existente, logo corrigido, e outras duas sobre dúvidas pessoais que surgiram quando confrontadas com as afirmações apresentadas; 18 indivíduos fizeram sugestões, as quais foram analisadas, tendo-se concluído o seguinte: a maioria dos comentários diz respeito à sensação de repetição das afirmações de algumas escalas. Esta situação pode dever-se ao facto de se ter transformado as afirmações que, no original em inglês, estavam em sentido negativo, para sentido positivo, uma vez que a tradução em sentido negativo dificultava a compreensão. E, entre ter uma desvantagem relacionada com repetição ou com compreensão, considerou-se menos grave a primeira, tendo-se mantido as afirmações em sentido positivo.

Foi sugerida a inclusão de doenças alimentares (intolerâncias), e a possibilidade de participação em cursos de formação na questão sobre fontes de informação, as quais foram seguidas. Algumas sugestões técnicas sobre a programação do questionário, bem como outras de ordem linguística foram igualmente consideradas. A versão final do questionário ficou assim terminada (Anexo B).

A fase de pré-teste revelou-se de grande utilidade, no sentido em que permitiu diagnosticar e identificar algumas lacunas no questionário e introduzir as correções necessárias para as ultrapassar, atingindo uma melhor qualidade.

Os dados foram analisados em SPSS versão 22 e aqui calculados os Alpha de Cronbach das escalas utilizadas para se aferir a sua fiabilidade, tendo os testes apresentado boas qualidades psicométricas, como se pode verificar no quadro 4.4.

Quadro 4.4. Alpha de Cronbach das escalas avaliadas em pré-teste

Escala	Alpha Cronbach	Nº itens
Envolvimento com nutrição (Bell e Marshall, 2003)	0,834	9
Valor da saúde (Gebhardt <i>et.al</i> , 2001)	0,878	6
Preocupação com aparência física (Netemeyer <i>et.al</i> , 1995)	0,920	5
Prazer na alimentação (Roininen <i>et.al</i> , 1999)	0,628	3
Consciência da saúde (Visschers <i>et.al</i> , 2013)	0,815	4
Interesse em informação nutricional (Visschers <i>et.al</i> , 2013)	0,777	2
Consulta de tabelas nutricionais (Visschers <i>et.al</i> , 2013)	0,939	4

4.7. Universo, Método de Amostragem e Decisão sobre Amostra

A definição de universo e amostra é crucial em investigação, uma vez que implica identificar os indivíduos que podem dar resposta às questões em estudo, viabilizando, através dos dados deles obtidos, a confirmação ou refutação das hipóteses estabelecidas.

Como referido anteriormente, o tema da nutrição tem sido amplamente divulgado nos meios de comunicação social, internet e redes sociais, constituindo um assunto de interesse geral e, portanto, não definindo restrições de caracterização do universo a considerar.

O universo a estudar, representando o conjunto de casos que se pretende analisar (Hill e Hill, 2000) constitui a população portuguesa, maior de 18 anos. Este limite de idade apresenta um critério principal que se prende com alguma maturidade que os indivíduos deverão ter sobre o tema da nutrição, de forma a permitir a captação da sua posição

peçoal relativamente a ele. Paralelamente, as investigaçoes estudadas sobre o tema da nutrição consideram, em geral, amostras a partir desta idade (Steptoe *et.al*, 1995; Bell e Marshall considera a partir de 19; Sarmugam e Worsley, 2015).

Uma questáo que influencia a decisáo sobre amostragem, e que a alavanca, diz respeito à opção de se aplicar o questionário através da internet, a qual se relaciona com as vantagens de conveniência e ausência de custos associadas, bem como com a ampla utilização que esta abordagem tem tido na investigação em ciências sociais, e particularmente no campo de estudo do envolvimento com nutrição, concretamente as investigaçoes de Somers *et.al* (2014), de Sarmugam e Worsley (2015) e o Estudo III de Schwarzer *et.al* (2007).

Em Portugal, a taxa de penetração da internet é de 65.4% (Marktest, 2015), e 57.2% dos lares portugueses têm acesso à internet (OberCom, 2014), indicadores encorajadores para realizar investigação através deste meio, já que apresenta uma taxa que se aproxima dos países com mais alta penetração. No entanto, é necessário acautelar que este acesso não é generalizado, antes existindo diferenciação segundo o perfil dos indivíduos, tanto em idade, decaindo drasticamente com o seu aumento, bem como em escolaridade, aumentando proporcionalmente (OberCom, 2014) e ainda em atividade profissional e classe social, uma vez que a penetração atinge os 100% entre os quadros médios e superiores e os estudantes e supera os 99% nos indivíduos da classe social alta, mas não excede os 26% entre os indivíduos da classe baixa, os reformados e as domésticas (Markest, 2015).

Neste contexto, a amostra define-se como sendo de conveniência, considerando algumas limitações que este tipo de estratégia apresenta, nomeadamente, o facto de, em rigor, os resultados e as conclusões serem apenas aplicável à amostra, não podendo ser extrapolados (Hill e Hill, 2000), impedindo assim a generalização (Bryman, 2012).

A amostra é, então, constituída por portugueses, residentes em Portugal, maiores de 18 anos com acesso a internet. Apesar das limitações descritas, consideram-se reunidas boas condições para prosseguir a investigação para a fase de trabalho de campo, garantindo a sua qualidade.

4.8. Procedimentos Utilizados na Recolha de Dados

O questionário foi distribuído através de email e redes sociais durante o período de 21 de Setembro a 17 de Outubro de 2017, tendo gerado um total de 1329 respostas, das quais foram validadas 1166, devido ao facto de as restantes estarem incompletas.

4.9. Procedimentos Estatísticos Realizados

A análise dos dados foi realizada em *SPSS Statistics*, versão 22, com dois objetivos prioritários: em primeiro lugar, descrever as respostas dos inquiridos relativamente a cada dimensão e indicadores em estudo; em segundo lugar, mas não menos importante, explicar as relações entre as dimensões presentes no modelo teórico que permitirão confirmar ou infirmar as hipóteses enunciadas e dar resposta às questões de investigação.

Uma vez que as escalas não tinham sido aplicadas em Portugal, seguiu-se, para todas elas, o seguinte procedimento: avaliou-se a sua dimensionalidade, através de Análise Exploratória de Componentes Principais (ACP). Nos casos em que a escala evidencia a existência de subescalas, repetiu-se a ACP mas desta vez com rotação *varimax* de forma a identificarem-se as componentes na matriz de componentes com rotação. De seguida, realizou-se nova ACP com os fatores revelados, com o objetivo de se estudar a variável em escala, a qual se apresenta em valores standardizados. Para as restantes análises, bem como para todas as dimensões em estudo, agregaram-se os indicadores em índice.

Com o objetivo de caracterizar os níveis de envolvimento, Bell e Marshall (2003) dividiram a amostra em quartis, integrando aproximadamente 33% de indivíduos em cada grupo, definindo-se que o mais baixo inclui os indivíduos de baixo envolvimento e o mais alto os indivíduos de alto envolvimento, alegando que este procedimento reflete melhor as diferenças entre os grupos do que uma divisão baseada na mediana. Neste trabalho, considerou-se mais adequado utilizar a última ACP que agrega as duas componentes (em valores standardizados²⁶), e tricotomizou-se a amostra com base nos valores de média, agregando no primeiro grupo os indivíduos que se posicionam até ao valor de média de

²⁶ A variável standardizada tem média 0 e desvio padrão 1.

-0,4999, representando o Envolvimento Baixo, no segundo grupo os inquiridos cuja média se situa entre os valores -0,5 e 0,5, tendo Envolvimento Moderado e num terceiro grupo os que se posicionam acima de 0,50001, podendo assumir-se que têm Envolvimento Elevado. Este procedimento permite avaliar o peso de cada nível de envolvimento e a sua caracterização sociodemográfica, bem como a importância que cada nível atribui a todos os constructos em estudo, a ser apresentada ao longo do capítulo da Análise de Resultados.

Para todas as escalas calcularam-se as medidas estatísticas e os *Alpha de Cronbach* que avaliam a consistência interna dos itens nelas incluídos, *i.e.*, a sua fiabilidade.

As comparações de médias entre grupos foram realizadas recorrendo-se a testes *t* ou análise de variância (ANOVA), conforme se compararam médias entre dois ou mais grupos, respetivamente. Para todos os testes realizados, avaliou-se o pressuposto de homogeneidade das variâncias de cada distribuição²⁷. Nos casos em que se confirma o pressuposto, prosseguiu-se para a realização dos testes paramétricos. Nas situações em que a homocedasticidade não se verifica, ela apenas pode ter impacto no estudo das seguintes três variáveis, pelo facto de existir um grupo que representa mais do dobro de outro: variável escolaridade, em que o número de indivíduos com ensino superior é mais do dobro dos inquiridos sem ensino superior; variável distrito de residência, já que os sujeitos residentes em Lisboa são também mais do dobro dos que residem fora de Lisboa; variável dimensão do agregado, porque o número de inquiridos em agregados com 2, 3 e 4 pessoas é mais do dobro do número de respondentes em agregados com 5 pessoas, verificando-se que os *designs* não são balanceados nestas três variáveis (Maroco, 2007). Nestas situações, procedeu-se a testes não paramétricos, nomeadamente Mann-Whitney, para as variáveis escolaridade e distrito e Kruskal-Wallis para a variável dimensão do agregado familiar.

²⁷ O pressuposto de normalidade não necessita de verificação, uma vez que todas as amostras são grandes, ou seja, superiores a 30. Nos casos em que a distribuição não é normal, pode evocar-se o teorema do limite central que teoriza que a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal à medida que a dimensão da amostra aumenta. Por outro lado, os testes paramétricos utilizados, o teste *t* e análise de variância (ANOVA), são robustos à violação do pressuposto de normalidade, mesmo quando as distribuições em estudo apresentam enviesamento e/ou achatamento (Maroco, 2007: p.58; p.138).

Sublinha-se ainda que o número de inquiridos não é apresentado em nenhuma análise estatística, uma vez que o questionário foi programado com respostas obrigatórias, totalizando sempre 1166.

De forma a equilibrar a representação de alguns grupos sociodemográficos, simplificar a análise dos dados e a interpretação dos resultados, decidiu proceder-se à agregação de vários grupos, a saber: os escalões etários passaram a três, integrando os intervalos 18-39 anos, 40-54 e com 54 anos ou mais; a variável estado civil inclui apenas dois grupos: casados (agregados aos indivíduos em união de facto) e solteiros (associados a separados ou divorciados e viúvos); a variável grau de escolaridade distingue os indivíduos sem ensino superior (até 12º ano) e com ensino superior (1º a 3º ciclos superior); o rendimento passa a incluir três grupos: até 2000€, entre 2001-3000€, mais de 3001€; a variável geográfica diferencia apenas os indivíduos residentes no distrito de Lisboa e fora dele.

Com o intuito de se estudar as doenças num todo, criou-se uma nova variável com a contagem de todas as doenças reportadas.

A análise de regressão linear, sendo utilizada para modelar relações entre variáveis, predizendo o valor de uma variável dependente (Maroco, 2007), revela-se adequada ao trabalho de análise da presente investigação, uma vez que o modelo teórico pretende explicar o “Envolvimento com nutrição” a partir dos preditores motivações de saúde, de aparência física e prazer bem como o seu impacto no “Interesse em informação sobre nutrição”.

Tendo-se avaliado e confirmado os pressupostos²⁸ de adequabilidade da regressão múltipla, utilizou-se o método *Enter* e avaliou-se a relação modelar entre a variável dependente “Envolvimento com nutrição” e as motivações subjacentes “Valor da saúde, “Preocupação com aparência física” e “Prazer na alimentação”.

²⁸ Os seis pressupostos da regressão múltipla consistem na (1) linearidade do fenómeno em estudo, (2) inexistência de multicolinearidade, (3) em variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo, (4) na variância constante das variáveis aleatórias residuais, (5) na independência das variáveis aleatórias residuais e (6) na distribuição normal das variáveis aleatórias residuais.

Numa segunda fase, utilizou-se o mesmo método para avaliar a relação modelar entre o “Envolvimento com nutrição” e as escalas e o indicador que medem o Interesse em informação sobre nutrição.

Capítulo V. Análise de Resultados

Olhe para as estatísticas em câmara lenta, que se vê melhor.

Ricardo Araújo Pereira

5.1. Introdução

O estudo do “Envolvimento com nutrição”, suas motivações e sua relação com o “Interesse em informação sobre nutrição” constituem, recorda-se, as questões centrais para as quais se procura compreensão e respostas.

5.2. Fiabilidade das Escalas Utilizadas

No sentido de avaliar a fiabilidade e consistência interna das escalas, calculou-se o *Alpha de Cronbach* que revelou, para todas elas, fiabilidade aceitável²⁹ (Murphy e Davidshofer, 2005), conforme se pode verificar no Quadro 5.1.

Apesar de os itens para avaliar a importância atribuída a campanhas de informação pública sobre nutrição terem sido integrados com a intenção de serem estudados como variáveis, revelaram poder constituir uma escala, tendo apresentado um *Alpha de Cronbach* aceitável (0,875), permitindo assim o estudo dos três indicadores através da dimensão respetiva, medindo a importância que se atribui à existência de campanhas de informação pública em nutrição e denominada “Importância das Campanhas”.

²⁹ Recorda-se que segundo Murphy e Davidshofer (2005: 150), os níveis de fiabilidade podem ser assim interpretados: <0,6-0,7 – inaceitável a baixa; 0,7-0,8 – baixa a moderada; 0,8-0,9 – moderada a elevada; >0,9 – elevada.

Quadro 5.1. Medidas estatísticas das escalas estudadas

Escola	Média	Desvio padrão	Alpha Cronbach	Nº indicadores
Envolvimento com nutrição	4,05	0,79	0,830	9
Valor da saúde	4,39	0,82	0,898	6
Preocupação com aparência física	4,23	0,77	0,882	5
Prazer na alimentação	4,33	0,73	0,758	3
Consciência da saúde	4,57	0,76	0,789	4
Interesse em informação nutricional	4,56	0,83	0,827	3
Importância das campanhas	4,62	0,84	0,875	3
Consulta de tabelas nutricionais	3,70	1,28	0,929	4

5.3. Caracterização da Amostra

O conjunto dos 1166 inquiridos caracteriza-se por ser constituído por uma maioria de indivíduos do sexo feminino (63,9%) e 36,1% do masculino; 42,2% dos entrevistados tem entre 40 e 54 anos, 31,8% entre 18 e 39 anos e 26% tem idade superior a 54 anos; 60% são casados e 40% solteiros; uma grande maioria (83,7%) tem ensino superior e 15,9% não tem; 35% auferem rendimentos mensais líquidos do escalão mais baixo (até 2000€), 24,4% tem rendimentos do escalão intermédio (entre 2001 e 3000€) e 33,3% mais de 3001€; 23,2% reside fora do distrito de Lisboa e a maioria (76,8%) no distrito de Lisboa; 14,2% vive sozinho, 25,8% em agregados de 2 pessoas, 24,4% de 3 pessoas, 24,0% de 4 pessoas e a minoria (11,7%) em agregados de 5 ou mais pessoas, como se pode observar no Quadro 5.2³⁰.

Quadro 5.2. Caracterização da amostra (Frequências e percentagens)

		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	745	63,9
	Masculino	421	36,1
Idade	18-39	371	31,8
	40-54	492	42,2
	+ de 54	303	26,0
Estado civil	Solteiro	466	40,0
	Casado	700	60,0

³⁰ A caracterização da amostra antes da recodificação dos grupos consta no Anexo C.

(cont.)

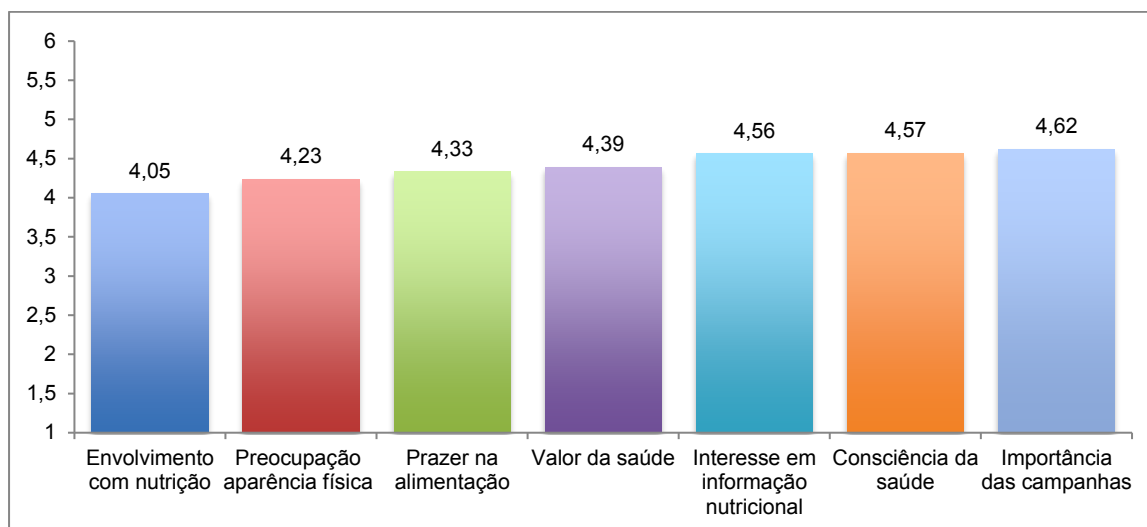
		Frequência	Porcentagem
Escolaridade	Sem ensino superior	185	15,9
	Com ensino superior	976	83,7
	Ns/ Nr	5	0,4
Rendimento	Até 2000€	408	35,0
	2001-3000€	285	24,4
	+ de 3001€	377	32,3
	Ns/Nr	96	8,2
Distrito	Fora Lisboa	270	23,2
	Lisboa	896	76,8
Dimensão agregado familiar	1	165	14,2
	2	301	25,8
	3	284	24,4
	4	280	24,0
	5 ou+	136	11,7

5.4. Valorização das Dimensões em Estudo

Os entrevistados apresentam acordo geral relativamente às afirmações que compõem as dimensões em estudo, concluindo-se que revelam, por ordem crescente das médias obtidas, “Envolvimento com nutrição”, “Preocupação com aparência física”, valorizam o “Prazer na alimentação”, reconhecem o “Valor da saúde”, têm “Interesse em informação nutricional”, indicam ter consciência da relação entre saúde e alimentação (“Consciência da saúde”) e consideram importante a existência de campanhas de informação sobre alimentação saudável (“Importância das campanhas”). Deve, no entanto, observar-se que a valorização média das dimensões em estudo é relativamente nivelada, situando-se entre o valor mínimo de 4,05 e o máximo de 4,62.

Destacam-se assim as dimensões “Importância das campanhas”, “Consciência da saúde” e “Interesse em informação nutricional” como as mais valorizadas pelos inquiridos. A dimensão a que se atribui menos importância é o “Envolvimento com nutrição”, como se pode observar na Figura 5.1.

Figura 5.1. Valorização dos temas estudados (médias)



Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

5.5. Envolvimento com Nutrição

A análise das respostas aos indicadores que compõem a dimensão “Envolvimento com nutrição” indica que os inquiridos estão envolvidos com o tema da nutrição (Quadro 5.3.). O indicador “Quando como fora, costumo dar importância e comentar o sabor da comida” é o mais valorizado pelos indivíduos.

Quadro 5.3. Medidas estatísticas dos indicadores e da dimensão “Envolvimento com nutrição”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Costumo pensar muito em comida.	3,99	1,17
Cozinhar é divertido.	4,16	1,22
Gosto de falar sobre o que comi e sobre o que vou comer.	3,86	1,14
As minhas escolhas alimentares são muito importantes, quando comparadas com outras decisões que tenho que tomar.	3,81	1,05
Quando viajo, a comida local ou típica é das coisas por que mais anseio.	3,90	1,20
Gosto de cozinhar para os outros e para mim.	3,98	1,37
Quando como fora, costumo dar importância e comentar o sabor da comida.	4,52	0,94
Gosto de manusear ou preparar comida.	3,98	1,29
Sou eu que faço todas ou quase todas as compras de alimentação.	4,24	1,46
Envolvimento com nutrição	4,05	0,79

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

A dimensão “Envolvimento com nutrição” aplicada a esta amostra revelou, em Análise de Componentes Principais (ACP), a existência de duas componentes: uma relacionada com o Prazer de Cozinhar e uma segunda associada à Importância da Nutrição (KMO = 0,845³¹; Teste de esfericidade de Bartlett: $\chi^2(36) = 4844,984$; $p < 0,001$, resultados que indicam boa adequabilidade da ACP), explicando 60,54% da variância total, como se pode observar no quadro 5.4.

Quadro 5.4. “Envolvimento com nutrição”
(Análise de Componentes Principais com rotação *Varimax*)

Indicadores	Componentes	
	Prazer de cozinhar	Importância da Nutrição
Gosto de cozinhar para os outros e para mim.	0,901	0,243
Gosto de manusear ou preparar comida.	0,900	0,248
Cozinhar é divertido.	0,879	0,216
Sou eu que faço todas ou quase todas as compras de alimentação	0,465	0,074
Costumo pensar muito em comida.	0,048	0,761
Gosto de falar sobre o que comi e sobre o que vou comer.	0,257	0,769
Quando viajo, a comida local ou típica é das coisas por que mais anseio.	0,154	0,704
Quando como fora, costumo dar importância e comentar o sabor da comida.	0,255	0,683
As minhas escolhas alimentares são muito importantes, quando comparadas com outras decisões que tenho que tomar.	0,166	0,591
Variância explicada (%)	31,055	29,486

Sobre a componente Prazer de Cozinhar da dimensão “Envolvimento com nutrição” destaca-se que os grupos que mais a valorizam são o sexo feminino, o grupo etário mais novo, os solteiros, os indivíduos sem ensino superior, de rendimentos mais baixos, em agregados de uma e duas pessoas, e residentes fora de Lisboa. Os testes t e ANOVA indicam que apenas o sexo ($t=4,448$), a idade ($F=4,674$, somente entre os mais velhos e os mais novos) e o rendimento ($F=6,605$, apenas entre os escalões mais baixo e mais alto) apresentam diferenças estatisticamente significativas, como apresentado no Quadro 5.5.

³¹ Segundo Maroco (2007: 368), os resultados da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indicam a seguinte adequabilidade da ACP: 1-0,9 – excelente; 0,8-0,9 – boa; 0,7-0,8 – média; 0,6-0,7 – medíocre; 0,5-0,6 – má; <0,5 – inaceitável.

Quadro 5.5. Prazer de Cozinhar segundo os grupos sociodemográficos (médias)

		Fator Prazer de Cozinhar	
		Média	Desvio Padrão
Sexo***	Feminino	4,20	1,05
	Masculino	3,90	1,11
Idade*	18-39	4,19	1,08
	40-54	4,11	1,08
	+ de 54	3,94	1,07
Estado civil	Solteiro	4,13	1,07
	Casado	4,06	1,09
Escolaridade	Sem ensino superior	4,11	1,07
	Com ensino superior	4,09	1,09
Rendimento**	Até 2000€	4,24	1,03
	2001-3000€	4,08	1,07
	+ de 3001€	3,96	1,11
Distrito	Fora Lisboa	4,15	1,12
	Lisboa	4,07	1,07
Dimensão agregado familiar	1	4,26	1,10
	2	4,17	1,07
	3	4,07	1,09
	4	3,97	1,05
	5 ou mais	4,02	1,13
Componente Prazer de cozinhar		4,09	1,08

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Relativamente à componente Importância da Nutrição, salientam-se os seguintes grupos como os que atribuem mais importância à nutrição: as mulheres, o escalão etário mais novo, os inquiridos com ensino superior, indivíduos com rendimentos mais baixos, residentes fora de Lisboa e em agregados de 2, 4 e 5 pessoas, como se pode observar no Quadro 5.6. Apenas a variável idade ($F=54,442$) discrimina esta componente, apresentando diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos.

Quadro 5.6. Importância da nutrição segundo os grupos sociodemográficos (médias)

		Fator Importância da Nutrição	
		Média	Desvio Padrão
Sexo	Feminino	4,05	0,78
	Masculino	3,96	0,83
Idade***	18-39	4,31	0,76
	40-54	4,00	0,78
	+ de 54	3,69	0,75
Estado civil	Solteiro	4,02	0,81
	Casado	4,02	0,79

(cont)

		Fator Importância da Nutrição	
		Média	Desvio Padrão
Escolaridade	Sem ensino superior	3,99	0,76
	Com ensino superior	4,03	0,81
Rendimento	Até 2000€	4,07	0,77
	2001-3000€	4,01	0,81
	+ de 3001€	3,98	0,79
Distrito	Fora Lisboa	4,06	0,78
	Lisboa	4,01	0,80
Dimensão agregado familiar	1	3,95	0,76
	2	4,05	0,79
	3	3,97	0,80
	4	4,06	0,80
	5 ou mais	4,05	0,86
Componente Importância da Nutrição		4,01	0,80

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Importa registar que a média atribuída ao prazer de cozinhar é um pouco superior à da Importância da Nutrição, concluindo-se que os inquiridos valorizam mais a primeira vertente. Por outro lado, deve também notar-se que existem algumas discrepâncias entre os grupos que valorizam o prazer de cozinhar e os que atribuem importância à nutrição, nomeadamente entre o nível de escolaridade (já que os que não têm ensino superior valorizam mais o prazer de cozinhar e os que têm ensino superior atribuem mais importância à nutrição), e entre a dimensão do agregado (por exemplo, os inquiridos que vivem sozinhos valorizam o prazer de cozinhar e não atribuem tanta importância à nutrição).

Relativamente à escala que mede o nível de “Envolvimento com nutrição”, os entrevistados revelam estar envolvidos com o tema da nutrição (média=4,05), como se apresenta no quadro 5.7.

Caracterizando o “Envolvimento com nutrição” segundo as variáveis sociodemográficas, verifica-se que as mulheres têm mais “Envolvimento com nutrição” do que os homens, que ele diminui com o aumento da idade, que os solteiros apresentam mais “Envolvimento com nutrição” do que os casados, estes, apenas com uma ligeira diferença de médias; os indivíduos com ensino superior são mais envolvidos com o tema da nutrição do que os que não o têm, também com diferenças mínimas; o envolvimento diminui com o aumento de rendimento, é mais alto entre os inquiridos que residem fora de Lisboa do que entre os que vivem em Lisboa e entre os entrevistados em agregados mais pequenos (de

duas e uma pessoas), como exposto no quadro 5.7.

O sexo ($t=3,675$; $p<0,001$) e a idade ($F=28,827$; $p<0,001$), com diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos etários, são as únicas variáveis sociodemográficas que discriminam o “Envolvimento com nutrição”, por serem as únicas que apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 5.7. “Envolvimento com nutrição” segundo os grupos sociodemográficos (médias)

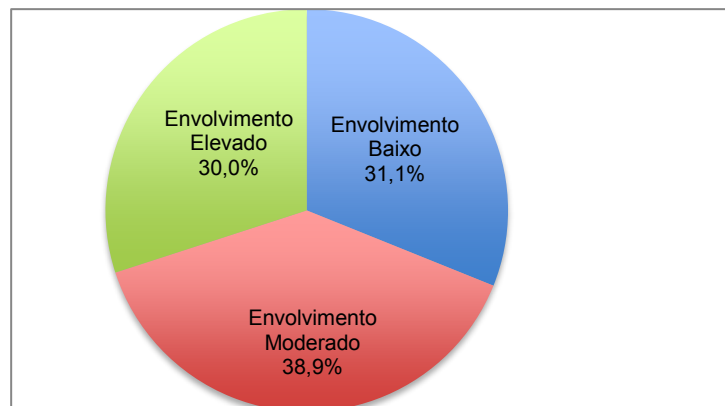
		Envolvimento com nutrição	
		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4.11	0,77
	Masculino	3.94	0,82
Idade***	18-39	4.25	0,77
	40-54	4.05	0,77
	+ de 54	3.80	0,77
Estado civil	Solteiro	4.07	0,79
	Casado	4.04	0,79
Escolaridade	Sem ensino superior	4.04	0,76
	Com ensino superior	4.05	0,80
Rendimento	Até 2000€	4.14	0,75
	2001-3000€	4.04	0,80
	+ de 3001€	3.97	0,79
Distrito	Fora Lisboa	4.10	0,80
	Lisboa	4.04	0,79
Dimensão agregado familiar	1	4.09	0,79
	2	4.10	0,78
	3	4.01	0,79
	4	4.02	0,76
	5 ou mais	4.04	0,87
Envolvimento com nutrição		4,05	0,79

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

O resultado da tricotomização da amostra em Níveis de Envolvimento, como descrito no Capítulo da Abordagem Metodológica, revela que a maioria (aproximadamente 39%) dos inquiridos se considera Moderadamente Envolvido com o tema da nutrição, 31% assume Baixo Envolvimento e 30% Envolvimento Elevado, como se pode verificar na Figura 5.2.

Figura 5.2. Peso dos três Níveis de Envolvimento com nutrição (percentagens)



Ao caracterizar o perfil de cada nível de envolvimento constata-se que praticamente todos os grupos sociodemográficos apresentam, na sua maioria, Envolvimento Moderado. É apenas exceção o grupo etário com idade superior a 54 anos que é maioritariamente de Baixo Envolvimento. Por essa razão, a caracterização que se apresenta baseia-se nas diferenças de representação de cada grupo sociodemográfico nos níveis extremos Baixo Envolvimento e Envolvimento Elevado. Esta caracterização deve ser encarada com reserva, uma vez que a diferença de representatividade de cada grupo sociodemográfico nos três níveis de envolvimento é, na maioria dos casos, ínfima, não permitindo por isso uma identificação rigorosa de cada nível.

Assim, como se pode verificar no Quadro 5.8. o nível Envolvimento Baixo caracteriza-se por ser mais representado por indivíduos do sexo masculino, com idade a partir dos 40 anos, casados, com ensino superior, com rendimentos médios e altos, residentes no distrito de Lisboa, integrados em agregados de qualquer dimensão, exceto nos de dois membros.

O nível Envolvimento Elevado é representado mais por mulheres, pelo grupo etário mais novo, solteiros, sem ensino superior, com escalão de rendimento mais baixo, residentes fora do distrito de Lisboa, habitando em agregados de duas pessoas.

Quadro 5.8. Caracterização dos Níveis de Envolvimento com nutrição segundo os grupos sociodemográficos (percentagens)

		Níveis de “Envolvimento com Nutrição”		
		Envolvimento Baixo	Envolvimento Moderado	Envolvimento Elevado
Sexo	Feminino	28,9	38,9	32,2
	Masculino	35,2	38,7	26,1
Idade	18-39	19,7	42,0	38,3
	40-54	32,5	37,6	29,9
	+ de 54	42,9	37,0	20,1
Estado civil	Solteiro	28,5	41,0	30,5
	Casado	32,9	37,4	29,7
Escolaridade	Sem ensino superior	27,6	43,2	29,2
	Com ensino superior	31,7	38,1	30,2
Rendimento	Até 2000€	26,0	41,7	32,4
	2001-3000€	31,9	38,6	29,5
	+ de 3001€	34,0	38,5	27,6
Distrito	Fora Lisboa	28,5	38,5	33,0
	Lisboa	31,9	39,0	29,1
Dimensão agregado familiar	1	32,7	38,2	29,1
	2	31,2	35,2	33,6
	3	31,0	41,2	27,8
	4	30,0	41,1	28,9
	5 ou mais	31,6	38,2	30,1

5.6. Motivações Subjacentes ao Envolvimento com Nutrição

De forma a compreender as motivações que se relacionam com o “Envolvimento com nutrição”, avaliou-se a importância que os inquiridos atribuem ao “Valor da saúde”, ao “Prazer na alimentação” e à “Preocupação com aparência física”.

5.6.1. O Valor da Saúde como Motivação para o Envolvimento com Nutrição

Os inquiridos revelam que a saúde tem valor para si (média=4,39), como se pode verificar no Quadro 5.9. Os indicadores a que os inquiridos deram mais importância são “Tenho cuidado com a minha saúde” e “Quando algo está mal com a minha saúde, faço tudo o que está ao meu alcance para chegar à raiz do problema”.

Quadro 5.9. Medidas estatísticas dos indicadores e da dimensão “Valor da saúde”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Tenho cuidado com a minha saúde.	4,51	0,95
Não desisto facilmente de tentar melhorar a minha saúde.	4,48	0,98
Estou disposto(a) a fazer sacrifícios diariamente pela minha saúde.	4,20	1,01
O meu objetivo é ser o mais saudável possível.	4,34	1,05
Cuido da minha saúde por uma questão de princípio	4,29	1,01
Quando algo está mal com a minha saúde, faço tudo o que está ao meu alcance para chegar à raiz do problema.	4,51	1,06
Valor da saúde	4,39	0,82

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Analisada a importância atribuída ao “Valor da saúde” por parte dos diversos grupos sociodemográficos, verifica-se que as mulheres, os dois grupos etários mais novos (18-54 anos), os casados, os sujeitos com ensino superior, os inquiridos de rendimento mais baixo, os residentes em Lisboa e os inquiridos em agregados de duas pessoas atribuem mais importância à saúde do que os restantes grupos de comparação (Quadro 5.10). Os testes estatísticos efetuados confirmam que apenas a variável sexo discrimina o “Valor da Saúde”, com diferenças de médias estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($t=4,756$ e $p<0,001$).

Quadro 5.10. “Valor da saúde” segundo os grupos sociodemográficos (médias)

		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,47	0,81
	Masculino	4,24	0,83
Idade	18-39	4,40	0,85
	40-54	4,40	0,84
	+ de 54	4,35	0,76
Estado civil	Solteiro	4,35	0,86
	Casado	4,41	0,80
Escolaridade	Sem ensino superior	4,37	0,88
	Com ensino superior	4,39	0,81
Rendimento	Até 2000€	4,39	0,89
	2001-3000€	4,38	0,78
	+ de 3001€	4,38	0,78
Distrito	Fora Lisboa	4,33	0,83
	Lisboa	4,41	0,82

(cont.)

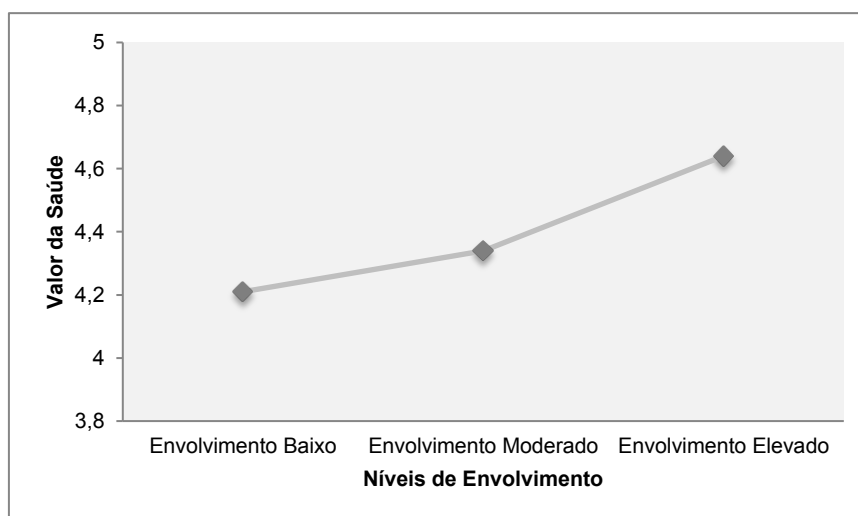
		Média	Desvio padrão
Dimensão agregado familiar	1	4,34	0,85
	2	4,46	0,87
	3	4,40	0,81
	4	4,35	0,77
	5 ou mais	4,32	0,80

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Relativamente à valorização da saúde por parte dos Níveis de Envolvimento com nutrição, assiste-se a um aumento de importância atribuída ao “Valor da saúde” com o aumento de nível de envolvimento (Figura 5.3.), com diferenças estatisticamente significativas ($F=27,910$; $p < 0,001$). O teste Scheffe em Post Hoc revelou que essas diferenças são apenas estatisticamente significativas entre os inquiridos de Envolvimento Elevado e os restantes dois grupos.

Figura 5.3. “Valor da saúde” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



Para se compreender a importância dos fatores prevenção e doença e a sua relação com a motivação saúde analisaram-se as respostas dos inquiridos relativamente à dimensão “Consciência da saúde” bem como o conjunto de doenças reportadas.

Relativamente à dimensão “Consciência da saúde”, observa-se que os inquiridos têm consciência da relação entre saúde e escolhas alimentares (Quadro 5.11.). “A minha saúde

depende da forma como me alimento e do que como” é o indicador mais valorizado pelos entrevistados.

Quadro 5.11. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Consciência da saúde”

Indicadores	Média	Desvio padrão
A minha saúde depende da forma como me alimento e do que como.	4,63	0,68
Estou preparado(a) para abdicar de comer muitas coisas para fazer uma alimentação saudável.	4,05	1,01
Acho que é importante fazer uma alimentação saudável.	5,07	0,88
Quem faz uma alimentação saudável fica doente com menos frequência.	4,54	1,01
Consciência da saúde	4,57	0,76

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Caracterizando os grupos sociodemográficos que evidenciam maior consciência entre saúde e alimentação, sublinham-se os seguintes: as mulheres, o grupo etário mais novo, os indivíduos sem ensino superior, os inquiridos de rendimento mais baixo, os sujeitos que vivem no distrito de Lisboa, em agregados de 5 ou mais pessoas (Quadro 5.12.). Os testes de comparação de médias revelam que apenas as variáveis sexo ($t=4,194$; $p<0,001$) e idade ($F=11,305$; $p<0,001$, mas apenas entre o grupo etário com idade superior a 54 anos e os restantes dois grupos) discriminam a “Consciência da saúde”, pelo facto de serem as únicas que apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 5.12. “Consciência da saúde” segundo os grupos sociodemográficas (médias)

		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,64	0,73
	Masculino	4,45	0,79
Idade***	18-39	4,68	0,71
	40-54	4,59	0,74
	+ de 54	4,40	0,80
Estado civil	Solteiro	4,57	0,79
	Casado	4,57	0,74
Escolaridade	Sem ensino superior	4,59	0,76
	Com ensino superior	4,57	0,76
Rendimento	Até 2000€	4,61	0,79
	2001-3000€	4,58	0,73
	+ de 3001€	4,53	0,74
Distrito	Fora Lisboa	4,56	0,74
	Lisboa	4,57	0,76

(cont.)

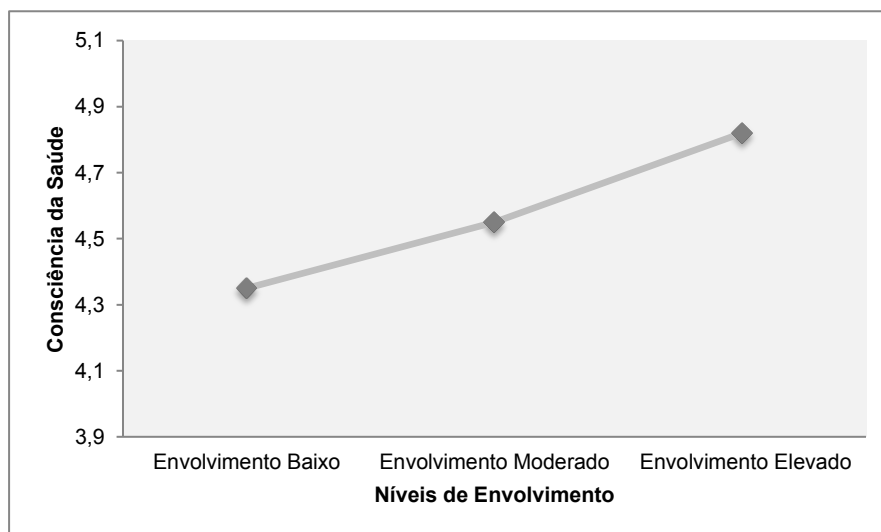
		Média	Desvio padrão
Dimensão agregado familiar	1	4,49	0,83
	2	4,61	0,75
	3	4,58	0,75
	4	4,54	0,71
	5 ou mais	4,64	0,77

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

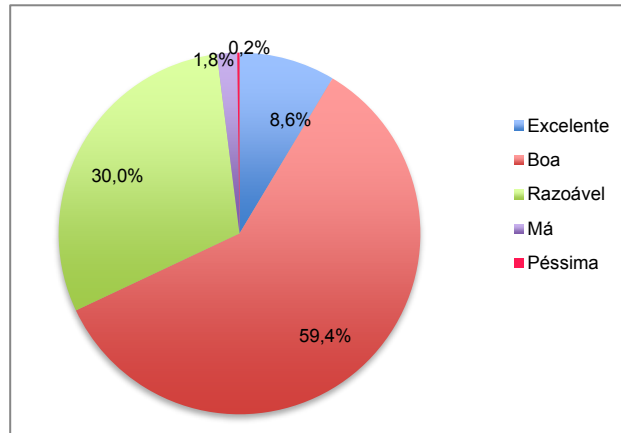
Os resultados permitem ainda concluir que ao aumento de “Envolvimento com nutrição” corresponde um aumento de “Consciência da saúde” por parte dos indivíduos, revelando consciência sobre a relação entre saúde e alimentação (Figura 5.4.), diferenças essas estatisticamente significativas ($F=35,534$; $p < 0,001$), confirmadas com teste Scheffe em Post-Hoc ($p < 0,01$), entre todos os Níveis de Envolvimento.

Figura 5.4. “Consciência da saúde” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



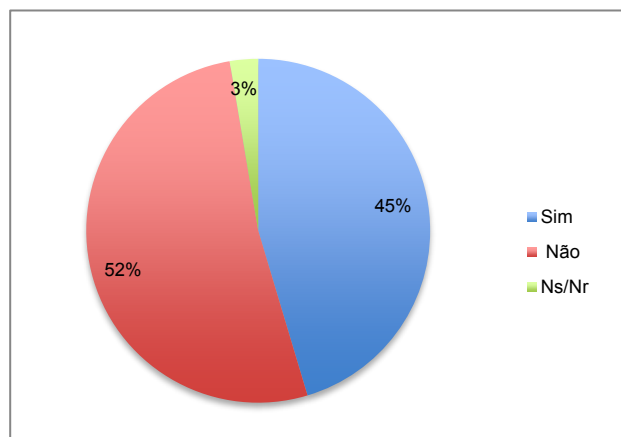
Tendo sido pedido aos entrevistados que avaliassem a sua saúde, destaca-se que a maioria dos inquiridos considera ter uma boa saúde (59,4%), razoável (30%) ou excelente (8,6%) e uma minoria afirma ter má (1,8%) ou péssima (0,2%) saúde (Figura 5.5).

Figura 5.5. Autoavaliação da saúde (percentagens)



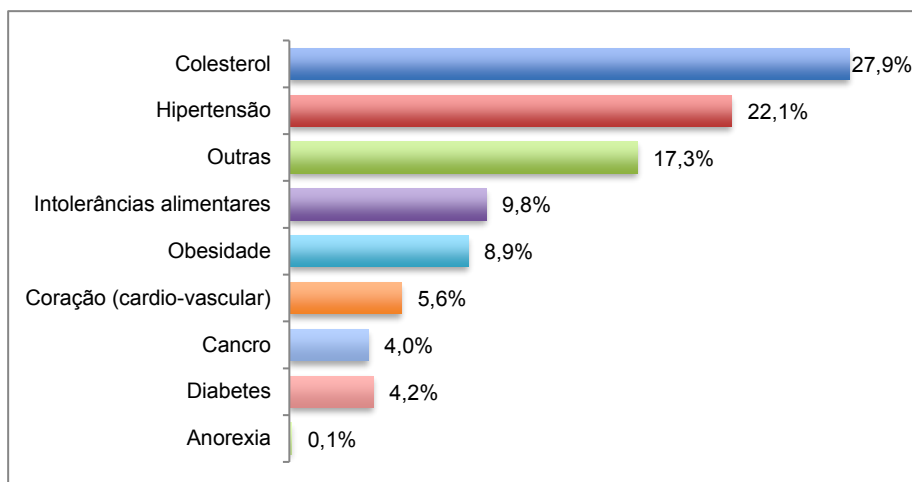
Efetivamente, 52% dos indivíduos reporta não ter doença diagnosticada pelo médico, como se pode observar na Figura 5.6.

Figura 5.6. Indivíduos com e sem doença (percentagens)



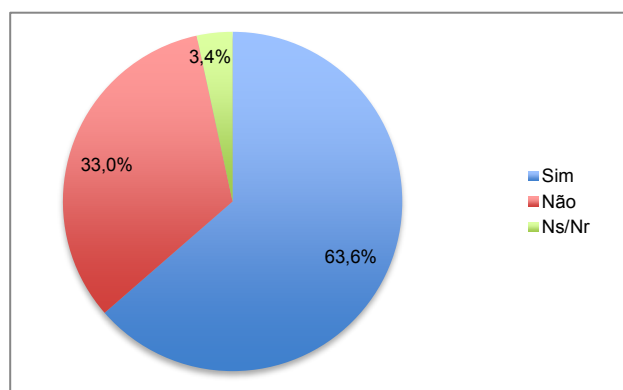
Dos inquiridos que indicam doenças, o colesterol (27,9%), a hipertensão (22,1%) e outras doenças (17,3%) são as mais referidas, sendo cancro (4,0%) e anorexia (0,1%) as menos reportadas, como se pode observar na Figura seguinte.

Figura 5.7. Peso das doenças referidas (percentagens)



E dos entrevistados que indicam doenças, 63,6% afirma que essas doenças afetam as suas escolhas alimentares (Figura 5.8.).

Figura 5.8. Casos em que as doenças afectam as escolhas alimentares (percentagens)



5.6.2. A Preocupação com a Aparência Física como Motivação para o Envolvimento com Nutrição

A aparência física constitui igualmente um tema ao qual os inquiridos atribuem importância (média=4,23), sendo o indicador “É importante ter uma boa aparência” o mais valorizado pelos inquiridos.

Quadro 5.13. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Preocupação com aparência física”

Indicadores	Média	Desvio padrão
A minha aparência é muito importante para mim.	4,32	0,89
Preocupo-me muito com a minha aparência.	4,09	0,99
Sentir-me-ia envergonhado(a) se saísse de casa sem estar bem arranjado(a).	3,86	1,07
Vale a pena ter uma boa aparência / estar bem arranjado(a).	4,43	0,85
É importante ter uma boa aparência.	4,44	0,85
Preocupação com aparência física	4,23	0,77

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Os grupos sociodemográficos que revelam mais “Preocupação com a aparência física” são as mulheres, os indivíduos dos dois escalões etários mais novos, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos (efetivamente, é o escalão etário mais velho que atribui menos importância), os solteiros, indivíduos sem ensino superior, os sujeitos com rendimentos mais altos, os entrevistados residentes no distrito de Lisboa e em lares com três pessoas (Quadro 5.14). Destacam-se as variáveis sexo ($t=5,079$; $p<0,001$), idade ($F=4,110$; $p<0,05$), mas apenas entre o escalão etário mais velho e os restantes dois, e distrito de residência ($t=-2,297$; $p<0,05$) como as que discriminam a importância atribuída à aparência física, com diferenças estatisticamente significativas relativamente aos seus grupos de comparação.

Quadro 5.14. “Preocupação com a aparência física” segundo as variáveis sociodemográficas (médias)

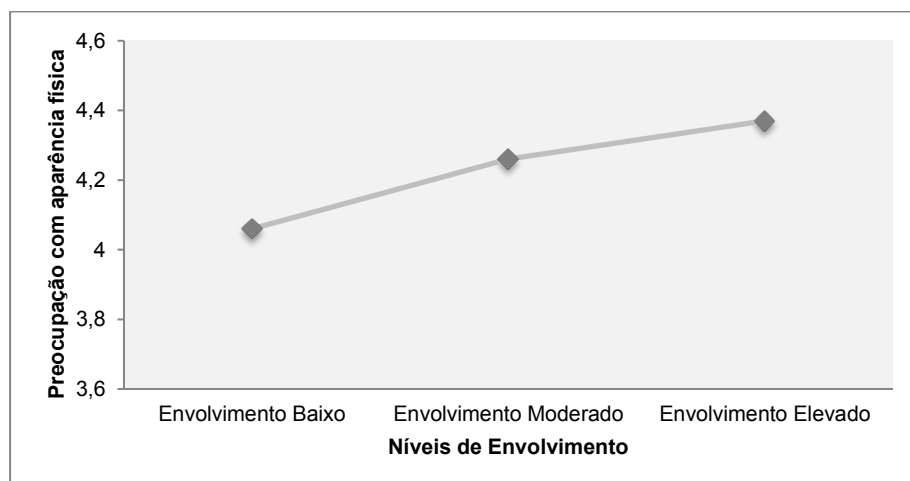
		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,31	0,78
	Masculino	4,08	0,73
Idade*	18-39	4,27	0,77
	40-54	4,27	0,76
	+ de 54	4,12	0,78
Estado civil	Solteiro	4,24	0,79
	Casado	4,22	0,76
Escolaridade	Sem ensino superior	4,26	0,82
	Com ensino superior	4,22	0,76
Rendimento	Até 2000€	4,19	0,78
	2001-3000€	4,21	0,75
	+ de 3001€	4,27	0,76
Distrito*	Fora Lisboa	4,13	0,76
	Lisboa	4,26	0,77
Dimensão agregado familiar	1	4,16	0,79
	2	4,21	0,78
	3	4,28	0,79
	4	4,23	0,70
	5 ou mais	4,24	0,81

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Constata-se ainda que a “Preocupação com aparência física” aumenta nos níveis mais altos de “Envolvimento com nutrição”. Contudo, essas diferenças apenas são estatisticamente significativas entre o grupo de Envolvimento Baixo e os restantes dois níveis ($F=15,541$, $p < 0,001$).

Figura 5.9. “Preocupação com a aparência física” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



5.6.3. O Prazer na Alimentação como Motivação para o Envolvimento com Nutrição

Os inquiridos indicam que valorizam o “Prazer na alimentação”, destacando o indicador “O aspeto da comida é importante para mim” (Quadro 5.15).

Quadro 5.15. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Prazer na alimentação”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Acho que a comida tem que ser sempre uma fonte de prazer.	4,24	0,97
O aspeto da comida é importante para mim.	4,50	0,83
Quando como, concentro-me em saborear a comida.	4,23	0,88
Prazer na alimentação	4,33	0,73

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Os segmentos que reportam mais “Prazer na alimentação” são as mulheres, o escalão etário 40-54 anos, os casados, os inquiridos sem ensino superior, o grupo de rendimento mais baixo, os entrevistados residentes em Lisboa, em agregados familiares de duas pessoas. Os testes de diferenças de médias revelam que as variáveis sexo ($t=2,892$; $p<0,01$), idade ($F=5,679$; $p<0,01$), mas apenas entre o escalão etário mais velho e os dois mais novos, escolaridade ($t=2,842$; $p<0,01$), rendimento ($F=3,935$; $p<0,01$), somente entre o escalão mais alto e o mais baixo e distrito ($t=2,031$; $p<0,05$) discriminam o “Prazer na alimentação”, com diferenças estatisticamente significativas, como indicado no Quadro 5.16.

Quadro 5.16. Importância do “Prazer na alimentação” segundo os grupos sociodemográficos (médias)

		Média	Desvio padrão
Sexo**	Feminino	4,37	0,73
	Masculino	4,24	0,72
Idade**	18-39	4,36	0,75
	40-54	4,38	0,72
	+ de 54	4,21	0,70
Estado civil	Solteiro	4,30	0,76
	Casado	4,34	0,71
Escolaridade**	Sem ensino superior	4,47	0,75
	Com ensino superior	4,30	0,72

(cont.)

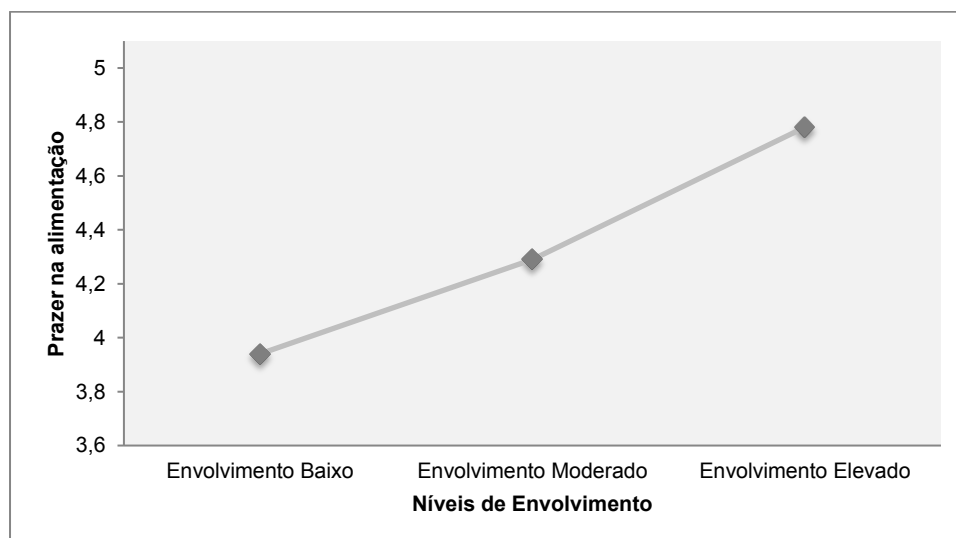
		Média	Desvio padrão
Rendimento**	Até 2000€	4,42	0,77
	2001-3000€	4,32	0,71
	+ de 3001€	4,26	0,69
Distrito*	Fora Lisboa	4,40	0,70
	Lisboa	4,30	0,74
Dimensão agregado familiar	1	4,34	0,74
	2	4,35	0,73
	3	4,33	0,76
	4	4,30	0,70
	5 ou mais	4,31	0,73

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Analisou-se a existência de diferenças do nível de importância de “Prazer na alimentação” entre os três Níveis de Envolvimento com nutrição, tendo-se observado que os indivíduos de Envolvimento Baixo indicam um nível de “Prazer na alimentação” mais baixo do que os restantes (3,94) e que ao nível de Envolvimento Elevado corresponde um nível mais alto de “Prazer na alimentação” (4,78), como se pode observar na Figura 5.10. Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($F=146,839$; $p<0,001$) para todas as comparações entre níveis ($p<0,001$), concluindo-se que o “Prazer na alimentação” é tanto maior quanto mais elevado é o nível de “Envolvimento com nutrição”.

Figura 5.10. “Prazer na alimentação” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



5.7. Interesse em Informação sobre Nutrição e sua Relação com o Envolvimento com Nutrição

Com a intenção de aferir o “Interesse em informação sobre nutrição” por parte dos inquiridos, avaliaram-se os seguintes temas: o indicador “Interesse em informação sobre alimentação”, as dimensões “Interesse em informação nutricional”, “Importância das campanhas” de informação pública, “Consulta de tabelas nutricionais” e os indicadores incluídos nos temas “Informação nutricional de outras fontes” e “Preferência e credibilidade das fontes”, apresentando-se neste subcapítulo os resultados para cada um deles.

Como primeira análise à importância atribuída ao indicador e às dimensões que avaliam o “Interesse em informação sobre nutrição”, pode concluir-se que a “Importância das campanhas” constitui a dimensão mais valorizada pelos entrevistados, seguida do “Interesse em informação nutricional”, sendo a menos valorizada a frequência de “Consulta de tabelas nutricionais”, como se pode verificar no Quadro 5.17.

Quadro 5.17. Importância atribuída ao indicador e escalas de “Interesse em informação sobre nutrição”

Indicador e escalas	Média	Desvio padrão
Interesse em informação sobre alimentação	4,36	0,98
Interesse em informação nutricional	4,56	0,83
Importância das campanhas	4,62	0,84
Consulta tabelas nutricionais	3,98	1,28

5.7.1. Interesse em Informação sobre Alimentação

Tendo sido pedido aos inquiridos que identificassem o seu grau de concordância com a afirmação “Tenho interesse em informação sobre alimentação”, observa-se que o tema é valorizado pelos entrevistados, com uma média de 4,36 (Quadro 5.18.).

O tema reportado de maior interesse é o da alimentação saudável (média=4,07), seguido das receitas saborosas (média=3,93), constituindo as dietas para emagrecer o que

menos interesse desperta e que, com uma média de 2,73, pode concluir-se que não é relevante para os inquiridos, como se pode observar no Quadro 5.18.

Quadro 5.18. Medidas estatísticas dos itens sobre “Temas de interesse em informação sobre alimentação”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Tenho interesse em informação sobre alimentação	4,36	0,98
A informação sobre alimentação que mais me interessa é sobre alimentação saudável	4,07	1,06
A informação sobre alimentação que mais me interessa é sobre dietas para emagrecer	2,73	1,11
A informação sobre alimentação que mais me interessa é sobre receitas saborosas	3,93	1,00

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Os grupos que evidenciam maior “Interesse em informação sobre alimentação” são as mulheres, o grupo dos mais novos, os solteiros, os inquiridos com ensino superior, os sujeitos de rendimentos mais baixos, residentes fora do distrito de Lisboa, em agregados familiares de duas pessoas. Porém, apenas o sexo ($t=4,788$; $p<0,001$) e a idade ($F=3,756$; $p<0,05$), mas somente entre o grupo mais velho e os restantes dois escalões etários, revelam discriminar o “Interesse em informação sobre alimentação”, com diferenças estatisticamente significativas (Quadro 5.19.).

Quadro 5.19. “Interesse em informação sobre alimentação” segundo os grupos sociodemográficos (médias)

		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,46	0,96
	Masculino	4,17	0,99
Idade*	18-39	4,44	1,01
	40-54	4,36	0,98
	+ de 54	4,24	0,93
Estado civil	Solteiro	4,38	1,04
	Casado	4,34	0,94
Escolaridade	Sem ensino superior	4,31	0,94
	Com ensino superior	4,37	0,99
Rendimento	Até 2000€	4,41	0,98
	2001-3000€	4,40	0,92
	+ de 3001€	4,28	0,98
Distrito	Fora Lisboa	4,41	0,96
	Lisboa	4,34	0,99

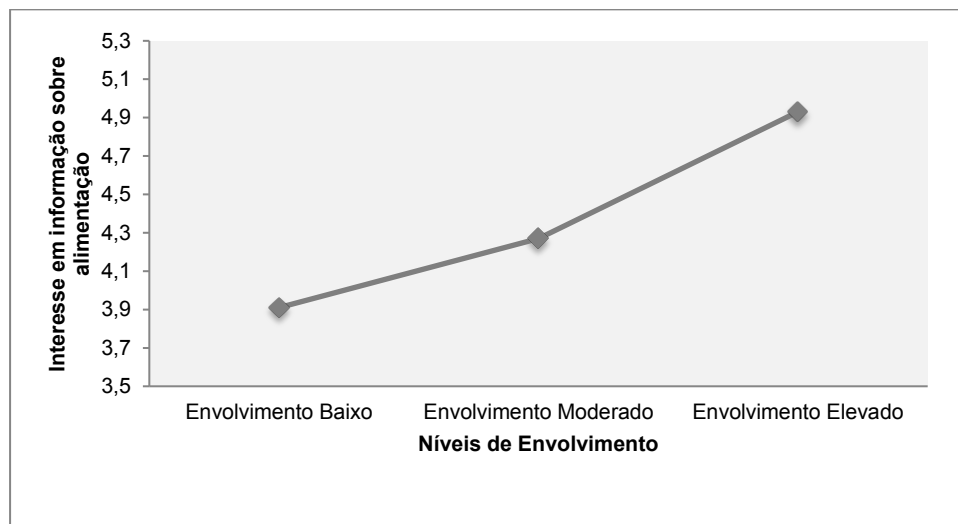
(cont.)

		Média	Desvio padrão
Dimensão	1	4,31	1,01
agregado familiar	2	4,48	0,93
	3	4,34	0,97
	4	4,27	0,94
	5 ou mais	4,36	1,12

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente
 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Por seu lado, os diferentes Níveis de Envolvimento revelam igualmente diferenças no que diz respeito ao seu “Interesse em informação sobre alimentação” (Figura 5.11.), coincidindo com menor interesse por parte dos indivíduos com Envolvimento Baixo (média=3,91) e maior por parte dos inquiridos com Envolvimento Elevado (média=4,93), tendo-se confirmado que estas diferenças são estatisticamente significativas entre todos os grupos ($F=119,707$, $p < 0,001$).

Figura 5.11. “Interesse em informação sobre alimentação” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



O tema informação sobre alimentação saudável, sendo o que mais interesse desperta aos entrevistados em geral, é alvo de maior atenção por parte das mulheres do que dos homens, do escalão etário mais velho, dos solteiros, dos inquiridos sem ensino superior, de rendimentos mais baixos, residentes fora do distrito de Lisboa e em agregados familiares de

duas pessoas. Consta-se que apenas a variável sexo ($t=6,958$; $p<0,001$) apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os seus grupos, discriminando assim o interesse em informação sobre alimentação saudável (Quadro 5.20).

Quadro 5.20. Interesse em informação sobre alimentação saudável segundo os grupos sociodemográficos (médias)

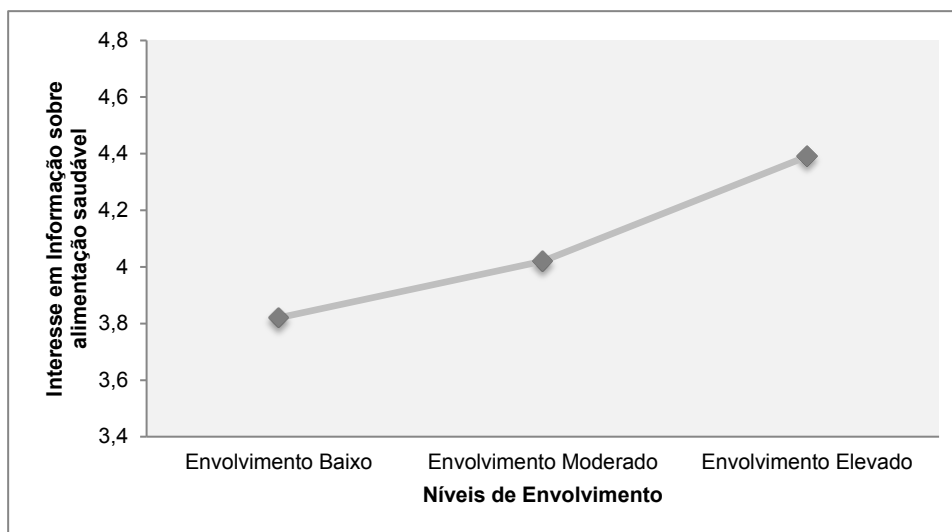
		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,23	1,03
	Masculino	3,78	1,06
Idade	18-39	4,07	1,07
	40-54	4,05	1,07
	+ de 54	4,09	1,04
Estado civil	Solteiro	4,08	1,12
	Casado	4,06	1,02
Escolaridade	Sem ensino superior	4,15	1,15
	Com ensino superior	4,05	1,05
Rendimento	Até 2000€	4,14	1,09
	2001-3000€	4,08	1,02
	+ de 3001€	3,97	1,04
Distrito	Fora Lisboa	4,09	1,05
	Lisboa	4,06	1,07
Dimensão agregado familiar	1	4,10	1,15
	2	4,11	1,06
	3	4,09	1,03
	4	3,95	0,98
	5 ou mais	4,10	1,16

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Observa-se ainda que o tema alimentação saudável é tão mais interessante quanto maior é o nível de “Envolvimento com nutrição” dos sujeitos (Figura 5.12): O grupo de Envolvimento Baixo atribui interesse médio de 3,82, o de Envolvimento Moderado de 4,02 e o de Envolvimento Elevado de 4,39, sendo todas as diferenças entre níveis estatisticamente significativas ($F=27,955$; $p<0,001$).

Figura 5.12. Interesse em informação sobre alimentação saudável segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



Sobre o tema dietas para emagrecer, aquele que, recorda-se, colhe menos interesse por informação da parte dos entrevistados, é mais valorizado pelos seguintes grupos sociodemográficos: mulheres, escalão etário mais velho, casados, sem ensino superior, de rendimentos mais altos, residentes no distrito de Lisboa e em agregados de duas e quatro pessoas. O sexo é a única variável que discrimina o interesse em dietas para emagrecer, pelo facto de apresentar diferenças estatisticamente significativas ($t=7,832$; $p<0,001$), como se pode verificar no Quadro 5.21.

Quadro 5.21. Interesse em informação sobre dietas para emagrecer segundo grupos sociodemográficos (médias)

		Média	Desvio padrão
Sexo*	Feminino	2,92	1,11
	Masculino	2,41	1,01
Idade	18-39	2,69	1,18
	40-54	2,75	1,12
	+ de 54	2,76	0,98
Estado civil	Solteiro	2,70	1,14
	Casado	2,76	1,08
Escolaridade	Sem ensino superior	2,77	1,11
	Com ensino superior	2,73	1,10
Rendimento	Até 2000€	2,70	1,09
	2001-3000€	2,76	1,11
	+ de 3001€	2,78	1,10

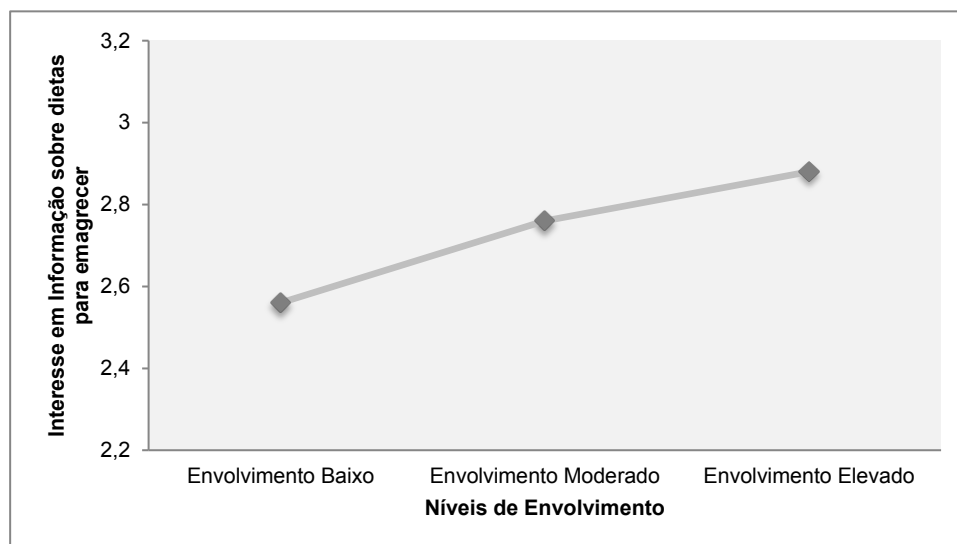
(cont.)

		Média	Desvio padrão
Distrito	Fora Lisboa	2,65	1,12
	Lisboa	2,76	1,10
Dimensão agregado familiar	1	2,67	1,08
	2	2,79	1,12
	3	2,69	1,12
	4	2,79	1,05
	5 ou mais	2,68	1,20

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente
 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

O interesse relativamente ao tema dietas para emagrecer tende a aumentar com o nível de envolvimento, como se pode observar na Figura 5.13 (com médias de 2,56, 2,76 e 2,88 do Envolvimento Baixo para o Envolvimento Elevado), mas essas diferenças são estatisticamente significativas ($F= 7,993$; $p<0,001$) apenas entre o nível de Envolvimento Baixo e os restantes dois Níveis de Envolvimento.

Figura 5.13. Interesse em informação sobre dietas para emagrecer segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



O tema receitas saborosas, sendo o segundo eleito como mais interessante, colhe, em média, mais atenção por parte dos seguintes grupos sociodemográficos: mulheres, sujeitos do escalão etário mais jovem, solteiros, indivíduos sem ensino superior, com rendimentos mais baixos, residentes fora do distrito de Lisboa, em agregados de uma pessoa. Testadas

as diferenças de médias, conclui-se que as variáveis sexo ($t=6,044$; $p<0,001$), idade ($F=11,358$; $p<0,001$) mas apenas entre o grupo etário mais novo e os restantes dois e ainda rendimento ($F=6,710$; $p<0,001$), somente entre o escalão de rendimentos mais alto e os restantes dois, discriminam o interesse em receitas saborosas, com diferenças estatisticamente significativas como indicado no Quadro 5.22.

Quadro 5.22. Interesse em receitas saborosas segundo os grupos sociodemográficos

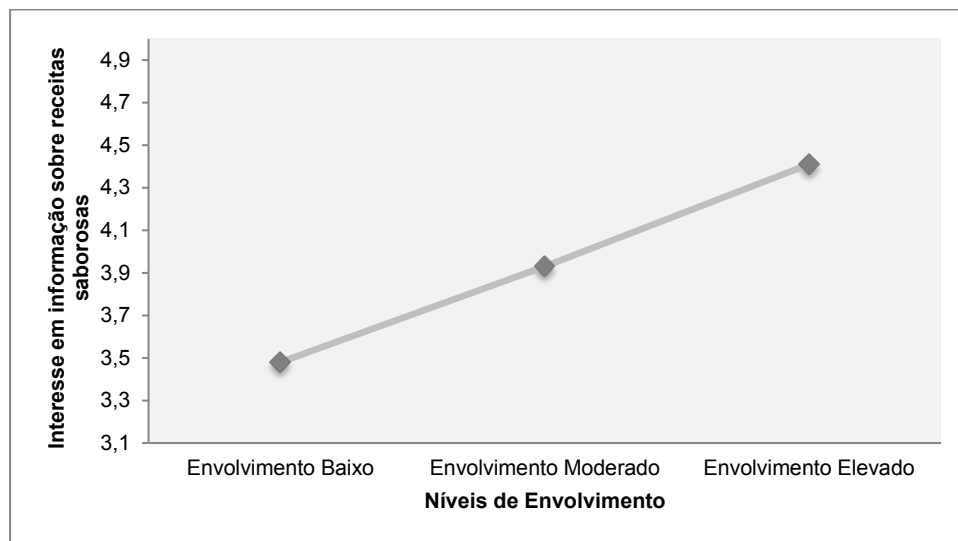
		Interesse em informação sobre receitas saborosas	
		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,07	0,93
	Masculino	3,69	1,07
Idade***	18-39	4,11	1,02
	40-54	3,92	1,03
	+ de 54	3,75	0,89
Estado civil	Solteiro	3,94	1,04
	Casado	3,93	0,98
Escolaridade	Sem ensino superior	4,05	1,08
	Com ensino superior	3,92	0,98
Rendimento***	Até 2000€	4,04	1,06
	2001-3000€	3,95	0,97
	+ de 3001€	3,76	0,92
Distrito	Fora Lisboa	4,02	1,01
	Lisboa	3,91	1,00
Dimensão agregado familiar	1	3,99	1,06
	2	3,93	1,04
	3	3,89	0,98
	4	3,94	0,91
	5 ou mais	3,96	1,08

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

O tema receitas saborosas tem tanto mais interesse quanto mais “Envolvimento com nutrição” existe por parte dos inquiridos, registando-se uma média de interesse menor por parte do nível Envolvimento Baixo (3,48) e maior pelo nível Envolvimento Elevado (4,41). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($F=88,810$; $p<0,001$), sendo-o igualmente na comparação entre todos os grupos.

Figura 5.14. Interesse em receitas saborosas segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



Analisando de forma global os dados referentes ao tema do “Interesse em informação sobre alimentação” e os “Temas sobre alimentação” estudados, observa-se que a média de interesse que os inquiridos reportam ter relativamente à alimentação em geral é mais alta (4,36) do que a que se regista em relação a todos os temas, ou seja, nenhum tema isolado constitui maior interesse do que o demonstrado pelo da alimentação em geral.

No sentido de identificar a existência de relação entre a valorização atribuída às motivações de saúde, aparência física e prazer e os temas pelos quais os indivíduos dizem interessar-se (alimentação saudável, dietas e receitas saborosas), avaliou-se a relação entre eles. Conclui-se que a correlação é moderada entre a motivação saúde e o interesse em informação sobre o tema alimentação saudável ($r=0,522$; $p<0,001$), que é baixa entre a motivação aparência física e o interesse em informação sobre tema dietas para emagrecer ($r=0,279$; $p<0,001$) e é igualmente baixa entre a motivação prazer e o interesse em informação sobre o tema receitas saborosas ($r=0,370$; $p<0,001$), como se pode constatar no Quadro 5.23. Sendo todas as correlações estatisticamente significativas, pode concluir-se que os inquiridos que revelam “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde têm interesse no tema alimentação saudável; que os indivíduos que se assumem envolvidos com a nutrição por motivações de aparência física têm interesse no tópico dietas para

emagrecer; e que os entrevistados com “Envolvimento com nutrição” por motivações de prazer têm interesse no tema receitas saborosas, apesar de as duas últimas assunções apresentarem correlações baixas.

Quadro 5.23. Correlações entre as motivações e os temas sobre alimentação

Motivações/ Temas	Correlação de Pearson
Saúde/ Alimentação saudável	0,522***
Aparência Física/ Dietas para emagrecer	0,279***
Prazer/ Receitas saborosas	0,370***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

5.7.2. Interesse em Informação Nutricional

Os resultados revelam que os entrevistados têm “Interesse em informação nutricional”, atribuindo mais importância ao indicador “Acho que é importante saber como comer de forma saudável”. (Quadro 5.24).

Quadro 5.24. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Interesse em informação nutricional”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Acho que é importante saber como comer de forma saudável.	4,88	0,91
Tento adquirir conhecimentos sobre alimentação saudável e manter-me informado(a).	4,41	1,02
Acredito que, se procurar constantemente informação, posso aprender muito sobre alimentação saudável.	4,39	0,94
Interesse em informação nutricional	4,56	0,83

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Analisando o perfil dos indivíduos que mais têm “Interesse em informação nutricional”, nota-se que as mulheres revelam mais interesse do que os homens, os mais novos relativamente aos dois grupos mais velhos, os solteiros, os inquiridos sem ensino superior, os sujeitos com menos rendimentos, os residentes no distrito de Lisboa e em agregados de duas pessoas, como se pode observar no Quadro 5.25. No entanto, apenas as variáveis sexo ($t=7,723$; $p < 0,001$) e idade ($F=7,456$; $p < 0,01$), apresentam diferenças estatisticamente

significativas e na última, somente o grupo dos mais velhos apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente aos restantes dois escalões etários.

Quadro 5.25. “Interesse em informação nutricional” segundo os grupos sociodemográficos (médias)

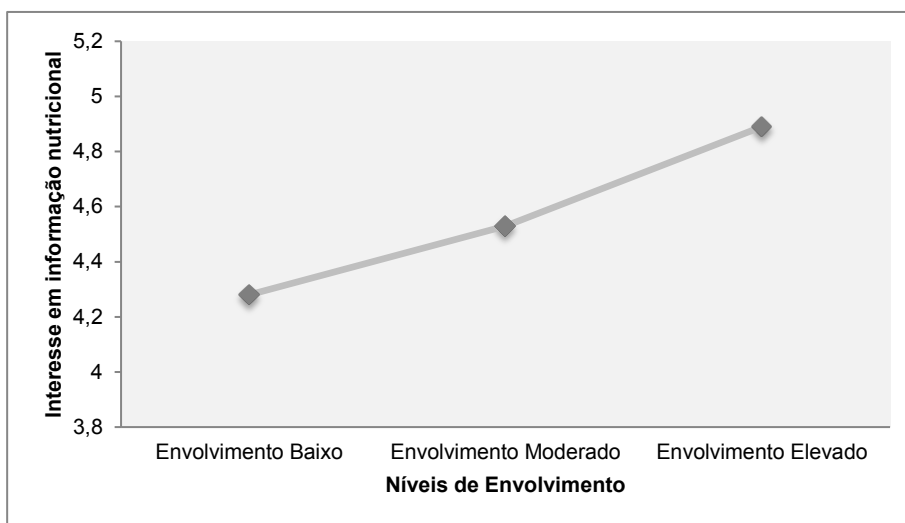
		Média	Desvio padrão
Sexo*	Feminino	4,70	0,79
	Masculino	4,31	0,83
Idade**	18-39	4,66	0,82
	40-54	4,57	0,82
	+ de 54	4,41	0,82
Estado civil	Solteiro	4,61	0,89
	Casado	4,53	0,78
Escolaridade	Sem ensino superior	4,61	0,80
	Com ensino superior	4,55	0,83
Rendimento	Até 2000€	4,61	0,85
	2001-3000€	4,58	0,79
	+ de 3001€	4,49	0,82
Distrito	Fora Lisboa	4,53	0,77
	Lisboa	4,57	0,84
Dimensão agregado familiar	1	4,58	0,90
	2	4,63	0,82
	3	4,54	0,77
	4	4,50	0,76
	5 ou mais	4,51	0,97

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Avaliada a média de “Interesse em informação nutricional” por parte dos três Níveis de Envolvimento, conclui-se que ele tende a aumentar com o aumento do nível de “Envolvimento com nutrição” (Figura 5.15), já que se observa que o segmento de Envolvimento Baixo apresenta menor “Interesse em informação nutricional” e que o grupo de Envolvimento Elevado regista o maior interesse neste tema ($F=53,839$, $p < 0,001$), tendo-se confirmado que estas diferenças são estatisticamente significativas entre todos os grupos.

Figura 5.15. “Interesse em informação nutricional” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



5.7.3. Importância das Campanhas de Informação Pública em Nutrição

Relativamente aos indicadores que averiguam a importância atribuída pelos indivíduos à informação prestada por uma possível campanha de informação pública sobre alimentação saudável, regista-se que os indivíduos atribuem importância à existência de campanhas de informação sobre alimentação saudável (média=4,62). E nota-se ainda que os entrevistados consideram mais importante a existência de campanhas de informação com recomendações sobre alimentação saudável do que o interesse demonstrado pela informação que essas campanhas veiculariam e ainda mais do que a intenção de seguir as suas recomendações (Quadro 5.26).

Quadro 5.26. Medidas estatísticas dos indicadores e da escala “Importância das campanhas”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Acho que é importante existirem campanhas de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável.	4,88	0,91
Se houvesse uma campanha de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável, eu teria interesse nessa informação.	4,63	0,99
Se houvesse uma campanha de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável, eu tentaria seguir essas recomendações.	4,35	0,93
Importância das campanhas	4,62	0,84

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Caracterizando os grupos que consideram mais importante a existência de campanhas de informação sobre alimentação saudável, identificam-se as mulheres, o escalão etário mais novo (muito próximo dos indivíduos entre os 40 e 54 anos), os inquiridos sem ensino superior (também com uma ligeira diferença dos sujeitos com ensino superior), os entrevistados com rendimentos entre 2001 e 3000€ (igualmente com uma diferença mínima relativamente aos indivíduos de rendimento mais baixo), os residentes fora do distrito de Lisboa e em agregados familiares de duas pessoas, não existindo diferença entre os solteiros e casados. O sexo ($t=6,025$; $p<0,001$) e a idade ($F=4,816$; $p<0,01$) apresentam diferenças estatisticamente significativas, discriminando assim a dimensão importância atribuída às campanhas (Quadro 5.27).

Quadro 5.27. “Importância das campanhas” segundo os grupos sociodemográficos

		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,73	0,80
	Masculino	4,42	0,88
Idade**	18-39	4,67	0,82
	40-54	4,66	0,84
	+ de 54	4,49	0,86
Estado civil	Solteiro	4,62	0,87
	Casado	4,62	0,82
Escolaridade	Sem ensino superior	4,63	0,86
	Com ensino superior	4,62	0,84
	Até 2000€	4,65	0,83
Rendimento	2001-3000€	4,66	0,81
	+ de 3001€	4,55	0,87
	Fora Lisboa	4,67	0,80
	Lisboa	4,61	0,85

(cont.)

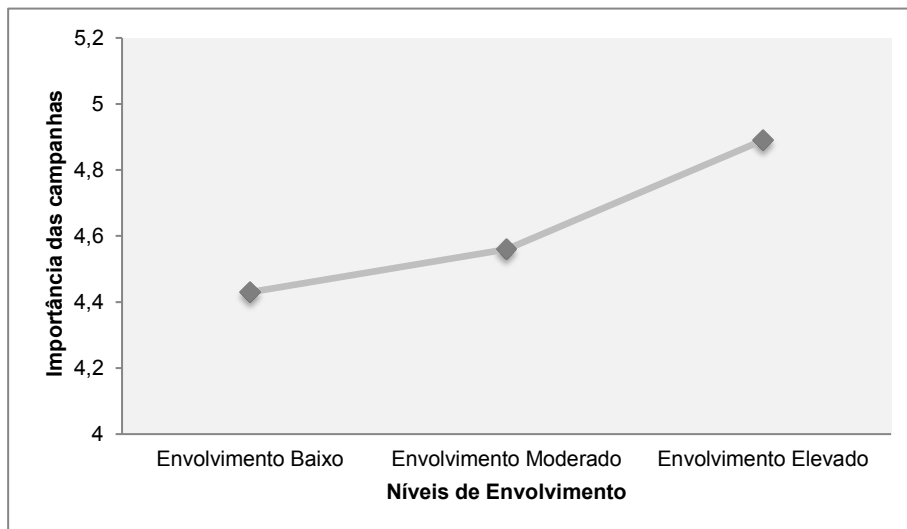
		Média	Desvio padrão
Distrito	1	4,63	0,87
	2	4,71	0,87
Dimensão agregado familiar	3	4,63	0,84
	4	4,54	0,76
	5 ou mais	4,54	0,91

Escala: 1=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Sublinha-se ainda que a importância atribuída à existência de uma campanha de informação pública em nutrição aumenta com o aumento do nível de “Envolvimento com nutrição” (Figura 5.16.): os sujeitos de Envolvimento Baixo atribuem menor importância às campanhas (4,43) do que os de Envolvimento Moderado (4,56) e estes também menos do que os de Envolvimento Elevado (4,89), sendo estas diferenças apenas estatisticamente significativas ($F=30,209$; $p < 0,001$) entre o nível Envolvimento Elevado e os restantes dois Níveis de envolvimento.

Figura 5.16. “Importância das campanhas” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



5.7.4. Consulta de Tabelas Nutricionais

As respostas dos inquiridos ao conjunto de quatro indicadores que analisa a frequência de consulta de tabelas nutricionais, em quatro situações de decisão, evidencia que os sujeitos consultam tabelas nutricionais com uma frequência que se situa entre “raramente e “com alguma frequência”, dependendo das situações enunciadas. O momento em que os indivíduos consultam tabelas nutricionais com mais frequência é quando têm que determinar se um produto alimentar é ou não saudável e a situação em que o fazem com menos frequência é quando escolhem produtos alimentares. Em geral, conclui-se que os inquiridos consultam tabelas nutricionais com alguma frequência (média de 3,98), conforme se pode observar no Quadro seguinte.

Quadro 5.28. Medidas estatísticas dos indicadores e escala de frequência de “Consulta de tabelas nutricionais”

Indicadores	Média	Desvio padrão
Quando escolho produtos alimentares	3,70	1,45
Quando decido sobre um produto alimentar desconhecido	3,97	1,42
Quando tenho que escolher entre dois ou mais produtos alimentares	4,00	1,39
Quando tenho que determinar se um produto alimentar é ou não saudável	4,24	1,40
Consulta de tabelas nutricionais	3,98	1,28

Escala: 1=nunca; 6=muito frequentemente

Analisando a frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” segundo as variáveis sociodemográficas, regista-se que os grupos que consultam tabelas nutricionais mais frequentemente são os seguintes: as mulheres, os sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e 39 anos, os solteiros, indivíduos com ensino superior, de rendimentos mais baixos, residentes fora do distrito de Lisboa e em agregados familiares de duas pessoas. Os testes t ($t=7,521$; $p<0,001$) e ANOVA ($F=11,105$; $p<0,001$) indicam que as variáveis sexo e idade são as únicas que discriminam a frequência de “Consulta de tabelas nutricionais”, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mas na variável idade, apenas o grupo dos mais novos o é em relação aos dois escalões etários mais velhos (Quadro 5.29.).

Quadro 5.29. Frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” segundo os grupos sociodemográficos (médias)

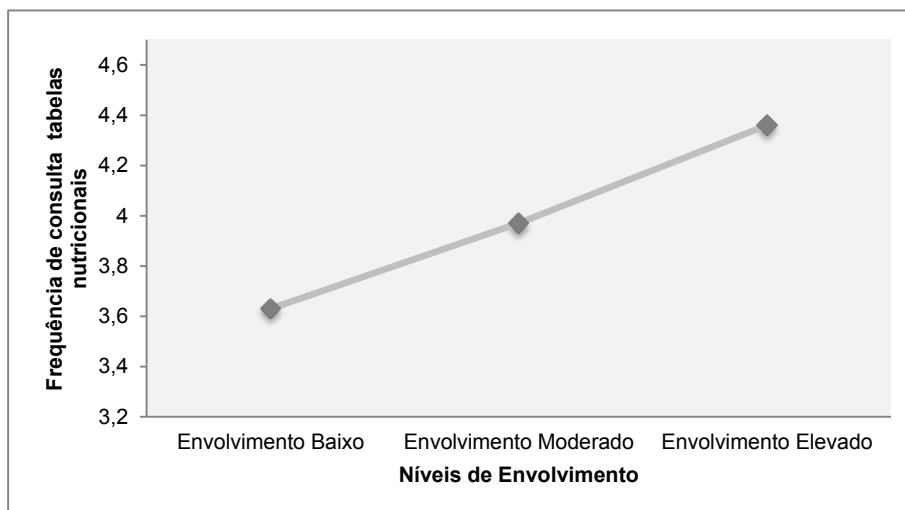
		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	4,19	1,21
	Masculino	3,60	1,33
Idade***	18-39	4,23	1,27
	40-54	3,88	1,27
	+ de 54	3,83	1,28
Estado civil	Solteiro	4,00	1,38
	Casado	3,97	1,22
Escolaridade	Sem ensino superior	3,83	1,28
	Com ensino superior	4,01	1,29
	Até 2000€	4,03	1,30
Rendimento	2001-3000€	4,00	1,28
	+ de 3001€	3,92	1,25
	Fora Lisboa	4,06	1,28
Distrito	Lisboa	3,95	1,28
	1	3,93	1,39
Dimensão agregado familiar	2	4,04	1,30
	3	4,03	1,25
	4	3,97	1,21
	5 ou mais	3,81	1,33

Escala: 1=nunca; 6=muito frequentemente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Quanto à frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” por parte dos três Níveis de Envolvimento, nota-se que a menor “Envolvimento com nutrição” corresponde menor frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” (Figura 5.17), sendo todas as diferenças entre níveis estatisticamente significativas ($F=29,817$; $p < 0,001$).

Figura 5.17. Frequência de “Consulta de tabelas nutricionais” segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



5.7.5. Informação Nutricional de Outras Fontes

Em relação às fontes de informação utilizadas na procura de informação sobre alimentação saudável, os inquiridos utilizam mais frequentemente a internet, seguida das fontes oficiais e dos familiares ou amigos. A fonte de informação menos utilizada são os cursos de formação, como indicado no Quadro 5.30.

Quadro 5.30. Medidas estatísticas das fontes mais utilizadas na procura de informação sobre alimentação saudável

Fontes de informação	Média	Desvio padrão
Pesquisa na internet.	3,89	1,35
Procuro fontes oficiais: websites, brochuras, livros, etc.	3,51	1,33
Peço informação a profissionais de saúde, tais como médicos, nutricionistas ou dietistas.	3,10	1,31
Pergunto a familiares ou amigos.	3,43	1,13
Estou atento(a) à TV, jornais, revistas de atualidade, programas de rádio sobre o tema.	3,24	1,23
Acompanho blogs.	2,45	1,40
Participo em cursos de formação.	1,70	1,06

Escala: 1=nunca; 6=muito frequentemente

Analisando o perfil de utilização de cada uma das três principais fontes utilizadas segundo os grupos sociodemográficos, conclui-se que a internet é mais procurada pelas mulheres, pelo grupo dos mais novos, pelos solteiros, por indivíduos com ensino superior, com rendimento mais baixo, residentes fora do distrito de Lisboa e em agregados de duas pessoas. O sexo ($t=8,269$; $p<0,001$); p), a idade ($F=34,801$; $p<0,001$) e o rendimento ($F=4,450$; $p<0,01$) discriminam a utilização da internet como fonte de informação sobre alimentação saudável, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, exceto na variável rendimento, em que apenas as diferenças entre os escalões mais baixo e mais alto são estatisticamente significativas (Quadro 5.31.).

Quadro 5.31. Utilização da fonte internet segundo os grupos sociodemográficos (médias)

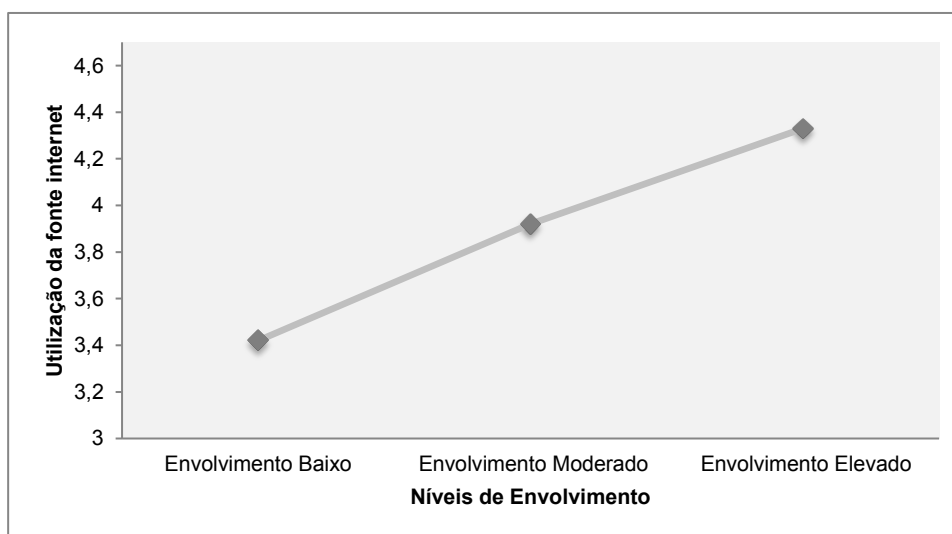
		Média	Desvio padrão
Sexo ^{***}	Feminino	4,13	1,25
	Masculino	3,45	1,40
Idade ^{***}	18-39	4,32	1,28
	40-54	3,81	1,34
	+ de 54	3,49	1,29
Estado civil	Solteiro	3,98	1,37
	Casado	3,82	1,33
Escolaridade	Sem ensino superior	3,82	1,37
	Com ensino superior	3,90	1,34
Rendimento ^{**}	Até 2000€	4,02	1,30
	2001-3000€	3,98	1,30
	+ de 3001€	3,69	1,38
Distrito	Fora Lisboa	3,93	1,28
	Lisboa	3,88	1,37
Dimensão agregado familiar	1	3,87	1,30
	2	3,94	1,38
	3	3,88	1,30
	4	3,84	1,35
	5 ou mais	3,90	1,41

Escala: 1=nunca; 6=muito frequentemente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A utilização da internet é tão mais frequente quanto mais “Envolvimento com nutrição” existe por parte dos indivíduos (Figura 5.18.), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($F=44,298$, $p < 0,001$ em todas as comparações realizadas).

Figura 5.18. Utilização da fonte internet segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



As fontes oficiais, a segunda em frequência de utilização na procura de informação sobre alimentação saudável, são mais frequentemente utilizadas por mulheres, pelo escalão etário mais novo, pelos solteiros, por indivíduos com ensino superior, com rendimentos mais baixos, residentes fora do distrito de Lisboa e em agregados familiares de duas e três pessoas. Sexo ($t=9,086$; $p<0,001$), idade ($F=6,535$; $p<0,001$), apenas entre o grupo mais novo e o mais velho, estado civil ($t=2,157$; $p<0,05$) e rendimento ($F=4,957$; $p<0,01$), mas somente entre os escalões mais baixo e mais alto, discriminam a frequência de utilização das fontes oficiais, sendo todas as diferenças estatisticamente significativas (Quadro 5.32.).

Quadro 5.32. Utilização das fontes oficiais segundo os grupos sociodemográficos (médias)

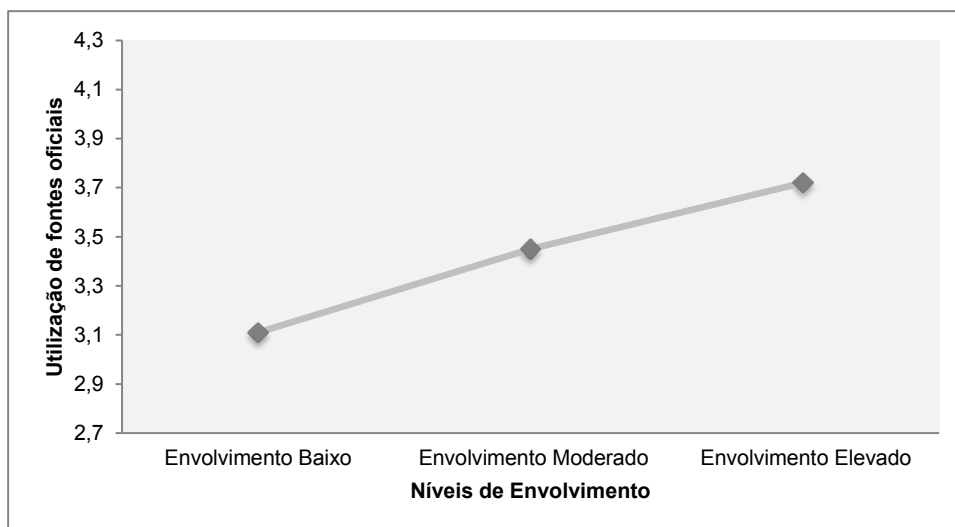
		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	3,77	1,26
	Masculino	3,05	1,34
Idade***	18-39	3,68	1,36
	40-54	3,50	1,34
	+ de 54	3,31	1,27
Estado civil*	Solteiro	3,62	1,39
	Casado	3,44	1,29
Escolaridade	Sem ensino superior	3,50	1,30
	Com ensino superior	3,52	1,34
Rendimento**	Até 2000€	3,67	1,31
	2001-3000€	3,56	1,31
	+ de 3001€	3,31	1,34
Distrito	Fora Lisboa	3,57	1,32
	Lisboa	3,49	1,34
Dimensão agregado familiar	1	3,56	1,38
	2	3,60	1,36
	3	3,60	1,25
	4	3,38	1,30
	5 ou mais	3,33	1,43

Escala: 1=nunca; 6=muito frequentemente

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

A frequência de utilização das fontes oficiais na procura de informação sobre alimentação saudável é tanto maior quanto mais elevado é o nível de “Envolvimento com nutrição” (Figura 5.19), tendo-se confirmado que essas diferenças são estatisticamente significativas ($F=31,520$; $p<0,001$) entre todos os grupos.

Figura 5.19. Utilização das fontes oficiais segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



Os familiares e amigos constituem a terceira fonte mais utilizada pelos entrevistados, sendo-o primordialmente pelas mulheres, pelo grupo etário mais novo, pelos solteiros, indivíduos com ensino superior, de rendimento mais baixo, residentes no concelho de Lisboa e em agregados familiares de três pessoas. A variável sexo ($F=4,169$; $p<0,001$) discrimina a utilização da fonte familiares ou amigos na procura de informação sobre alimentação saudável, com diferenças estatisticamente significativas (Quadro 5.33).

Quadro 5.33. Utilização da fonte de informação familiares e amigos segundo os grupos sociodemográficos (médias)

		Média	Desvio padrão
Sexo***	Feminino	3,53	1,08
	Masculino	3,24	1,20
Idade	18-39	3,69	1,13
	40-54	3,39	1,12
	+ de 54	3,17	1,09
Estado civil	Solteiro	3,53	1,16
	Casado	3,36	1,11
Escolaridade	Sem ensino superior	3,37	1,10
	Com ensino superior	3,44	1,14
Rendimento	Até 2000€	3,52	1,12
	2001-3000€	3,44	1,14
	+ de 3001€	3,35	1,11
Distrito	Fora Lisboa	3,29	1,08
	Lisboa	3,47	1,15

(cont.)

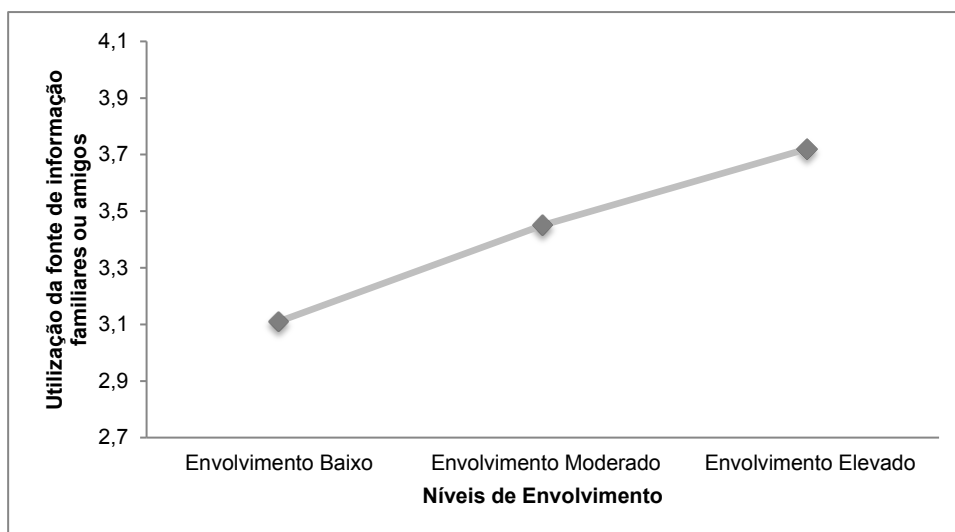
		Média	Desvio padrão
Dimensão agregado familiar	1	3,43	1,15
	2	3,39	1,19
	3	3,50	1,06
	4	3,44	1,10
	5 ou mais	3,31	1,19

Escala: 1=nunca; 6=muito frequentemente

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A frequência de utilização dos familiares e amigos como fonte de informação sobre nutrição por parte dos três Níveis de Envolvimento com nutrição é tanto maior quanto mais elevado é o “Envolvimento com nutrição” (Figura 5.20), com diferenças estatisticamente significativas ($F=26,878$; $p < 0,001$) entre todos os Níveis de Envolvimento com nutrição.

Figura 5.20. Utilização da fonte de informação familiares e amigos segundo os Níveis de Envolvimento com nutrição (médias)



5.7.6. Preferência e Credibilidade das Fontes

Quanto às fontes eleitas como preferidas na procura de informação sobre alimentação saudável, os entrevistados indicam, de forma destacada, os profissionais de saúde (36,9%) e a internet (35,8%) e ainda as fontes oficiais, mas estas com menos referências (13,6%).

Como segunda preferência, a fonte referida pela maioria são as fontes oficiais (30,4%), os profissionais de saúde (20,8%) e os familiares ou amigos (15,5%). Como terceira fonte preferida, a internet é a mais referida (19,7%), seguida das fontes oficiais (18,7%) e dos familiares ou amigos (18,2%).

É de notar, que a fonte familiares e amigos, sendo a terceira mais utilizada, já não é uma das três primeiras em termos de preferência, visto os profissionais de saúde serem a fonte mais valorizada. Assim, apesar de a internet ser a fonte mais utilizada na procura de informação sobre alimentação saudável, a favorita são os profissionais de saúde, aparecendo a internet em segundo lugar. As fontes oficiais, sendo a segunda mais utilizada, é a terceira preferida. Destacam-se ainda os meios de comunicação de massa, os blogs e os cursos de formação como as fontes menos preferidas, apesar de os primeiros ocuparem o quarto lugar das terceiras preferências.

Por outro lado, a análise das fontes indicadas como sendo mais credíveis revela que os profissionais de saúde constituem a fonte mais credível para 72,7% dos inquiridos, muito destacada das fontes oficiais, a segunda, eleita por 14,6% dos sujeitos e ainda a internet, a terceira mais credível, para apenas 4,8% dos indivíduos. Como segunda preferência, os entrevistados elegem as fontes oficiais (43,1%), os profissionais de saúde (14,4%) e os familiares ou amigos (10,1%). Ainda como terceira preferência, a internet é a fonte mais referida (22%), seguida dos cursos de formação (20,1%) e das fontes oficiais (19,3%), dados que podem ser observados no Quadro 5.34.

Quadro 5.34. Preferência e credibilidade das fontes na procura de informação sobre nutrição (percentagens)

	Preferência			Credibilidade		
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Internet	35,8	13,6	19,7	4,8	9,0	22,0
Fontes oficiais	13,6	30,4	18,7	14,6	43,1	19,3
Profissionais de saúde	36,9	20,8	14,7	72,7	14,4	5,9
Familiares ou amigos	6,4	15,5	18,2	2,1	10,1	13,9
Meios comunicação massa	4,1	9,4	15,4	1,9	5,1	14,8
Blogs	1,3	5,1	6,4	0,6	1,4	3,9
Cursos de formação	1,8	5,1	6,9	3,3	17,0	20,1

Como conclusão, pode afirmar-se que as fontes utilizadas não coincidem com as preferidas nem com as que se consideram credíveis: como mais utilizadas os inquiridos referem, por ordem decrescente, a internet, as fontes oficiais e os familiares ou amigos; como fontes preferidas destacam-se os profissionais de saúde, a internet e as fontes oficiais e como fontes credíveis são eleitos os profissionais de saúde, as fontes oficiais e a internet. Estes resultados levam à conclusão de que existe uma certa consciência de que as fontes mais utilizadas e as preferidas pelos inquiridos não constituem as fontes mais credíveis.

Sumarizando a análise sobre o “Interesse em informação sobre o tema da nutrição”, sublinha-se que a dimensão “Importância das campanhas” é a que obtém maior valorização por parte dos inquiridos, seguida do “Interesse em informação nutricional”, do interesse em informação sobre alimentação e, por último, a “Consulta de tabelas nutricionais”, como apresentado no Quadro 5.17. Concluiu-se ainda que o sexo e a idade discriminam todas as dimensões e indicador que avaliam o “Interesse em informação sobre nutrição”, evidenciando que as mulheres e o escalão etário mais novo revelam mais “Interesse em informação sobre o tópico da nutrição”, com diferenças estatisticamente significativas. É ainda de reter que o “Interesse em informação sobre nutrição” é tanto maior quanto o nível de “Envolvimento com nutrição”, também com diferenças estatisticamente significativas.

5.8. Teste ao Modelo de Investigação e resposta às Hipóteses e Questões de Investigação Enunciadas

Analisadas as correlações entre os constructos estabelecidas no modelo teórico de investigação, conclui-se que existem correlações estatisticamente significativas baixas e positivas entre o “Envolvimento com nutrição” e praticamente todos os temas, exceto com o “Prazer na alimentação” e com o “Interesse em informação sobre alimentação”, que apresentam correlações moderadas, como indicado no Quadro 5.36.

Globalmente, observa-se que a dimensão com mais alta correlação linear registada com o “Envolvimento com nutrição” é o “Prazer na alimentação” ($r=0,486$), sugerindo que este constitui a motivação mais importante do “Envolvimento com nutrição”. Ao contrário, a

“Preocupação com a aparência física” manifesta-se como a sua motivação menos importante ($r=0,146$).

É também de notar que a motivação que gera mais “Interesse em informação nutricional” é o “Valor da saúde”, uma vez que apresenta correlação mais alta ($r=0,552$), seguida da “Preocupação com a aparência física” e do “Prazer na alimentação” (existindo uma pequena diferença entre as duas últimas).

Regista-se ainda uma correlação moderada ($r=0,631$) entre o “Valor da saúde” e a “Consciência da saúde”, evidenciando que o “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde pode advir de preocupações de prevenção da saúde.

Constata-se também que o efeito que a doença tem na importância atribuída à saúde é pequeno³² ($r=0,029$), revelando que o “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde pode advir da existência de doença diagnosticada, mas com fraca intensidade. Aliás, numa análise ou pouco mais aprofundada, constatou-se que a doença tem igualmente efeito pequeno na “Consciência da saúde”, indicando que os indivíduos com doença diagnosticada terão pouca consciência da relação entre alimentação e saúde.

Por outro lado, observa-se que o “Envolvimento com nutrição” apresenta correlações estatisticamente significativas com todas as dimensões e com o indicador que avaliam o “Interesse em informação sobre nutrição”, concluindo-se que o “Envolvimento com nutrição” gera interesse em informação sobre o tema. A correlação mais alta observada é com o indicador “Tenho interesse em informação sobre alimentação” ($r=0,463$) e a mais baixa com a “Importância das campanhas” ($r=0,238$).

Quadro 5.35. Correlações entre os temas estudados (*Rho* de Spearman/ *R* de Pearson)

R de Pearson	Envolvimento com nutrição	Valor da saúde	Preocupação com aparência física	Prazer na alimentação	Consciência da saúde
Valor da saúde	0,228**				
Consciência da saúde		0,631**			
Prazer na alimentação	0,486**				
Preocupação com aparência física	0,146**				

³² Tabela de classificação das dimensões do efeito, Maroco (2007): p184.

(cont)

R de Pearson	Envolvimento com nutrição	Valor da saúde	Preocupação com aparência física	Prazer na alimentação	Consciência da saúde
Interesse informação nutricional	0,315**	0,552**	0,371**	0,354**	
Importância das campanhas	0,238**	0,454**	0,335**	0,276**	
Consulta tabelas nutricionais	0,261**	0,376**	0,199**	0,170**	
Rhó de Spearman					
Tenho interesse em informação sobre alimentação	0,463**	0,446**	0,261**	0,439**	
Coefficiente Eta quadrado					
Doença diagnosticada	0,013*	0,029**			0,016**

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

5.8.1. Teste ao Modelo através de Regressão Múltipla

Os resultados obtidos da aplicação do modelo da primeira regressão múltipla, que pretende analisar a relação modelar entre o “Envolvimento com nutrição” e as três motivações consideradas, revelam que o modelo é significativo ($F=131,709$; $p<0,001$) e que explica 25,2% (*adjusted R square*) da variação do “Envolvimento com Nutrição”. A motivação “Prazer na alimentação” é a que mais impacto tem no “Envolvimento com nutrição” ($Beta=0,471$), seguida do “Valor da saúde” ($Beta=0,141$). Os resultados do modelo indicam ainda que a “Preocupação com a aparência física” é a motivação com menos impacto no “Envolvimento com nutrição”, com o qual tem uma relação negativa ($Beta=-0,049$), mas ela não é estatisticamente significativa, como se pode constatar no Quadro 5.36.

Quadro 5.36. Motivações determinantes do “Envolvimento com nutrição” (Regressão 1)

Variáveis independentes	Betas	
Prazer na alimentação	0,471***	
Valor da saúde	0,141***	
Preocupação com aparência física	-0,049	
	R^2 ajustado	0,252***
	$F (3, 1162)$	131,709

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

A segunda regressão linear realizada, que avalia a relação modelar entre o “Envolvimento com nutrição” e as escalas e o indicador que medem o “Interesse em informação sobre nutrição”, indica que este modelo é igualmente significativo ($F=81,035$; $p<0,001$), explicando 21,6% da variação do “Envolvimento com nutrição”. O indicador “Tenho interesse em informação sobre alimentação” é o que mais contribui para a explicação do “Envolvimento com nutrição” ($Beta=0,409$) seguido da “Consulta de tabelas nutricionais” ($Beta=0,082$). As dimensões “Importância das campanhas” e “Interesse em informação nutricional” não são estatisticamente significativas, como se observa no Quadro 5.37.

Quadro 5.37. Fatores de “Interesse em informação sobre nutrição” determinantes do “Envolvimento com nutrição” (Regressão 2)

Variáveis independentes	Betas Coeficientes estandardizados	
Tenho interesse em informação sobre alimentação	0,409***	
Interesse em informação nutricional	0,054	
Consulta de tabelas nutricionais	0,082**	
Importância das campanhas	0,034	
R^2 ajustado		0,216***
F (4, 1161)		81,035

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Conclui-se assim que as motivações determinantes do “Envolvimento com nutrição” são o “Prazer na alimentação” e o “Valor da saúde”, explicando 25,2% do “Envolvimento com nutrição” e que o “Interesse em informação sobre alimentação” e a “Consulta de tabelas nutricionais” contribuem igualmente (com 21,6%) para a explicação do “Envolvimento com nutrição”.

5.8.2. Resposta às Hipóteses e Questões de Investigação

Estes resultados permitem então confirmar ou refutar as hipóteses de investigação enunciadas no capítulo da Abordagem Metodológica.

H1: O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de saúde.

A correlação linear entre “Envolvimento com nutrição e o “Valor da saúde” é positiva, baixa ($r=0,228$) e estatisticamente significativa, constituindo esta última o segundo fator de impacto no “Envolvimento com nutrição” ($Beta=0,141$), o que confirma a hipótese de que o “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de saúde.

H2. O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de aparência física.

A existência de correlação linear baixa, positiva ($r=0,049$) e estatisticamente significativa confirma a hipótese de que o “Envolvimento com nutrição” está relacionado com a “Preocupação com a aparência física”. No entanto, o seu impacto no modelo é o mais baixo das três motivações que explicam a variação do “Envolvimento com nutrição”, é negativo ($Beta=-0,050$) e não é estatisticamente significativo.

H3. O “Envolvimento com Nutrição” está relacionado com motivações de prazer.

A correlação linear entre o “Envolvimento com nutrição” e o “Prazer na alimentação” é moderada, positiva e estatisticamente significativa ($r=0,486$), sendo ainda o fator com mais impacto no modelo ($Beta=0,471$), e portanto o que mais explica a variação do “Envolvimento com nutrição”, confirmando a hipótese de que o “Envolvimento com nutrição” está relacionado com motivações de prazer, constituindo esta a motivação principal do “Envolvimento com nutrição”.

H4. O “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com preocupações de prevenção da saúde.

Uma vez que existe correlação linear positiva e estatisticamente significativa entre o “Valor da saúde” e a “Consciência da saúde” ($r=0,631$), confirma-se a hipótese de que o “Envolvimento com Nutrição” por motivações de saúde está relacionado com preocupações de prevenção da saúde.

H5. O “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com a existência de doença diagnosticada.

O resultado do coeficiente *Eta* calculado de (0,17) indica que existe uma associação muito fraca entre o “Valor da saúde” e a existência de doença diagnosticada, confirmando-se a hipótese, mas com reservas, uma vez que a doença diagnosticada apenas explica 2,9% do “Valor da saúde” ($Eta^2= 0,029$).

H6: O “Envolvimento com nutrição” está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

As correlações lineares positivas e estatisticamente significativas entre o “Envolvimento com nutrição” e todos os constructos e ainda com o indicador que medem o “Interesse em informação sobre nutrição” confirmam a hipótese de que o “Envolvimento com nutrição” está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”. No entanto, os fatores “Interesse em informação nutricional” e a “Importância das campanhas” não são estatisticamente significativos no modelo que explica a variação do “Envolvimento com nutrição” (Quadros 5.19 e 5.20).

H6a: Níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição” estão relacionados com níveis mais altos de “Interesse em informação sobre nutrição”.

Uma vez que as correlações lineares são positivas e estatisticamente significativas entre o “Envolvimento com nutrição” e todas as dimensões que abordam o “Interesse em informação sobre nutrição”, confirma-se a hipótese de que níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição” estão relacionados com níveis mais altos de “Interesse em informação sobre nutrição”. Também as conclusões reportadas sobre as diferenças de médias (estatisticamente significativas) atribuídas a estas escalas por parte dos três níveis de “Envolvimento com nutrição” confirmam esta hipótese que, recorda-se, indica que a crescente nível de envolvimento, se observa crescente interesse em “Informação sobre nutrição”.

H7: O “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

As correlações lineares existentes entre o “Valor da saúde” e as escalas que medem o “Interesse em informação sobre nutrição” são positivas e estatisticamente significativas, confirmando a hipótese de que o “Envolvimento com nutrição” por motivações de saúde está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

H8: O “Envolvimento com nutrição” por motivações de aparência física está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

Confirma-se a hipótese que enuncia a relação entre o “Envolvimento com nutrição” por motivações de aparência física e o “Interesse em informação sobre nutrição”, uma vez que

existem correlações lineares positivas e estatisticamente significativas entre os todos os temas que medem o “Interesse em informação sobre nutrição” e a “Preocupação com a aparência física”.

H9: O “Envolvimento com nutrição” por motivações de prazer está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

Uma vez que se observa a existência de correlações lineares positivas e estatisticamente significativas entre o “Prazer na alimentação” e as escalas que medem o “Interesse em informação sobre nutrição”, confirma-se a hipótese enunciada de que o “Envolvimento com nutrição” por motivações de prazer está relacionado com “Interesse em informação sobre nutrição”.

Realizadas as análises de resultados necessárias à fase de conclusões, finaliza-se o presente capítulo respondendo às questões de investigação colocadas.

1. Que motivações estão subjacentes ao “Envolvimento com nutrição”?

De acordo com as correlações calculadas, as três motivações integradas no modelo teórico de investigação, saúde, aparência física e prazer, estão correlacionadas com o “Envolvimento com nutrição”, estando por isso subjacentes ao envolvimento com nutrição. O prazer é a motivação com correlação mais forte e que mais impacto tem no “Envolvimento com nutrição”, seguido da importância atribuída à saúde. Os resultados da regressão múltipla indicam, no entanto, que a importância atribuída à aparência física não é estatisticamente significativa como preditor do modelo para explicar a variação do “Envolvimento com nutrição”.

2. Que predisposição gera o “Envolvimento com nutrição” para “Interesse em informação sobre nutrição”?

Uma vez que se confirmou a existência de correlação positiva entre o “Envolvimento com nutrição” e as escalas que medem o “Interesse em informação sobre nutrição”, conclui-se que o “Envolvimento com nutrição” gera predisposição para o “Interesse em informação sobre nutrição”. A análise do cruzamento dos diferentes níveis de “Envolvimento com nutrição” com as escalas que medem o “Interesse em informação sobre nutrição” levam à

conclusão que níveis mais altos de “Envolvimento com nutrição” demonstram mais “Interesse em informação sobre nutrição”. Os resultados da regressão múltipla indicam que apenas o indicador “Tenho interesse em informação sobre alimentação” e a dimensão “Consulta de tabelas nutricionais” são estatisticamente significativos.

3. Qual o perfil dos indivíduos que apresentam maior e menor “Envolvimento com nutrição”?

De acordo com a caracterização realizada dos três Níveis de Envolvimento com nutrição, o nível Envolvimento Baixo caracteriza-se por ser mais representado por indivíduos do sexo masculino, com idade a partir dos 40 anos, casados, com ensino superior, com rendimentos a partir de 2001€, residentes no distrito de Lisboa, integrados em agregados de qualquer dimensão, exceto com dois membros. O nível Envolvimento Elevado é representado mais por sujeitos do sexo feminino, do escalão de idade mais novo, solteiros, sem ensino superior, com escalão de rendimento mais baixo, residentes fora do distrito de Lisboa, habitando em agregados de duas pessoas.

4. Que motivações subjacentes ao “Envolvimento com nutrição” geram mais e menos predisposição para “Interesse em informação sobre nutrição”?

A comparação dos coeficientes de correlação entre as motivações subjacentes ao “Envolvimento com nutrição” e o “Interesse em informação sobre nutrição” permite concluir que o “Valor da saúde” é a motivação subjacente ao “Envolvimento com nutrição” que mais gera “Interesse em informação sobre nutrição”, revelando que os sujeitos que mais importância atribuem à saúde são aqueles que mais interesse têm em informação sobre nutrição. Ao contrário, a “Preocupação com a aparência física” é a que menos se relaciona com “Interesse em informação sobre nutrição”, constituindo assim a motivação que menos interesse gera em informação sobre nutrição. O “Prazer na alimentação” ocupa um lugar intermédio entre a motivação saúde e a da aparência física na sua capacidade de gerar “Interesse em informação sobre alimentação”.

5.9. Conclusões

A apresentação dos resultados do inquérito por questionário sobre o envolvimento dos indivíduos com nutrição foi elaborada com duas intenções primordiais: obter resposta a todas as dimensões e indicadores em estudo e confirmar ou refutar as hipóteses de investigação enunciadas, bem como dar resposta às questões de investigação colocadas. Como primeira conclusão, regista-se que, apesar de se observar um certo nivelamento nas médias registadas relativamente aos temas em estudo (as médias variam entre 4,05 e 4,62), a “Importância das campanhas” revela-se o tema mais valorizado (4,62), seguido da “Consciência da saúde” (com 4,57), do “Interesse em informação nutricional” (4,56) e do “Valor da saúde” (4,39). O “Envolvimento com nutrição” é a dimensão menos valorizada, com a média mais baixa (4,05).

É ainda de notar que grande parte das diferenças de médias entre grupos é bastante pequena, não permitindo uma clara identificação de perfis em relação a alguns dos temas em estudo. No entanto, o sexo e a idade indicam, para praticamente todas as dimensões estudadas, diferenças estatisticamente significativas (excluindo a diferença de médias entre os grupos etários no “Valor da saúde” e “Interesse em informação sobre alimentação”), concluindo-se que as mulheres e o grupo dos mais novos atribuem mais importância à maioria dos temas em estudo.

Em relação aos diferentes Níveis de Envolvimento com nutrição, conclui-se que a níveis crescentes de “Envolvimento com nutrição” corresponde maior importância atribuída a todos os temas, apesar de se ter concluído que nem todas as diferenças são estatisticamente significativas, como reportado ao longo do presente capítulo.

Os resultados das correlações e das duas regressões múltiplas realizadas permitiram igualmente confirmar todas as hipóteses bem como responder às questões de investigação enunciadas, destacando-se as seguintes principais conclusões: as motivações que mais explicam o “Envolvimento com nutrição” são, por ordem do seu contributo, o “Prazer na alimentação”, o “Valor da saúde” e finalmente a “Preocupação com a aparência física”, a qual, além de apresentar correlação linear negativa mais baixa, não é estatisticamente

significativa no modelo de regressão múltipla. Uma vez que as correlações com as duas primeiras são positivas, conclui-se que, quanto mais alto é o nível de “Valor da saúde” e do “Prazer na alimentação”, mais alto será o “Envolvimento com nutrição”.

Por outro lado, confirma-se igualmente que o “Envolvimento com nutrição” tem correlação positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões relacionadas com o “Interesse em informação sobre nutrição”, tendo-se concluído que os indivíduos mais envolvidos com o tema da nutrição têm mais “Interesse em informação sobre nutrição”. O indicador “Tenho interesse em informação sobre alimentação” é o que tem mais impacto no “Envolvimento com nutrição”, seguido do fator “Consulta de tabelas nutricionais”, ambos estatisticamente significativos. O contributo da “Importância das campanhas” e do “Interesse em informação nutricional” revelou não ser estatisticamente significativo.

Capítulo VI. Discussão

"There are only two forces that unite men - fear and interest."

Napoleão Bonaparte

6.1. Introdução

Recordando que a presente investigação tem como objetivo compreender o impacto do "Envolvimento com nutrição" no "Interesse em informação sobre nutrição", pretende-se dar resposta às seguintes questões de Investigação:

1. Que motivações estão subjacentes ao "Envolvimento com nutrição"?
2. Que predisposição gera o "Envolvimento com nutrição" para "Interesse em informação sobre nutrição"?
3. Qual o perfil dos indivíduos que apresentam maior e menor "Envolvimento com o tema da nutrição"?
4. Que motivações subjacentes ao "Envolvimento com nutrição" geram mais e menos predisposição para "Interesse em informação sobre nutrição"?

O modelo teórico da presente investigação pressupõe que o "Envolvimento com nutrição" pode ter três tipos de motivações: de saúde (Somers *et.al*, 2014), de aparência física e de prazer (Somers *et.al*, 2014); considera que as motivações de saúde podem advir de dois tipos de preocupações, a prevenção e a existência de doença diagnosticada. Propõe ainda que o "Envolvimento com nutrição" se relaciona com o "Interesse em informação sobre nutrição", condição para o possível interesse em campanhas de informação pública sobre o tema por parte da audiência.

O estudo do "Envolvimento com nutrição" tem, na presente investigação, um papel central pelo facto de a literatura indicar que ele influencia o mecanismo do impacto da comunicação, nomeadamente gerando, por parte do grupo alvo, uma atitude mais ou menos passiva, um processamento de informação limitado ou amplo, e sem ou com procura de

informação ativa, dependendo se o “Envolvimento com nutrição” é baixo ou elevado, respetivamente (Salmon, 1985; Laurent e Kapferer, 1985).

Tendo-se optado por uma estratégia de investigação quantitativa, aplicou-se um inquérito por questionário ao qual se obtiveram 1166 respostas válidas.

6.2. As Motivações do Envolvimento com nutrição

Recordando que os inquiridos estão envolvidos com o tema da nutrição e que a literatura indica que as audiências-alvo devem ser definidas em função do seu maior “Envolvimento com nutrição”, estabelece-se a existência de uma situação favorável para a recetividade de informação sobre este tópico.

Os resultados destacam que as mulheres e os mais jovens são os grupos que evidenciam “Envolvimento com nutrição” mais elevado. Enquanto que as diferenças observadas em relação ao sexo são coincidentes com o trabalho de vários autores que estudaram essa diferença (Bell e Marshal, 2003; Hansen *et.al*, 2010; Somers *et.al* , 2014), já o facto de o grupo mais novo ser mais envolvido com a nutrição apresenta discrepâncias na literatura, nomeadamente na pesquisa de Bell e Marshall (2003) e na de Roininen *et.al* (1999), que concluem o contrário, tendo observado níveis mais altos de “Envolvimento com nutrição” entre os indivíduos mais velhos.

Efetivamente, seria expectável que os sujeitos mais velhos, com eventuais limitações alimentares, associadas ou não a doenças diagnosticadas, apresentassem “Envolvimento com nutrição” mais elevado. Uma possível explicação para esta situação reside no recente interesse por alimentação, referido no capítulo do Envolvimento com Nutrição, materializado em artigos publicados nos meios de comunicação social sobre o tema, a diversidade de programas de culinária, a proliferação de livros publicados por parte de nutricionistas e a grande quantidade de resultados gerados no Google e no *Instagram* à pesquisa com as palavras chave “alimentação” e “alimentação saudável”. Ora, o facto de algumas destas fontes estarem associadas a divulgação em plataformas digitais, de que são exemplo a internet e o *Instagram*, é natural que a sua utilização seja também mais intensa por parte

dos mais jovens, que, como referido anteriormente, constituem o público mais evidente da internet.

Já o facto de os indivíduos de instrução mais baixa revelarem menos “Envolvimento com nutrição”, e embora a literatura indique a mesma tendência (Sommers *et.al*, 2014; Barker *et.al*, 2008; Jarman *et.al*, 2012) deve ser encarado com alguma reserva, pois, apesar de os inquiridos com ensino superior apresentarem “Envolvimento com nutrição” um pouco mais elevado do que os que não o têm, essa diferença é mínima (uma centésima no valor da média) e não é estatisticamente significativa. Paralelamente, a caracterização do nível de Envolvimento Elevado indica que os indivíduos com menos escolaridade estão aqui mais representados do que no nível de Envolvimento Baixo, confirmando-se que também esta leitura deve ser realizada com reservas, não se devendo assumir diferenças rigorosas sobre o nível de escolaridade. Situação semelhante é observada relativamente à existência de nível mais elevado de “Envolvimento com nutrição” por parte dos solteiros, igualmente descrita por Somers *et.al* (2014), e que também não apresenta diferenças estatisticamente significativas na presente investigação.

Por outro lado, destaca-se que o nível de Envolvimento Elevado é o que tem menor peso, apesar de a diferença com o nível de Envolvimento Baixo ser muito pequena, sendo o nível de Envolvimento Moderado o mais representado. Considerando que a literatura indica que a comunicação em nutrição é tão mais eficaz quanto mais interesse existe por parte dos sujeitos sobre o tema (Mendelsohn, 1973; Paisley e Atkin, 2013), e caso essa percentagem de sujeitos com “Envolvimento com nutrição” elevado seja semelhante na população portuguesa, poderia concluir-se que o cenário para uma campanha de comunicação em nutrição não é o mais propício, uma vez que apenas 30% (o segmento minoritário) constituiria o grupo-alvo prioritário, mais recetivo às mensagens sobre nutrição. Paralelamente, deve observar-se as recomendações presentes na literatura (Hupfer e Gardner, 1971; Mitchell, 1981; Ammerman *et.al*, 2002; Noar, 2006; Snyder, 2007), indicando que a estratégia de comunicação para uma campanha de comunicação pública deve considerar abordagens distintas para os grupos-alvo em diferentes níveis de envolvimento, ou seja, considerar uma segmentação com base no nível de “Envolvimento com nutrição”.

Para a definição dessas abordagens, consideram-se enquadramentos teóricos mais adequados os seguintes: o *Elaboration Likelihood Model (ELM)* de Petty e Cacioppo (1986) parece adequado, uma vez que os autores consideram duas vias para a persuasão, tal como referido no Capítulo das Campanhas de Comunicação Pública em Saúde; o Health Belief Model de Becker (1974) e Rosenstock *et.al* (1988) que estabelece três condições determinantes para que ocorra mudança de comportamento; o *Transtheoretical model/ Stages of change model* de Prochaska e Velicer (1997) pois considera seis estágios de mudança, pressupondo que diferentes indivíduos se situarão em estágios diferentes. Os dois primeiros modelos, são aqui enfatizados pelo facto de, como referido anteriormente, integrarem o conceito de envolvimento; e o último porque encara a mudança de comportamento como um processo, considerando que diferentes indivíduos estarão em diferentes estágios desse processo, adequado à ideia de que o envolvimento com nutrição varia entre indivíduos.

Os entrevistados reportam também que atribuem “Valor à saúde”, configurando-se um cenário positivo para o desenvolvimento de práticas que a preservem e a sua maior permeabilidade a informação sobre saúde. Constatou-se que as mulheres valorizam mais a saúde do que os homens, tal como indicado na literatura (Gebhardt *et.al*, 2001).

Regista-se também que o escalão etário mais velho valoriza menos a saúde (apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas) do que os restantes dois escalões etários, resultados que contradizem o trabalho de Gebhardt *et.al* (2001) que conclui que os indivíduos mais novos valorizam menos a saúde. Os resultados da presente investigação causam, por isso, alguma estranheza, nomeadamente porque, caracterizando-se a idade por um agravamento do estado de saúde, seria compreensível que os indivíduos desejassem desenvolver fatores de proteção para a tentar preservar, o que evidenciaria níveis mais elevados de importância atribuída à saúde.

Destaca-se ainda a ideia de que o “Valor da saúde” é tão mais elevado quanto mais alto é o nível de envolvimento, concluindo-se que quanto mais alto é o nível de “Envolvimento com nutrição” mais valor é atribuído à saúde, apesar de as diferenças apenas serem estatisticamente significativas entre o nível de Envolvimento Elevado e os restantes dois Níveis.

Observa-se também que o “Valor da saúde” se relaciona mais com preocupações de prevenção do que pelo facto de existir doença diagnosticada. Esta situação é bastante favorável, e considerada positiva na literatura, ao objetivo estabelecido de reduzir a incidência de doenças não transmissíveis, cujas causas, como exposto anteriormente, residem em estilos de vida, nomeadamente, hábitos alimentares pouco saudáveis e sedentarismo (Contento, 2011; Saba e Vassallo; 2012; Somers *et.al*, 2014; Sarmugam e Worsley, 2015; DGS, PNPAS, 2012; WHO 2008). Porém, é igualmente interessante confrontar esta questão com a sugestão de alguns autores de que as campanhas de saúde devem definir como audiência-alvo os indivíduos diagnosticados com uma doença, segundo a ideia de que pode resultar em maior mudança de comportamento, já que esses sujeitos podem estar mais motivados para mudar (Pomerleau *et.al*, 2005; Snyder 2007). Esta recomendação é compreensível quando o objetivo da campanha não é a prevenção, uma vez que define como audiências-alvo as populações doentes. Ora, à luz dos resultados desta investigação, e considerando que uma campanha de comunicação pública em nutrição teria intuítos mais fortemente relacionados com a prevenção e, portanto, dirigida a uma população saudável, poderá concluir-se que as motivações de prevenção desta amostra são favoráveis à comunicação de prevenção.

O facto de 63,6% dos entrevistados referir que as doenças afetam as suas escolhas alimentares indicia, como se viu anteriormente, algum desconhecimento ou despreocupação sobre a relação entre alimentação e doença por parte dos restantes 36,3% dos inquiridos que indicam doenças, já que praticamente todas as doenças incluídas no inquérito têm relação direta com os hábitos alimentares.

Por outro lado, esta investigação revela que a saúde constitui a segunda motivação do “Envolvimento com nutrição”, apesar de ser a motivação à qual os inquiridos atribuem mais importância. Esta situação confirma que os indivíduos, ao conferirem primazia ao prazer na alimentação, remetem para segundo plano a questão da sua salubridade. De facto, esta questão revela que os indivíduos não sacrificarão o prazer e o sabor dos alimentos em prol de uma alimentação saudável, concluindo-se que as recomendações de refeições saudáveis devem assumir um compromisso com o sabor e o prazer proporcionado.

Tendo-se verificado que os inquiridos têm “Preocupação com a aparência física”, observou-se que as mulheres e os residentes no distrito de Lisboa são mais preocupados e que os mais velhos são menos preocupados, conclusões em linha com o trabalho de Hayes e Ross (1987), concretamente em relação às diferenças de sexo e idade.

E também se concluiu que a “Preocupação com aparência física” aumenta com o aumento de nível de “Envolvimento com nutrição”, indicando que quanto mais elevado é o nível de “Envolvimento com nutrição”, mais preocupação existe por parte dos inquiridos com a aparência física. No entanto, a baixa correlação entre a “Preocupação com a aparência física” e o “Envolvimento com nutrição”, bem como o facto de a primeira ter evidenciado impacto menor e não estatisticamente significativo no “Envolvimento com nutrição” é, de certa forma, dissonante com o interesse aparente dos indivíduos em informação sobre dietas, amplamente documentado no capítulo do Envolvimento com Nutrição, bem como com algumas conclusões apresentadas na literatura: Hayes e Ross (1987) enunciam que as preocupações com a aparência têm um efeito mais forte nas escolhas alimentares do que as preocupações com a saúde e Pollard *et.al* (1998) defendem a ideia da relação entre o controle de peso e a alimentação saudável. Este constitui assim outro tema que carece de investigação futura para aprofundamento do papel da “Preocupação com a aparência física” na sua relação com o “Envolvimento com nutrição”.

Sobre a importância atribuída ao “Prazer na alimentação”, destaca-se o facto de as mulheres lhe atribuírem mais importância, em linha com as conclusões das duas pesquisas de Roininen *et.al* (1999, 2001). As diferenças registadas entre grupos de idade coincidem igualmente com o trabalho de Roininen *et.al* (1999), indicando que os mais velhos valorizam menos o prazer na alimentação.

O prazer destaca-se como a motivação mais importante e a que mais impacto tem no “Envolvimento com nutrição”, corroborando os resultados de Wardle (1993), que conclui que o prazer é classificado significativamente como mais importante do que as características relacionadas com a saúde num dos perfis estudados. E as conclusões da investigação de Poínhos *et.al* (2009) em Portugal, indicam que o sabor dos alimentos é o fator determinante das escolhas alimentares, relativamente destacado da tentativa de se fazer uma alimentação saudável.

Sumarizando as principais questões, destaca-se a ideia de que as mulheres atribuem valorização mais alta a todas as dimensões estudadas: apresentam “Envolvimento com nutrição” mais elevado, valorizam mais a saúde, preocupam-se mais com a aparência física e atribuem mais importância ao “Prazer na alimentação”. Conclui-se ainda que o grupo etário mais novo também valoriza, mais do que os restantes escalões etários, aquelas dimensões, exceto o “Prazer na alimentação”, o qual é mais importante para o escalão etário 40-54 anos do que para o grupo mais jovem.

Assiste-se também à tendência de que os Níveis mais altos de “Envolvimento com nutrição” valorizam mais as três dimensões estudadas como motivações para o envolvimento com nutrição, a saúde, o prazer e a aparência física, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas em todos os níveis para todas as dimensões.

No contexto da comunicação pública em nutrição, deve ainda reter-se que a prevalência do prazer sobre as restantes motivações deve ser equacionada no contexto da comunicação sobre alimentação saudável, considerando o pressuposto de que os indivíduos deverão ser mais sensíveis a propostas de opções saborosas, que proporcionem prazer.

Por outro lado, o facto de as preocupações de saúde se relacionarem mais com questões de prevenção do que com doença diagnosticada, constitui uma oportunidade para que a comunicação em nutrição, cujo objetivo é a prevenção, atue com mais eficácia, uma vez que coincide com as motivações dos indivíduos.

À luz das considerações expostas, e relativamente à primeira Questão de Investigação, que pretende compreender que motivações estão subjacentes ao “Envolvimento com nutrição”, encerra-se a presente discussão recordando que, apesar da motivação saúde ser a que mais valorização obtém por parte dos inquiridos, ela não constitui a dimensão que mais explica o “Envolvimento com nutrição”. De facto, o “Prazer na alimentação” ocupa o lugar de primazia no modelo de regressão, concluindo-se que é a motivação que mais explica o “Envolvimento com nutrição”. Por seu lado, a aparência física, sendo a motivação mais fraca do “Envolvimento com nutrição”, ela não é estatisticamente significativa na mesma regressão, ficando por explicar o seu papel neste modelo.

6.3. O Impacto do Envolvimento com Nutrição no Interesse em Informação sobre Nutrição

Tendo-se observado que, em geral, os entrevistados revelam “Interesse em informação sobre nutrição”, concluiu-se que a “Importância das campanhas” é a dimensão mais valorizada e a “Consulta de tabelas nutricionais” a que apresenta média mais baixa. Considerando que as tabelas nutricionais contêm informação relativamente complexa e que a sua compreensão requer alguma literacia, seria expectável que obtivessem valorização mais baixa do que outras fontes mais acessíveis.

O facto de os inquiridos terem atribuído mais “Importância às campanhas” deve ser considerado com alguma relevância, nomeadamente porque, tendo-se concluído que os entrevistados procuram informação em nutrição e, sabendo que essa informação se encontra muito disponível, pode presumir-se que os indivíduos gostariam de ser abordados com recomendações sobre nutrição, talvez pelo facto de considerarem essas campanhas de comunicação uma fonte credível, com a vantagem da sua gratuitidade.

Por outro lado, deve reter-se que as mulheres e o escalão etário mais novo se declaram, em todas as dimensões e indicador estudados, mais interessadas em informação sobre nutrição. Esta conclusão é relativamente evidente, uma vez que, tendo reportado nível mais elevado de “Envolvimento com nutrição” e, coincidindo com a ideia já apresentada de que os indivíduos com níveis de envolvimento mais elevado manifestam mais “Interesse em informação sobre alimentação”, seria expectável que as mulheres e o escalão mais novo também revelassem mais “Interesse em informação sobre alimentação”. Este resultado é coincidente com as conclusões da investigação de Visschers *et.al* (2013), que reporta também que as mulheres têm mais “Interesse em informação nutricional” e que elas e os mais novos consultam mais frequentemente tabelas nutricionais. E as situações em que se consultam tabelas nutricionais com maior e menor frequência (quando tem que se determinar se um produto alimentar é ou não saudável e quando tem que se escolher produtos alimentares, respetivamente), coincidem igualmente com as conclusões de Visschers *et.al* (2013). Efetivamente, a situação de escolher produtos alimentares, sendo a

mais genérica de todas as apresentadas, pressupõe a consulta de tabelas com enorme frequência sendo, portanto, relativamente compreensível que seja a indicada como menos frequente na “Consulta de tabelas nutricionais”.

Sobre a utilização de outras fontes de informação, os resultados da presente investigação não são coincidentes com os de Visschers *et.al* (2013), uma vez que a fonte mais utilizada pelos inquiridos da primeira é a internet, seguida das fontes oficiais e dos familiares ou amigos; os entrevistados da pesquisa de Visschers *et.al* (2013) indicam as fontes oficiais como a mais utilizada, seguidas dos familiares ou amigos. Uma possível explicação para a importância que a internet assume nesta investigação é o facto de a amostra incluir 31,8% de indivíduos entre os 18 e os 39 anos, segmento muito familiarizado com os meios digitais, mas principalmente, uma larga maioria de sujeitos com ensino superior (83,7%), também mais associados à utilização da internet em Portugal (Ferreira e Silva, 2017). Efetivamente, a questão de as fontes de informação se diferenciarem em função do perfil social das audiências é estabelecida, definindo-se que cada fonte tem os seus públicos (Ferreira e Silva, 2017).

O facto de as fontes mais utilizadas não coincidirem com as preferidas e mais credíveis poderá dever-se ao aproveitamento que os indivíduos fazem das vantagens de acessibilidade e gratuidade da internet como fonte mais utilizada (reconhecendo, no entanto, a sua fragilidade em termos de credibilidade) e, por outro lado, discernirem o estatuto de credibilidade dos profissionais de saúde como fonte preferida e mais credível. Assim, a consciência de que a internet não constitui a fonte mais credível denota que a amostra inquirida poderá ser relativamente esclarecida sobre a natureza da informação ali veiculada, indiciando que poderá estar menos vulnerável a desinformação, cenário abordado no capítulo das Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição.

Numa comparação menos óbvia, constata-se que os inquiridos afirmam “Consultar tabelas nutricionais” mais frequentemente (3,98) do que utilizar a internet na procura de informação sobre alimentação saudável, apenas apontando a primeira fonte referida como mais frequentemente utilizada (3,89). Este resultado não deixa de causar alguma estranheza, uma vez que a informação que consta nas tabelas nutricionais, sendo relativamente científica, necessita de alguma literacia por parte dos indivíduos para a sua

compreensão, ao contrário da informação na internet, que pode disponibilizar linguagem mais acessível. E, tal como referido no capítulo das Campanhas de Comunicação Pública em Saúde, o índice de literacia em Portugal, apesar de revelar que 50% da população portuguesa tem um nível de literacia excelente ou suficiente, também indica que os restantes 50% se situam nos níveis inadequado e problemático (Espanha *et.al*, 2016). Este resultado poderia dever-se ao facto de a amostra da presente investigação apresentar um nível de escolaridade relativamente alto (praticamente 84% tem nível superior) e, portanto, ter igualmente mais alta literacia em saúde. Mas essa mesma característica de escolaridade mais elevada da amostra também explicaria a sua maior utilização da internet, pelo que esta situação poderá dever-se a algumas respostas que se enquadram no cenário de “desejabilidade social”, ou seja, os inquiridos tendem a dar respostas próximas do que consideram “dever fazer” e não tanto o que “fazem” na realidade.

A ideia que a presente investigação deixa clara é que a mais elevado “Envolvimento com nutrição” corresponde maior “Interesse em informação sobre nutrição”, em todas as dimensões e indicador que o aferiram, concluindo-se igualmente que o “Envolvimento com nutrição” tem impacto no interesse em informação sobre o tema, situação corroborada pelos resultados das correlações e análise de regressão obtidos.

Apesar de a “Importância das campanhas” se ter evidenciado como a dimensão mais valorizada pelos inquiridos, ela constitui, no modelo de investigação, a dimensão que, medindo o interesse em informação, apresenta correlação mais baixa com o “Envolvimento com nutrição”. E revelou ainda que o impacto do “Envolvimento com nutrição” na importância atribuída às campanhas não é estatisticamente significativo. Situação semelhante é observada relativamente ao facto de o “Envolvimento com nutrição” não ter impacto no “Interesse em informação nutricional” no modelo de regressão, uma vez que a correlação entre ambos não é estatisticamente significativa. Estes resultados não deixam, portanto, uma compreensão clara sobre a relação da “Importância das campanhas” e do “Interesse em informação nutricional” com o “Envolvimento com nutrição” por parte dos indivíduos.

Efetivamente, é o indicador “Tenho interesse em informação sobre alimentação”, que se evidencia como o que o “Envolvimento com nutrição” mais impacto gera, sendo a dimensão “Consulta de tabelas nutricionais” a segunda.

Dos temas sobre alimentação estudados, regista-se que o que mais interesse desperta é a alimentação saudável, situação que propicia igualmente a receção de informação sobre este mesmo tema.

À luz das reflexões apresentadas sobre a segunda questão de investigação que pretende compreender “Que predisposição gera o “Envolvimento com nutrição” para “Interesse em informação sobre nutrição”, dá-se por terminada a discussão, recordando que o primeiro tem impacto no segundo, constituindo os fatores “Tenho interesse em informação sobre nutrição” e “Utilização de tabelas nutricionais” os que mais explicam a relação do “Envolvimento com nutrição” e o “Interesse em informação sobre nutrição”. Paralelamente, sublinha-se a evidência de que níveis mais altos de “Envolvimento com nutrição” correspondem a maior “Interesse em informação sobre nutrição”.

Sobre a terceira questão de investigação, que pretende identificar os perfis dos indivíduos que apresentam maior e menor “Envolvimento com o tema da nutrição”, recorda-se que o nível Envolvimento Elevado é o que tem menor peso (30,0%) e muito próximo do Envolvimento Baixo (31,1%), sendo o nível Envolvimento Moderado o maior (38,9%). No entanto, as diferenças ínfimas de representatividade de cada grupo sociodemográfico nos três Níveis de Envolvimento, bem como o facto de apenas as variáveis sexo e idade discriminarem a dimensão “Envolvimento com nutrição” impõem as reservas anteriormente mencionadas à tentativa de caracterização dos três Níveis de Envolvimento. Tendo sido já discutidas algumas das implicações desta caracterização, fica registada a dificuldade de identificação dos perfis dos Níveis de Envolvimento como uma limitação da presente investigação.

Finalmente, a quarta questão de investigação, que pretende identificar as motivações que geram mais e menos predisposição para “Interesse em informação sobre nutrição”, recorda-se que, apesar de a motivação prazer constituir a que mais contribui para o “Envolvimento com nutrição”, o “Valor da saúde” é a que mais gera “Interesse em informação sobre nutrição”, situação igualmente propícia à informação pública em nutrição,

já que estes serão os indivíduos mais predispostos e interessados nessa informação. Por seu lado, a motivação “Preocupação com a aparência física” constitui a que gera menos “Interesse em informação sobre nutrição”, considerado igualmente a reserva de ela ter demonstrado não ser estatisticamente significativa no modelo de regressão. Assim, regista-se, mais uma situação favorável à comunicação pública em nutrição.

6.4. Considerações para as Campanhas de Comunicação Pública em Nutrição

Finaliza-se a presente discussão retomando a questão de identificação e caracterização do grupo alvo de uma possível campanha de comunicação em nutrição em Portugal, pressupondo as reservas que se impõem pelo facto de a amostra inquirida ser de conveniência, não podendo, portanto, representar a população portuguesa, com algumas consequências já abordadas. Em primeiro lugar, recordam-se os critérios orientadores da identificação dos indivíduos que devem ser considerados como grupo-alvo, retomando algumas conclusões apresentadas na literatura.

Como exposto no Capítulo do Envolvimento com Nutrição, os indivíduos que revelam alto envolvimento tendem a procurar e processar informação de forma ativa (Salmon, 1985) e o envolvimento duradouro provoca a procura e transmissão constante de informação sobre o objeto do seu envolvimento (Bloch *et.al*, 2009). Assume-se assim que os grupos mais envolvidos podem desempenhar o papel de líderes de opinião sobre o tema da nutrição assumindo a tarefa de propagação de informação (Bloch, 1981; Somers *et.al*, 2014). Esta situação parece ter também possibilidade de se materializar, uma vez que os familiares ou amigos constituem a terceira fonte mais utilizada pelos inquiridos. No entanto, deve considerar-se o alerta de Somers *et.al* (2014) que estabelece que a informação disseminada por estes líderes pode não ser absolutamente correta.

Sumarizando as principais conclusões e evidenciando as pistas para a comunicação pública em nutrição, deve sublinhar-se o papel de relevo que as mulheres e os jovens têm, tanto por declararem “Envolvimento com nutrição” mais elevado, como por evidenciarem mais “Interesse em informação sobre o tema”.

Também se concluiu que as campanhas de comunicação em nutrição beneficiam primordialmente os grupos que revelam interesse no tema e utilizam mais as fontes de informação (Visschers *et.al*, 2013).

Constatando-se ainda que as mulheres e os jovens constituem o perfil prioritário deste grupo-alvo, por terem revelado níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição”, parece poder fechar-se esta equação com a ideia de que os indivíduos acima descritos serão aqueles que tirarão mais benefício da comunicação pública em nutrição, uma vez que apresentam maior predisposição e “Interesse em informação sobre nutrição”.

A presente investigação defende assim a tese de que o “Envolvimento com nutrição” tem impacto no “Interesse em informação sobre nutrição”, verificando-se que níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição” correspondem a níveis mais altos de interesse em informação. Alega também que, para cumprir os objetivos de motivar as populações a adotarem práticas de alimentação mais saudável no sentido da prevenção, elas devem ser informadas sobre as opções mais saudáveis, constituindo as campanhas de comunicação pública em nutrição uma das opções a considerar. Argumenta ainda que o grupo-alvo prioritário de tais campanhas são os indivíduos que apresentam níveis de envolvimento mais elevados com o tema da nutrição, que na presente investigação representam os 30% do nível de Envolvimento Elevado e cujo perfil considera maioritariamente as mulheres e os jovens (18-39 anos). Sabendo que, embora evidenciem alguma consciência da relação entre saúde e alimentação, por questões que se prendem com a prevenção, a sua maior motivação é o prazer da alimentação. Mas confirma-se que o maior “Interesse em informação sobre nutrição” se prende com razões de importância atribuída à saúde.

6.5. Limitações da Investigação

A principal limitação da presente investigação centra-se na amostra, que, sendo de conveniência, impede a inferência dos seus resultados para a população portuguesa, cingindo-se, portanto, a esta estrutura amostral.

O facto de a escala “Envolvimento com nutrição” ter revelado duas componentes, uma identificada como importância da nutrição e outra como prazer de cozinhar pode constituir um fator que gera menos compreensão nos resultados deste trabalho, nomeadamente tendo-se verificado que o prazer de cozinhar é mais valorizado (média de 4,09) do que a importância da nutrição (4,01). Sendo um dos objetivos centrais desta investigação compreender o impacto que o “Envolvimento com nutrição” tem no “Interesse em informação sobre nutrição”, no contexto em que se enquadra uma campanha sobre alimentação saudável, o fator prazer de cozinhar é relativamente estranho nesta equação. Porém, como se referiu anteriormente, a decisão de se manter a análise sobre a dimensão global da escala prende-se com o interesse, para o estado da arte, em aplicar o mesmo instrumento utilizado por outros autores (Bell e Marshall, 2003; Barker *et.al*, 2008, Jarman *et.al*, 2012; Somers *et.al*, 2014; Sarmugam e Worsley, 2015), de forma a poder confrontar-se e discutir-se os resultados com mais precisão.

Foram ainda identificadas quatro situações que se consideram não explicadas pelo presente trabalho. A primeira diz respeito ao papel da aparência física no modelo teórico de investigação, que não apresenta evidência para se poder concluir se a “Preocupação com a aparência física” constitui uma motivação para o “Envolvimento com nutrição”.

O segundo caso refere-se à relação da “Importância das campanhas” com o envolvimento dos indivíduos com o tópico da nutrição, sobre a qual também não é fornecida compreensão clara, pelo facto de a relação modelar não ser estatisticamente significativa.

E situação semelhante, a terceira, é observada relativamente ao facto de o “Interesse em informação nutricional” não sofrer impacto do “Envolvimento com nutrição”, no modelo de regressão, uma vez que a correlação entre ambos não é estatisticamente significativa

A quarta circunstância diz respeito à definição do perfil dos três Níveis de “Envolvimento com nutrição” que se revelou pouco rigorosa, já que a maioria dos grupos sociodemográficos se situam no nível de Envolvimento Moderado e as diferenças de médias são ínfimas, não permitindo sequer uma identificação clara dos perfis de Envolvimento dos níveis extremos, Elevado e Baixo.

Em resultado da discussão dos resultados da presente investigação em confronto com o estado da arte, parece oportuno identificar a oportunidade para investigação futura de

aplicação do modelo a uma amostra representativa da população com dois objetivos prioritários: por um lado, fazer a caracterização sociodemográfica dos Níveis Elevado, Moderado e Baixo de “Envolvimento com nutrição”, no sentido de se poder definir com rigor os possíveis públicos-alvo de uma campanha de comunicação pública em nutrição, questão apresentada com grandes reservas no presente trabalho, permanecendo, assim, em aberto; por outro lado, compreender as relações efetivas das dimensões contempladas no modelo de investigação, nomeadamente para se entender o papel da importância atribuída à aparência física que, na presente investigação, fica por explicar com rigor. Estas questões revelam-se tão mais importantes, quanto a questão de a identificação dos perfis dos indivíduos ser crucial para se definirem os grupos-alvo das campanhas de informação pública em nutrição, como abordado nos capítulos das Campanhas de Comunicação Pública em Saúde e o do Envolvimento com Nutrição.

Conclusão

O presente trabalho posiciona-se numa fase formativa do planeamento estratégico de um possível programa de marketing social e campanha de comunicação pública, cuja intenção residiria em disseminar recomendações sobre alimentação saudável. O cenário português indicia que tal iniciativa seria relevante, uma vez que a população apresenta diversas inadequações alimentares face às recomendações da OMS, como ingestão de excesso de sal e de açúcares simples e consumo insuficiente de fruta e legumes (Lopes *et.al*, 2017).

O enquadramento teórico abarca três temas-chave: o marketing social, as campanhas de comunicação pública e o envolvimento com nutrição. A relação estabelecida entre eles é determinada pela literatura ao defender que, tal como na arena comercial, as campanhas de comunicação devem basear-se em estratégias de marketing, e no caso de informação pública, no marketing social; o envolvimento apresenta diversas provas dadas de que afeta a receptividade do grupo-alvo à comunicação.

Estabelecida na literatura a relação de uma alimentação saudável com a prevenção de doenças não transmissíveis, a presente investigação desenvolveu um modelo teórico que procura compreender se o “Envolvimento com nutrição” por parte dos indivíduos tem impacto no seu “Interesse em informação sobre o mesmo tema”, as motivações (saúde, prazer e aparência física) que têm mais impacto no “Envolvimento com nutrição” e quais geram mais “Interesse em informação sobre nutrição”.

Concretamente, procurou dar resposta às Questões de Investigação que pretendem compreender quais as motivações subjacentes ao “Envolvimento com nutrição”, a predisposição que o “Envolvimento com nutrição” gera para “Interesse em informação sobre nutrição”, identificar o perfil dos indivíduos que apresentam maior e menor envolvimento com nutrição e quais as motivações subjacentes ao “Envolvimento com nutrição” que geram mais e menos predisposição para “Interesse em informação sobre nutrição”.

O estudo do “Envolvimento com nutrição” revelou-se assim uma peça central neste trabalho, uma vez que a literatura indica que diferentes níveis de envolvimento conduzem a diferentes formas de processamento da informação (Laurent e Kapferer, 1985; Celsi e Olson, 1988; Greenwald e Leavitt, 1984), a maior ou menor resistência à persuasão (Petty e

Cacioppo, 1981) e a uma diferente sequência do impacto da comunicação (Chaffee e Roser, 1986; Petty e Cacioppo, 1981), conclui-se que o nível de envolvimento tem impacto na receptividade das audiências-alvo à comunicação.

A investigação assume uma posição ontológica objetivista, no positivismo no campo epistemológico e com um posicionamento paradigmático dedutivo. Recorreu a uma estratégia de investigação quantitativa, tendo aplicado um inquérito por questionário a uma amostra de conveniência, ao qual se obtiveram 1166 respostas válidas.

Os resultados da investigação confirmaram todas as hipóteses enunciadas, concluindo-se que a motivação que mais impacto tem no “Envolvimento com nutrição” é o prazer, seguido da saúde. A “Preocupação com a aparência física” revelou não ser estatisticamente significativa no modelo de regressão, ficando assim pouco esclarecido o seu papel na relação com o “Envolvimento com nutrição”.

Por outro lado, conclui-se ainda que o “Envolvimento com nutrição” tem impacto no “Interesse em informação sobre nutrição”, concretamente no “Interesse em informação sobre alimentação” e na “Consulta de tabelas nutricionais”, que se revelaram estatisticamente significativos no modelo de regressão.

Verificou-se ainda que as mulheres e o escalão etário mais novo valorizam mais praticamente todas as dimensões e indicadores estudados (com exceção para o “Valor da saúde” e para “Interesse em informação sobre alimentação”), revelando-se assim mais envolvidos com o tema da nutrição, mais preocupados com a aparência física e mais interessados em informação sobre nutrição.

Em geral, observa-se que os níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição” valorizam mais as dimensões e indicadores estudados, apesar de nem todas as diferenças serem estatisticamente significativas.

As principais conclusões apontam para a ideia de que existe um cenário favorável para a comunicação em nutrição, principalmente devido ao facto de, não só os inquiridos revelarem “Envolvimento com nutrição”, como por esse envolvimento estar mais relacionado com motivações de prevenção do que por existir doença diagnosticada, apesar de a saúde constituir a segunda motivação de “Envolvimento com nutrição”. De facto, o prazer destaca-se como a principal motivação para o “Envolvimento com nutrição”, indicando que os

indivíduos poderão ser mais recetivos a comunicação com recomendações saudáveis que evoquem prazer.

Ao indicar que os indivíduos com níveis de envolvimento mais elevado com determinado tema têm processamento de comunicação mais ativo (Salmon, 1985), exercem mais esforço cognitivo na compreensão das mensagens (Celsi e Olson, 1988), tendem a procurar e transmitir informação sobre os temas com os quais estão envolvidos (Bloch, 2009), e assumem o papel de líderes de opinião nesses tópicos (Bloch, 1981; Somers *et.al*, 2004), a literatura conclui que as audiências-alvo prioritárias de determinada campanha são constituídas pelos sujeitos que apresentam envolvimento elevado com o tópico em questão (Rothschild, 1979; Rogers e Storey, 1987; Grunig, 1989; Atkin e Rice, 2013)

Como consequência, é expectável que os indivíduos mais envolvidos com a nutrição apresentem maior predisposição e interesse para a receção de mensagens sobre o tema e desempenhem, de forma mais competente, o papel de líderes de opinião na disseminação de informação. Os grupos que se destacaram no presente trabalho com envolvimento mais elevado são as mulheres e os jovens, constituindo, por isso, o alvo prioritário de uma possível campanha de comunicação em nutrição em Portugal.

A presente investigação defende, assim, a tese de que o “Envolvimento com nutrição” tem impacto no “Interesse em informação sobre nutrição”, verificando-se que níveis mais elevados de “Envolvimento com nutrição” correspondem a níveis mais altos de interesse em informação. Alega também que, para cumprir os objetivos de motivar as populações a adotarem práticas de alimentação mais saudável no sentido da prevenção, elas devem ser informadas sobre as opções mais saudáveis, constituindo as campanhas de comunicação pública em nutrição uma das opções a considerar. Argumenta ainda que o grupo-alvo prioritário de tais campanhas são os indivíduos que apresentam níveis de “Envolvimento com nutrição” mais elevados, que na presente investigação representam os 30% do nível de Envolvimento Elevado e cujo perfil considera maioritariamente as mulheres e os jovens (18-39 anos). Sabendo que, embora evidenciem alguma consciência da relação entre saúde e alimentação, por questões que se prendem com a prevenção, a sua maior motivação é o

“Prazer da alimentação”. Mas confirma-se que o maior “Interesse em informação sobre nutrição” se prende com razões de importância atribuída ao “Valor da saúde”.

Os resultados deste trabalho contribuem com um pequeno passo para o estado da arte das Ciências da Comunicação tendo, por um lado, integrado de forma inédita no Enquadramento Conceptual três temáticas que a literatura requeria (Marketing Social, Campanhas de Comunicação Pública e Envolvimento com Nutrição) e, por outro, tendo desenvolvido um modelo teórico de investigação original que, aplicado em Portugal pela primeira vez, permitiu concluir sobre as relações entre o “Envolvimento com nutrição”, as motivações subjacentes e o “Interesse em informação sobre nutrição”.

Paralelamente, assume um contributo prático para o marketing e comunicação em saúde, ao reconhecer a existência de Níveis de Envolvimento com nutrição, ao compreender o papel da motivação prazer como a principal do “Envolvimento com nutrição” e o da saúde como estímulo para o interesse em informação nutricional e ainda ao identificar as mulheres e o escalão etário mais novo como grupos-alvo prioritários de uma possível campanha de comunicação pública em nutrição em Portugal, questões que devem ser consideradas úteis no planeamento estratégico do marketing social e da comunicação pública dessa eventual campanha.

Bibliografia

- Abroms, Lorien C. e Edward W. Maibach (2008), "The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behavior." *Annual Review of Public Health* 29 (1): 219–34.
- Ahmed, Rukhsana e Benjamin R. Bates (2016), *Health Communication and Mass Media: An Integrated Approach to Policy and Practice*, Routledge.
- Alcalay, Rina e Robert A. Bell (2000), *Promoting Nutrition and Physical Activity through Social Marketing: Current Practices and Recommendations*, Department of Communication and the Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing University of California, Davis.
- Alden, Dana L., Michael D. Basil e Sameer Deshpande (2011), "Communications in Social Marketing" em Gerard Hastings, Kathryn Angus e Carol Bryant, *The Sage Handbook of Social Marketing*, Los Angeles, Sage.
- Alencar *et.al* (2016), "Factors Related to Food Involvement in the Adult Population.", *Revista de Nutrição*, 29 (3): 337–45.
- Alves, Helena (2010), "The Who, Where, and When of Social Marketing.", *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 22 (4): 288–311.
- Ammerman, Alice S. *et.al* (2002), "The Efficacy of Behavioral Interventions to Modify Dietary Fat and Fruit and Vegetable Intake: A Review of the Evidence." *Preventive Medicine* 35 (1): 25–41.
- Anderson, Amy L. *et. al* (2011), "Dietary Patterns and Survival of Older Adults." *Journal of the American Dietetic Association*, 111 (1): 84–91.
- Anderson, David S. e Richard E. Miller (2016), *Health and Safety Communication: A Practical Guide Forward*. London, Routledge.
- Andreasen, Alan R. (1994), "Social Marketing: Its Definition and Domain.", *Journal of Public Policy & Marketing*, 13 (1): 108–14.
- Andreasen, Alan R. (2002) "Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace.", *Journal of Public Policy & Marketing*, 21 (1): 3–13.
- Antil, John H. (1984), "Conceptualization and Operationalization of Involvement.", *Advances in Consumer Research*, 11: 203-209.
- Aras, Radha (2011), "Social Marketing in Healthcare.", *Australasian Medical Journal*, 4 (8): 418–24.
- Arora, Raj (1982), "Validation of an SOR Model for Situation, Enduring, and Response Components of Involvement.", *Journal of Marketing Research*, XIX: 505–516.
- Atkin, Charles K. (1981), "Mass Media Campaign Effectiveness" em Ronald E. Rice e William Paisley (Eds), *Public Communication Campaigns* (p.265-279), Beverly Hills, CA: Sage citado por Charles T. Salmon (1989), *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Atkin, Charles K. (2001), "Theory and Principles of Media Health Campaigns", em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Atkin Charles K. e Vicki S. Freimuth (2001), "Formative Evaluation Research in Campaign Design" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Atkin, Charles K. e Ronald E. Rice (2013), "Theory and Principles of Public Communication Campaigns" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.

- Bahri, Priya e Mira Harrison-Woolrych (2012), "How to Improve Communication for the Safe Use of Medicines? Discussions on Social Marketing and Patient-Tailored Approaches at the Annual Meetings of the WHO Programme for International Drug Monitoring.", *Drug Safety* 35 (12): 1073–79.
- Balonas, Sara (2013), *A publicidade a favor de causas sociais: caracterização do fenómeno em Portugal, através da Televisão*, Tese de Doutoramento em Ciências da Comunicação, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Bandura, Albert (1999), "Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective." *Asian Journal of Social Psychology* 2 (1): 21–41.
- Barker, M., *et.al* (2008), "Women of Lower Educational Attainment Have Lower Food Involvement and Eat Less Fruit and Vegetables.", *Appetite*, 50 (2–3): 464–68.
- Bauman, Adrian *et.al* (2006), "Evaluation of Mass Media Campaigns for Physical Activity." *Evaluation and Program Planning*, Vol 29(3).
- Bearden, William O., Richard G. Netemeyer e Kelly L. Haws (2010), *Handbook of Marketing Scales: Multi-Item Measures for Marketing and Consumer Behavior Research*, Sage.
- Beaudoin, Christopher E. *et.al* (2007). "Promoting Healthy Eating and Physical Activity.", *American Journal of Preventive Medicine* 32 (3): 217–23.
- Becker, M.H. (1974), "The Health Belief Model and Personal Health Behavior", *Health Education Monographs* 2:324-473 citado por Irwin M. Rosenstock, Victor J. Strecher e Marshall H. Becker (1988), "Social Learning Theory and the Health Belief Model." *Health Education Quarterly* 15 (2): 175–83.
- Bell, Rick, e David W. Marshall (2003), "The Construct of Food Involvement in Behavioral Research: Scale Development and Validation.", *Appetite*, 40 (3): 235–44.
- Berger, Charles R. e Steven H. Chaffee (1987), "The Study of Communication as a Science" em Charles R. Berger e Steven H. Chaffee, *The Handbook of Communication Science*, Los Angeles, Sage.
- Blair-Stevens, Clive, Lucy Reinolds e Alex Christopoulos (2010), "Behavioral Theory: Understanding the Key Influences on Human Behavior". em Jeff French *et.al*, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Bloch, Peter H. (1981), "An Exploration into the Scaling of Consumer's Involvement with a Product Class.", *Advances in Consumer Research*, 8 (1): 61–65.
- Bloch, Peter H., Suraj Commuri e Todd J. Arnold (2009), "Exploring the Origins of Enduring Product Involvement.", *Qualitative Market Research: An International Journal*, 12 (1): 49–69.
- Bloom, Paul N. e William D. Novelli (1981), "Problems and Challenges in Social Marketing.", *Journal of Marketing*, 45 (2): 79.
- Boles, Myde *et.al* (2014) "Ability of a Mass Media Campaign to Influence Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Sugary Drinks and Obesity." *Preventive Medicine* 67, Supplement 1 S40–45.
- Bonoma, Thomas V. e Benson P. Shapiro (1983) *Industrial Market Segmentation: A Nested Approach*, Marketing Science Institute, citados por James E. Grunig (1989), "Publics, Audiences and Market Segments" em Charles T. Salmon, *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*, Newbury Park, California, Sage Publications.
- Bracht, N., (2001), "Community Partnership Strategies in Health Campaigns" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.

- Bryant, Jennings e Erika J. Pribanic-Smith (2010), "A Historical Overview of Research in Communication Science" em Berger, Charles R., Michael E. Roloff e David R. Ewoldsen, *The Handbook of Communication Science Los Angeles, Sage*.
- Burkell, Jacquelyn (2004), "Health Information Seals of Approval: What do They Signify?" *Information, communication & Society* 7 (4): 491-509.
- Burton, Melissa, Lynn Riddell e Anthony Worsley (2018), "Food Consumers' Views of Essential Food Knowledge and Skills for all Consumers", *Health Education*, Vol. 118 Issue: 3, pp.277-288.
- Cabral, Manuel V. e Pedro M. Ferreira (2017) "Introdução" em Ferreira, Pedro M., Nuno Lunet e Susana Silva, *A Informação sobre Saúde dos Portugueses. Fontes, Conhecimentos e Comportamentos*, Lisboa, Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina.
- Cappella, Joseph, N. et.al (2001) "Using Theory to Select Messages in Antidrug Media Campaigns: Reasoned Action and Media Priming" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Cash, Thomas F. (1994), "Body-Image Attitudes: Evaluation, Investment, and Affect." *Perceptual & Motor Skills* 78 (3): 1168.
- Cash, Thomas F. e Andrew S. Labarge (1996). "Development of the Appearance Schemas Inventory: A New Cognitive Body-Image Assessment". *Cognitive Therapy and Research* 20 (1): 37–50.
- Celsi, Richard L. e Jerry C. Olson (1988), "The Role of Involvement in Attention and Comprehension Processes.", *Journal of Consumer Research*, 15 (2): 210–24.
- Chaffee Steven H. e Charles R. Berger (1987), "What Communication Scientists Do" em Berger, Charles R. e Steven H. Chaffee, *The Handbook of Communication Science*, Los Angeles, Sage.
- Chaffee, Steven H. e Connie Roser (1986), "Involvement and the Consistency of Knowledge, Attitudes, and Behaviors.", *Communication Research*, 13 (3): 373–99.
- Cheng, Hong, Philip Kotler e Nancy Lee (2011), *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories*, Jones & Bartlett Learning.
- Cohen, Joel B. (1983), "Involvement and You: 1000 Great Ideas.", *NA-Advances in Consumer Research*, 10.
- Commission of the European Communities (2007), *White Paper on "A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity Related Health Issues"*. Disponível em http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf.
- Contento, Isobel (2011), *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice*, Jones & Bartlett Learning.
- Contento, Isobel, John L. Michela e Catherine J. Goldberg (1988.), "Food Choice among Adolescents: Population Segmentation by Motivations.", *Journal of Nutrition Education*, 20 (6): 289–98.
- Corcoran, Nova (2007), "Theories and Models in Communicating Health Messages" em Nova Corcoran, *Communicating Health: Strategies for Health Promotion*, London, Sage Publications.
- Cornil, Yann, e Pierre Chandon (2016), «Pleasure as an Ally of Healthy Eating? Contrasting Visceral and Epicurean Eating Pleasure and Their Association with Portion Size Preferences and Wellbeing». *Appetite* 104 (Setembro): 52–59.
- Costley, Carolyn L. (1988), "Meta Analysis of Involvement Research.", *Advances in Consumer Research*, 15 (1): 554–62.

- Czaplicki, G. *et.al* (2012), “Intention de Changement de Comportement lors de la Campagne de Santé Publique Vas-Y au Québec.” *Science & Sports* 27 (1): 23–30.
- Dann, Stephen (2010), “Redefining Social Marketing with Contemporary Commercial Marketing Definitions.”, *Journal of Business Research*, 63 (2): 147–53.
- Delia, Jesse (1987), “Communication Research: A history” em Charles R. Berger e Steven H. Chaffee, *Handbook of Communication Science*, Los Angeles, Sage.
- Devine, Patricia G. e Eduard R. Hirt (1989), “Message Strategies for Information Campaigns” em Charles T. Salmon, *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Dickson-Spillmann, M. e M. Siegrist (2011). “Consumers’ Knowledge of Healthy Diets and Its Correlation with Dietary Behaviour”, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24 (1): 54–60.
- Direcção Geral da Saúde (DGS) (2012), “Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas”. Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eS-fAXzPqqkJ:https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-promocao-da-alimentacao-saudavel-pdf.aspx+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=pt&client=safari>.
- Direcção Geral da Saúde (DGS) (2015), “A Saúde dos Portugueses. Perspectiva 2015”, Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>.
- Donovan, Rob (2011), “Social Marketing’s Mythunderstandings.”, *Journal of Social Marketing*, 1 (1): 8–16.
- Erinosho, Temitope O. *et.al* (2012), “Awareness of the Fruits and Veggies—More Matters Campaign, Knowledge of the Fruit and Vegetable Recommendation, and Fruit and Vegetable Intake of Adults in the 2007 Food Attitudes and Behaviors (FAB) Survey.” *Appetite* 59 (1): 155–60.
- Espanha, Rita (2009). *Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede – O Caso Português*, Ed. Monitor.
- Espanha, Rita (2013), *Informação e Saúde*, Fundação Manuel dos Santos.
- Espanha, Rita, Patrícia Ávila e Rita Veloso Mendes (2016), *Literacia em Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ettema, James S., James W. Brown e Russell V. Luepker (1983), “Knowledge Gap Effects in a Health Information Campaign.” *Public Opinion Quarterly* 47 (4): 516–27.
- Ferreira *et.al* (2017), “A Informação sobre Saúde dos Portugueses: Fontes, Conhecimentos e Comportamentos”, Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Ferreira, Pedro M., Nuno Lunet e Susana Silva (2017), *A Informação sobre Saúde dos Portugueses*, Lisboa, Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina.
- Ferreira, Pedro M. e Pedro A. da Silva (2017), “Fontes de Informação sobre Saúde” em Pedro M. Ferreira, Nuno Lunet e Susana Silva, *A Informação sobre Saúde dos Portugueses*, Lisboa, Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina.
- Filipe, Jessica, Cristina A. Godinho e Pedro Graça (2016), “Intervenções Comportamentais de Prevenção Da Obesidade Infantil: Estado Da Arte Em Portugal.” *Psychology, Community & Health* 5 (2): 170–84.

- Fox, Karen F. A. e Philip Kotler (1980), "The Marketing of Social Causes: The First 10 Years.", *Journal of Marketing*, 44 (4): 24.
- French, Jeff (2010a), "The Case for Social Marketing", em Jeff French *et.al*, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- French, Jeff. (2010b), "Partnership", em Jeff French *et.al*, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- French, Jeff e Clive Blair-Stevens (2010), "Key concepts and principles of social marketing", em Jeff French *et.al*, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- French, Jeff, Clive Blair-Stevens e Dominic McVey (2010), *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- French, Jeff (2017), "The Case for Social Marketing in Public Health", em Jeff French, *Social Marketing and Public Health. Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Gebhardt, W. A., M. P. van der Doef e L. B. Paul (2001), "The Revised Health Hardiness Inventory (RRHI-24): Psychometric Properties and Relationship with Self-Reported Health and Health Behavior in Two Dutch Samples." *Health Education Research* 16 (5): 579–92.
- Gerbner, G. (1967), 'Mass Media and Human Communication Theory', in F.E.X. Dance (ed.), *Human Communication Theory*, pp. 40-57, New York, Holt, Rinehart and Winston citado por McQuail, Denis (2000), *Teoria da Comunicação de Massas*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Gordon, Ross (2011), "Critical Social Marketing: Definition, Application and Domain.", *Journal of Social Marketing*, 1 (2): 82–99.
- Gordon, Ross (2012), "Re-Thinking and Re-Tooling the Social Marketing Mix.", *Australasian Marketing Journal*, 20 (2): 122–26.
- Gordon, Ross, *et.al* (2006), "The Effectiveness of Social Marketing Interventions for Health Improvement: What's the Evidence?," *Public Health*, 120 (12): 1133–39.
- Gould, Stephen J. (1988), "Consumer Attitudes Toward Health and Health Care: A Differential Perspective," *Journal of Consumer Affairs*, 22, 96–118 citado por William O. Bearden, Richard G. Netemeyer e Kelly L. Haws (2010), *Handbook of Marketing Scales: Multi-Item Measures for Marketing and Consumer Behavior Research*. SAGE.
- Graça, Pedro *et.al* (2016), *Portugal, Alimentação Saudável em Números – 2105. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*, Direção Geral da Saúde.
- Graça, Pedro *et.al* (2018), "A New Interministerial Strategy for the Promotion of Healthy Eating in Portugal: Implementation and Initial Results", *Health Research Policy and Systems*, 16:102.
- Greenwald, Anthony G. e Clark Leavitt (1984), "Audience Involvement in Advertising: Four Levels.", *Journal of Consumer Research*, 11 (1).
- Grier, Sonya e Carol A. Bryant (2005), "Social Marketing in Public Health.", *Annual Review of Public Health*, 26 (1): 319–39.
- Grunig, James E. (1989), "Publics, Audiences and Market Segments" em Charles T. Salmon, *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*, Newbury Park, California, Sage Publications.
- Hagues, Rachel, *et.al* (2016), "Nutrition Education for Low-Income Population through Social Marketing: Insight from SNAP-Ed Eligible Participants." *The FASEB Journal* 30 (1 Supplement).
- Hansen, Torben, Heidi Boye e Thyra Uth Thomsen (2010), "Involvement, Competencies, Gender and Food Health Information Seeking.", *British Food Journal*, 112 (4): 387–402.

- Hastings, Gerard (2011), "Introduction: A Movement in Social Marketing." em Gerald Hastings, Kathryn Angus e Carol Bryant, *The Sage Handbook of Social Marketing*, Los Angeles, Sage.
- Hastings, Gerard e Kathryn Angus (2011), "When Is Social Marketing Not Social Marketing?", *Journal of Social Marketing*, 1 (1): 45–53.
- Hastings, Gerard, Kathryn Angus e Carol Bryant (orgs) (2011) *The Sage Handbook of Social Marketing*, Los Angeles, Sage.
- Hayes, Diane e Catherine E. Ross (1987), "Concern with Appearance, Health Beliefs, and Eating Habits.", *Journal of Health and Social Behavior*, 120–130.
- Henwood, Flis (2004), Editorial Comment, em Loader *et.al*, *Information, Communication & Society* 7 (4): v-ix, Routledge.
- Higie, Robin A. e Lawrence F. Feick (1989), "Enduring Involvement: Conceptual and Measurement Issues.", *Advances in Consumer Research*, 16: 690–96.
- Hill, Manuela Magalhães e Andrew Hill (2000), *Investigação por Questionário*, Lisboa, Sílabo.
- Hirji, Faiza (2004), "Freedom or Folly? Canadians and the Consumption of Online Health Information" em Loader, Brian D. *et.al*, *Information, Communication & Society*, Vol 7, Number 4, Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hodgetts, Darrin (2012), "Civic Journalism Meets Civic Social Science: Foregrounding Social Determinants in Health Coverage" em *Comunicação e Sociedade. Mediatização Jornalística do Campo da Saúde*, número especial, Universidade do Minho.
- Honkanen, Pirjo e Goril Voldnes (2006), *Russian consumers' food habits. Results from a qualitative study in Moscow*, Fiskeriforskning.
- Honkanen, Pirjo e Lynn Frewer (2009), "Russian Consumers' Motives for Food Choice.", *Appetite*, 52 (2): 363–71.
- Hornik, Robert (1984), *Nutrition Education – A State of the Art Review*, The World Bank, disponível em <http://documents.worldbank.org/curated/en/988571468767383244/Nutrition-education-a-state-of-the-art-review>
- Hornik, Robert (2002), *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*, Routledge.
- Hornik, Robert (2013), "Why Can't We Sell Human Rights Like We Sell Soap?" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Houston, Michael J. e Michael L. Rothschild (1978), "Conceptual and Methodological Perspectives on Involvement," em Subhash C. Jain. (org), *Research Frontiers in Marketing: Dialogues and Directions*, Educators Conference Proceedings. American Marketing Association.
- Hung, C. L. (2017). *A Meta-analysis of the Evaluations of Social Marketing Interventions Addressing Smoking, Alcohol Drinking, Physical Activity, and Eating*, PhD Dissertation on Philosophy, School of Public Health, Indiana University.
- Hupfer, Nancy T. e David Gardner (1971), "Differential Involvement with Products and Issues: An Exploratory Study," em *Proceedings of the Second Annual Conference of the Association for Consumer Research*: 262-270.
- Hutton, R. Bruce e Olli T. Ahtola (1991), "Consumer Response to a Five Year Campaign to Combat Air Pollution", *Journal of Public Policy & Marketing*, 10 (1): 242–56.
- Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF). Disponível em <https://ian-af.up.pt>

- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2016), Inquérito Nacional de Saúde, 2014. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2.
- Jain, Subhash C. (1978), *Research Frontiers in Marketing: Dialogues and Directions: 1978 Educators Conference Proceedings*, American Marketing Association.
- Janssen, Meriam M. et.al (2013). "Effectiveness of Alcohol Prevention Interventions Based on the Principles of Social Marketing: A Systematic Review.", *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 8 (1): 1–11.
- Jarman, M., et.al (2012). "Low Levels of Food Involvement and Negative Affect Reduce the Quality of Diet in Women of Lower Educational Attainment", *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25 (5): 444–52.
- Jensen, Thomas D., Les Carlson e Carolyn Tripp (1989), "The Dimensionality of Involvement: An Empirical Test.", *Advances in Consumer Research*, 16 (1): 680–89.
- Kammer, Adrian, et.al (2016), "Finding One's Way on the Roads to Social Change: The Metamodel of the Impact of FOPH Communication Campaigns." *Social Marketing Quarterly* 22 (2): 89–106.
- Kapferer, Jean-Noel e Gilles Laurent (1985), "Consumer Involvement Profiles: A New Practical Approach to Consumer Involvement", *Journal of Advertising Research*, World Advertising Research Center, 1985, 25 (6), pp.48-56.
- Kassarjian, Harold H. (1981), "Low Involvement: A Second Look." *Advances in Consumer Research* 8 (1): 31–34.
- Kim, Yungwook (2003), "Conceptualizing health campaign strategies through the level of involvement", *Corporate Communications*, 8(4), 255-267.
- Kornelis, Marcel et.al (2007), «Consumer Selection of Food-Safety Information Sources». *Risk Analysis*, 27 (2): 327–35.
- Kotler, Philip e Alan R. Andreasen (1995), *Strategic Marketing for Non-Profit Organizations*, Upper Saddle River, Prentice-Hall.
- Kotler, Philip e Gerald Zaltman (1971), "Social Marketing: An Approach to Planned Social Change.", *Journal of Marketing*, 35 (3): 3–12.
- Kotler, Philip e Nancy R. Lee (2008), *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Los Angeles, Sage Publications, Inc.
- Kotler, Philip, Nancy Lee e Michael Rothschild, *Personal Communication* (2006), citados por Philip Kotler e Nancy Lee (2008), *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Los Angeles, Sage Publications, Inc.
- Kotler, Philip, Ned Roberto e Nancy R. Lee (2002), *Social Marketing: Improving the Quality of Life*, Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Kopfman, Jenifer E. e Amanda Ruth-McSwain (2012), "Public Information Campaigns" em Mordecai Lee, Grant Neeley e Kendra BStewart, *The Practice of Government Public Relations*, New York, CRC Press.
- Krugman, H.E. (1965), "The impact of television advertising: Learning without involvement," *Public Opinion Quarterly*, 29. 349-356 citado por Richard E. Petty e John T. Cacioppo (1981), "Issue Involvement as a Moderator of the Effects on Attitude of Advertising Content and Context." *Advances in Consumer Research*, 8 (1): 20–24.

- Krugman, Herbert E. (1966). "The Measurement of Advertising Involvement.", *The Public Opinion Quarterly*, 30 (4): 583–96.
- Laczniak, Gene R., Robert F. Lusch e Patrick E. Murphy (1979), "Social Marketing: Its Ethical Dimensions.", *Journal of Marketing* 43 (2): 29–36.
- Lakshmi, Pinni Vasantha e M. Sakhivel Murugan (2008), "Socioeconomic Characteristics and Consumers' Purchasing Involvement.", *ICFAI Journal of Consumer Behavior* 3 (4): 69–79.
- Lastovicka, John L. (1979). "Questioning the Concept of Involvement Defined Product Classes.", *Advances in Consumer Research*, 6 (1): 174–79.
- Lastovicka, John L. e David M. Gardner (1979), "Components of Involvement." em John C. Maloney e Bernard Silverman (eds.), *Attitude Research Plays for High Stakes*. Chicago: American Marketing Association, pp. 53-73.
- Lau, Richard R., Karen A. Hartman e John E. Ware (1986), "Health as a Value: Methodological and Theoretical Considerations." *Health Psychology* 5 (1): 25–43.
- Laurent, Gilles e Jean-Noël Kapferer (1985), "Measuring Consumer Involvement Profiles.", *Journal of Marketing Research*, 22 (1): 41–53.
- Lazarsfeld, Paul Felix e Robert King Merton (1948), "Mass Communication, Popular Taste and Organized Social Action" em Lyman Bryson, *The Communication of Ideas*, New York, Harper.
- Leavy, Justine E. *et.al* (2014), "Examining the Communication Effects of Health Campaigns." *Sage Open* 4 (2): 1–12, disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2158244014533557>
- Lee, Mordecai, Grant Neeley e Kendra Stewart (2012), *The Practice of Government Public Relations*, New York, CRC Press.
- Lee, Nancy R. (2011) "Tuberculosis keys to success in Peru". em H. Cheng, P. Kotler, N. Lee, *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories*. Jones & Bartlett Learning.
- Lee, Nancy R., Michael L. Rothschild e William Smith (2011), "A Declaration of Social Marketing's Unique Principles and Distinctions", disponível em <http://www.hwctf.org/Lee%20N%20R%20et%20al%202011%20A%20Declaration%20of%20Social%20Marketings%20Unique%20Principles%20and%20Distinctions.pdf>
- Lee, Nancy R. e Philip Kotler (2011), *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Los Angeles, Sage Publications, Inc.
- Lefebvre, R. Craig e June A. Flora (1988), "Social Marketing and Public Health Intervention.", *Health Education & Behavior*, 15 (3): 299–315.
- Leganger, Anette e Pål Kraft (2003), "Control Constructs: Do They Mediate the Relation between Educational Attainment and Health Behaviour?", *Journal of Health Psychology*, 8 (3): 361–72.
- Lengeler, Christian. (1999). "Editorial: From Rio to Iragua – Sustainability versus Efficiency and Equity for Preventive Health Interventions.", *Tropical Medicine & International Health*, 4 (6): 409–11.
- Lopes, Carla *et.al* (2017), *Inquérito Alimentar Nacional e de Actividade Física*, Universidade do Porto. Disponível em http://ciafel.fade.up.pt/modules/file_repository/data/Site/relatorio_resultados_ian_af.pdf
- Lopes, F. *et.al* (2012), "A Saúde em Notícia entre 2008 e 2010: Retratos do que a Imprensa Portuguesa Mostrou" em *Comunicação e Sociedade*, número especial, Mediatização Jornalística do Campo da Saúde, Universidade do Minho.

- Malafarina, Katryna e Barbara Loken (1993), "Progress and Limitations of Social Marketing: A Review of Empirical Literature on the Consumption of Social Ideas.", *Advances in Consumer Research*, 20 (1): 397–404.
- Maloney, John C. e Bernard Silverman (1979), *Attitude Research Plays for High Stakes*. Chicago: American Marketing Association.
- Maroco, João (2007), *Análise Estatística com Utilização do SPSS*, Edições Sílabo, Lisboa
- Marinescu, Valentina e Bianca Mitu (2016), *The Power of the Media in Health Communication*, New York, Routledge.
- Marshall, David e Rick Bell (2004), "Relating the Food Involvement Scale to Demographic Variables, Food Choice and Other Constructs.", *Food Quality and Preference*, Fifth Rose Marie Pangborn Sensory Science Symposium, 15 (7–8): 871–79.
- Martins, Oliva M.D. (2012), *Marketing Social: Uma Aplicação ao Comportamento do Aleitamento Materno*, Tese de Doutoramento em Gestão, Universidade da Beira Interior.
- Matarazzo, Joseph. D. (1982), "Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology", *American Psychologist*, 37, 1-14.
- McDermott, Laura, Martine Stead e Gerard Hastings (2005a), "What Is and What Is Not Social Marketing: The Challenge of Reviewing the Evidence.", *Journal of Marketing Management*, 21 (5–6): 545–53.
- McDermott, Laura *et.al* (2005b), *A Systematic Review of the Effectiveness of Social Marketing Nutrition and Food Safety Interventions*, University of Stirling and Institute for Social Marketing.
- McGuire, William J. (1984), "Public Communication as a Strategy for Inducing Health-Promoting Behavioral Change.", *Preventive Medicine*, 13 (3): 299–319.
- McGuire, William J. (2001), "Input and Output Variables Currently Promising" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- McKenzie-Mohr, Doug (2000), "Fostering Sustainable Behavior through Community-Based Social Marketing.", *American Psychologist*, 55 (5): 531–37.
- McKenzie-Mohr, Doug (2000), "Fostering Sustainable Behavior through Community-Based Social Marketing.", *American Psychologist* 55 (5): 531–37.
- McKinley, Nita Mary e Janet Shibley Hyde (1996), "The Objectified Body Consciousness Scale Development and Validation." *Psychology of Women Quarterly* 20 (2): 181–215.
- McQuail, Denis (2000), *Teoria da Comunicação de Massas*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- McQuail, Denis (2010), *McQuail's Mass Communication Theory*, Sage Publications.
- McVey, Dominique e Lynne Walsh (2010), "Generating "Insight" and Building Segmentations - Moving Beyond Simple Targeting". em Jeff French *et.al*, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Mendelsohn, Harold (1968), "Which Shall It Be: Mass Education or Mass Persuasion for Health?", *American Journal of Public Health and the Nations Health* 58 (1): 131–37.
- Mendelsohn, Harold (1973), "Some Reasons Why Information Campaigns Can Succeed." *Public Opinion Quarterly* 37 (1): 50.
- Michaelidou, Nina e Sally Dibb (2008), "Consumer Involvement: A New Perspective.", *Marketing Review* 8 (1): 83–99.
- Miller, Gerald R. (1987), "Persuasion" em Charles R Berger e Steven H. Chaffee, *The Handbook of Communication Science*, Los Angeles, Sage.

- Miranda, Sandra (2007), *Liderazgo Política en las Organizaciones: en Busca de la Teoría*, Tesis doctoral en Comunicación Social, Universidade Complutense de Madrid, Escola Superior de Comunicação Social.
- Mitchell, Andrew A. (1979), "Involvement: A Potentially Important Mediator of Consumer Behavior.", *Advances in Consumer Research*, 6 (1): 191–96.
- Mitchell, Andrew A. (1981), "The Dimensions of Advertising Involvement.", *Advances in Consumer Research*, 8 (1): 25–30.
- Mulgan, Geoff (2010), *Influencing Public Behaviour to Improve Health and Wellbeing. An Independent Report*. Young Foundation. Disponível em https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/dh_111694.pdf
- Murphy, Kevin R. e Davidsholder, Charles O. (2005), *Psychological Testing Principles and Applications*, Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey.
- Netemeyer, Richard G., Scot Burton e Donald R. Lichtenstein (1995), "Trait Aspects of Vanity: Measurement and Relevance to Consumer Behavior," *Journal of Consumer Research*, 21, 612–26.
- Nicholson, Michael e Sarah Hong Xiao (2011), "Consumer Behaviour Analysis and Social Marketing Practice.", *The Service Industries Journal*, 31 (15): 2529–42.
- Noar, Seth M. (2006), "A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go from Here?" *Journal of Health Communication* 11 (1): 21–42.
- Nowak, Glen J. e Charles T. Salmon (1987), "Measuring Involvement with Social Issues.", Paper presented at the *Anual Meeting of the Association for Education in Journalism and Mass Communication* (70th, San Antonio, TX, August 1-4). Disponível em <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED285173.pdf>
- Orr, Neil, Andrew J. Milat e Ming Lin (2010), "Evaluation of the 2008 NSW Water Campaign", *Health Promotion Journal of Australia* 21 (2): 114–19.
- O'Shaughnessy, Nicholas (1996), "Social Propaganda and Social Marketing: A Critical Difference?" *European Journal of Marketing*, 30 (10): 62-75.
- Paisley, William J. e Charles K. Atkin (2013) "Public Communication Campaigns - The American Experience" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Peattie, Ken e Sue Peattie (2009), "Social Marketing: A Pathway to Consumption Reduction?", *Journal of Business Research*, 62 (2): 260–68.
- Peattie, Sue, Ken Peattie e Robyn Thomas (2012), "Social Marketing as Transformational Marketing in Public Services.", *Public Management Review*, 14 (7): 987–1010.
- Pettegrew, Loyd S. e Robert Logan (1987), "The Health Care Context" em Charles R. Berger e Steven H. Chaffee, *The Handbook of Communication Science*. Los Angeles, Sage.
- Petty, Richard E. e John T. Cacioppo (1981), "Issue Involvement as a Moderator of the Effects on Attitude of Advertising Content and Context.", *Advances in Consumer Research*, 8 (1): 20–24.
- Petty, Richard E. e John T. Cacioppo (1986). "The Elaboration Likelihood Model of Persuasion." em *Communication and Persuasion*, 1–24. Springer Series in Social Psychology. Springer, New York, NY.
- Petty, Richard E., John T. Cacioppo e David Schumann (1983), "Central and Peripheral Routes to Advertising Effectiveness: The Moderating Role of Involvement.", *Journal of Consumer Research*, 10 (2): 135–46.

- Pivonka, Elizabeth *et.al* (2011), "Development of the Behaviorally Focused Fruits & Veggies - More Matters Public Health Initiative.", *Journal of the American Dietetic Association*, 111 (10): 1570–77.
- Pollay, Richard W. (1989), "Campaigns Change and Culture: On the Polluting Potential of Persuasion" em Salmon, Charles. T., *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Póinhos *et.al* (2009), Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa, *Alimentação Humana*, 15 (3): 43-60.
- Pollard, Christina M., *et.al* (2008), "Increasing Fruit and Vegetable Consumption: Success of the Western Australian Go for 2&5 Campaign.", *Public Health Nutrition* 11 (3).
- Pollard, Christina M., *et.al* (2009), "Changes in Knowledge, Beliefs, and Behaviors Related to Fruit and Vegetable Consumption Among Western Australian Adults from 1995 to 2004.", *American Journal of Public Health* 99 (2): 355–61.
- Pollard, T. M., Andrew. Steptoe e J. Wardle (1998), "Motives Underlying Healthy Eating: Using the Food Choice Questionnaire to Explain Variation in Dietary Intake.", *Journal of Biosocial Science*, 30 (2): 165–79.
- Pomerleau, Joceline *et.al* (2005). "Interventions Designed to Increase Adult Fruit and Vegetable Intake Can Be Effective: A Systematic Review of the Literature.", *The Journal of Nutrition* 135 (10): 2486–95.
- Prochaska, James O. e Wayne. F. Velicer. (1997), "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change." *American Journal of Health Promotion: AJHP* 12 (1): 38–48.
- Quinn, Gwendolyn P. *et.al* (2010), "Developing a Common Language for Using Social Marketing: An Analysis of Public Health Literature.", *Health Marketing Quarterly*, 27 (4): 334–53.
- Rakow, Lana. F. (1989:), "Information and Power: Toward a Critical Theory of Information Campaigns" em Charles T. Salmon (1989), *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California, Sage Publications, Inc.
- Ramos, Maria Madalena C. (2003), *Matemática: a Bela ou o Monstro? Contributos para uma Análise das Representações Sociais da Matemática dos Alunos do 9º Ano de Escolaridade*, Tese de Doutoramento em Educação, Universidade de Lisboa.
- Randolph, Whitney e K. Viswanath (2004), "Lessons Learned from Public Health Mass Media Campaigns: Marketing Health in a Crowded Media World." *Annual Review of Public Health* 25 (1): 419–37.
- Ray, Michael L. (1979), "Involvement and Other Variables Mediating Communication Effects as Opposed to Explaining All Consumer Behavior.", *Advances in Consumer Research* 6 (1): 197–99.
- Reckinger, Rachel e Faustine Régnier (2017), "Diet and Public Health Campaigns: Implementation and Appropriation of Nutritional Recommendations in France and Luxembourg." *Appetite* 112 (May): 249–59.
- Rice, Ronald E. e Charles K. Atkin (2013), *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Richins, Marsha L., Peter H. Bloch e Edward F. McQuarrie (1992), "How Enduring and Situational Involvement Combine to Create Involvement Responses.", *Journal of Consumer Psychology*, 1 (2): 143.
- Rodgers, W. C, and Schneider, K. C. (1993), "An Empirical Evaluation of the Kapferer- Laurent Consumer Involvement Profile Scale", *Psychology and Marketing*, Vol. 4, (July-August), pp. 333-

- 345, citados por Nina Michaelidou e Sally Dibb (2008), "Consumer Involvement: A New Perspective.", *Marketing Review* 8 (1): 83–99.
- Rodrigues, Ricardo, Stefania Ilinca e Katharine Schulmann (2018), "It's Better Together! European Perspective on Benefits and Challenges Associated with Cross-border Health Communication Campaigns", *PLoS ONE*, 13(10).
- Rogers, Everett M. (1983), *Diffusion of Innovations*, The Free Press.
- Rogers, Everet M. e Douglas Storey (1987), "Communication Campaigns" em Charles R. Berger e Steven H. Chaffee, *The Handbook of Communication Science*. Los Angeles, Sage.
- Roininen, Katariina, L Lähteenmäki e H Tuorila (1999), "Quantification of Consumer Attitudes to Health and Hedonic Characteristics of Foods." *Appetite* 33 (1): 71–88.
- Roininen, Katariina *et al* (2001), "Differences in Health and Taste Attitudes and Reported Behaviour among Finnish, Dutch and British Consumers: A Cross-National Validation of the Health and Taste Attitude Scales (HTAS).", *Appetite*, 37 (1): 33–45.
- Rosenstock, Irwin M., Victor J. Strecher e Marshall H. Becker (1988), "Social Learning Theory and the Health Belief Model." *Health Education Quarterly* 15 (2): 175–83.
- Rothschild, Michael L. (1979), "Marketing Communications in Nonbusiness Situations or Why It's So Hard to Sell Brotherhood like Soap.", *Journal of Marketing*, 43 (2): 11.
- Rothschild, Michael L. (1984), "Perspectives on Involvement: Current Problems and Future Directions.", *Advances in Consumer Research*, 11 (1).
- Rothschild, Michael L. (1997), "An Historic Perspective of Social Marketing.", *Journal of Health Communication*, 2 (4): 308–9.
- Rothschild, Michael L. (1999), "Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors.", *Journal of Marketing*; 63(4), 24-37.
- Rothschild, Michael L. (2001), "Ethical Considerations in the Use of Marketing for the Management of Public Health and Social Issues" em Alan R. Andreasen, *Ethics in Social Marketing*, citado por Aiden Truss, e Paul White (2010), "Ethical issues in social marketing" em Jeff French *et. al*, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Rozin, P. *et al*. (1999), "Attitudes to Food and the Role of Food in Life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible Implications for the Diet–Health Debate.", *Appetite*, 33 (2): 163–80.
- Ruão, Teresa *et al* (2012), "Comunicação em Saúde, Dois Campos em Intersecção, em *Comunicação e Sociedade*, número especial, *Mediatização Jornalística do Campo da Saúde*, Universidade do Minho.
- Ruão, Teresa (2013), "Estratégias de Comunicação na Saúde – na promoção da igualdade", em *A Saúde em Notícia: Repensando Práticas de Comunicação*, CECS – Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho.
- Rutherford, Paul (2000). *Endless Propaganda: The Advertising of Public Goods*. University of Toronto Press.
- Saba, Anna e Marco Vassallo (2012), "The Influence of Health Involvement and Satisfaction on Healthy Food Choices among People over 60 Years.", *International Journal of Consumer Studies*, 36 (1): 44–53.
- Salmon, Charles T. (1985) *The Role of Involvement in Health-Information Acquisition and Processing*, PhD Thesis on Philosophy, Faculty of the Graduate School of the University of Minnesota.

- Salmon, Charles T. (1989), "Campaigns for Social "Improvement": An Overview of Values, Rationales, and Impacts" em Charles T. Salmon, *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Salmon, Charles. T. e Lisa Murray-Johnson (2001), "Communication Campaign Effectiveness and Effects: Some Critical Distinctions" em Ronald E. Rice e Charles. K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California Sage Publications.
- Sánchez, Carmen C. (2012) "Información Sobre Saúde Sanitaria e Médica nos Médios de Comunicacion en España. Estado da Cuestion nos Diferentes Médios: Prensa, Rádio, Television e Internet" em *Comunicação e Sociedade. Mediatização Jornalística do Campo da Saúde*, número especial, Universidade do Minho.
- Santos, Carlos O. (2006), "O Marketing Social Como Instrumento Das Políticas Públicas." *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* 5 (3): 28–35.
- Santos, Carlos O. (2012), *Melhorar a Vida: Um Guia de Marketing Social*, Fundação Cebi.
- Santos, Carlos O. (2013), *Marketing Social nas Políticas Públicas*, Tese de Doutoramento em Ciência Política, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Sarmugam, Rani e Anthony Worsley (2015), "Dietary Behaviours, Impulsivity and Food Involvement: Identification of Three Consumer Segments.", *Nutrients*, 7 (9): 8036–57.
- Schwarzer, Ralf, *et.al* (2007), "Adoption and Maintenance of Four Health Behaviors: Theory-Guided Longitudinal Studies on Dental Flossing, Seat Belt Use, Dietary Behavior, and Physical Activity". *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 33 (2): 156–66
- Sherif, Carolyn, Muzafer Sherif e Roger Nebergall (1965), *Attitude and attitude change: The Social Judgement-Involvement Process*. Saunders, citados por Nancy T. Hupfer e David Gardner (1971), "Differential Involvement with Products and Issues: An Exploratory Study," em *Proceedings of the Second Annual Conference of the Association for Consumer Research*: 262-270.
- Sherif, Carolyn, Muzafer Sherif e Roger Nebergall (1965), *Attitude and attitude change: The Social Judgement-Involvement Process*. Saunders citados por Richard E. Petty e John T. Cacioppo (1981), "Issue Involvement as a Moderator of the Effects on Attitude of Advertising Content and Context." *Advances in Consumer Research*, 8 (1): 20–24.
- Sherif, Muzafer e Carl Hovland (1961),^{[1][5]} *Social Judgement: Assimilation and Contrast Effects in Communication and Attitude Change*. New Haven: Yale University Press, citados por Gilles Laurent e Jean-Noël Kapferer (1985), "Measuring Consumer Involvement Profiles." *Journal of Marketing Research*, 22 (1): 41–53.
- Sherif, Muzafer e Carl I. Hovland (1961),^{[1][5]} *Social Judgement: Assimilation and Contrast Effects in Communication and Attitude Change*. New Haven: Yale University Press, citados por Glen J. Nowak e Charles T. Salmon (1987), "Measuring Involvement with Social Issues." Paper presented at the Anual Meeting of the Association for Education in Journalism and Mass Communication (70th, San Antonio, TX, August 1-4, 1987).
- Shimp, Terence A. e Subhash Sharma (1983), "The Dimensionality of Involvement: A Test of the Automobile Involvement Scale," em Darden, W. R., Monroe, K. B. e Dillon, W. R. AMA Winter Educators' Conference: Research Methods and Causal Modeling in Marketing, Chicago: American Marketing Association, citados por Thomas D. Jensen, Les Carlson e Carolyn Tripp (1989), "The Dimensionality of Involvement: An Empirical Test.", *Advances in Consumer Research*, 16 (1): 680–89.

- Silva, Pedro A. (2009), *A Saúde nos Mass Media. Representações da Saúde, do Sistema de Saúde e das Políticas Públicas de Saúde na Imprensa Escrita Portuguesa*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Silva, Pedro A. (2011), *A Saúde nos Media, Representações do Sistema de Saúde e das Políticas Públicas na Imprensa Escrita Portuguesa*, Editora Mundos Sociais, Lisboa.
- Silva, Rui Brites (2011a), *Valores e Felicidade no Século XXI: um Retrato Sociológico dos Portugueses em Comparação Europeia*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Simpson, Courtney C., Brandon J. Griffin e Suzanne E. Mazzeo (2017), "Psychological and Behavioral Effects of Obesity Prevention Campaigns." *Journal of Health Psychology*, February 1.
- Sixsmith, J. *et.al* (2014), "A Literature Review on Health Communication Campaign Evaluation with Regard to the Prevention and Control of Communicable Diseases in Europe.", Stockholm, Technical Report, European Centre for Disease Prevention and Control.
- Slama, Mark E. e Armen Tashchian (1985), "Selected Socioeconomic and Demographic Characteristics Associated with Purchasing Involvement.", *Journal of Marketing* 49 (1): 72–82.
- Snyder, Leslie B. (2001), "How Effective are Mediated Health Campaigns?" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Snyder, Leslie B. (2007), "Health Communication Campaigns and Their Impact on Behavior", *Journal of Nutrition Education and Behavior* 39 (2): S32–40.
- Snyder, Leslie B. e Mark A. Hamilton, (2002) "A Meta-Analysis of U.S. health Campaign Effects on Behavior: Emphasize Enforcement, Exposure, and New Information, and Beware the Secular Trend" em Robert Hornik, *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*, Routledge.
- Snyder, Leslie B. *et.al* (2004), "A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States." *Journal of Health Communication* 9 (sup1): 71–96.
- Somers, Julia, Anthony Worsley e Sarah A. McNaughton (2014), "The Association of Mavenism and Pleasure with Food Involvement in Older Adults.", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11 (1): 60.
- Stead, Martine *et.al*, (2007a), "A Systematic Review of Social Marketing Effectiveness.", *Health Education*, 107 (2): 126–91.
- Stead, Martine, Gerard Hastings e Laura McDermott (2007b), "The Meaning, Effectiveness and Future of Social Marketing.", *Obesity Reviews*, 8 (March): 189–93.
- Stephenson, Michael T. e Kim Witte (2001), "Creating Fear in a Risky World: Generating Effective Health Messages" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin (2001) *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Stephoe, Andrew, Tessa M. Pollard e Jane Wardle (1995), "Development of a Measure of the Motives Underlying the Selection of Food: The Food Choice Questionnaire.", *Appetite*, 25 (3): 267–84.
- Suarez-Almazor, Maria E. (2011), "Changing Health Behaviors with Social Marketing.", *Osteoporosis International*, 22 (S3): 461–63.
- Taricco, José Luis (2012), "De La Publicidad de 'Bien Público' a La Publicidad Social En Argentina.", *Revista Científica de Comunicación y Tecnologías Emergentes* 7 (2): 24–36.
- Thomas, Richard K. (2006), *Health Communication*, New York, Springer Science & Business Media.
- Traylor, Mark B. e W. Benoy Joseph (1984), "Measuring Consumer Involvement in Products: Developing a General Scale.", *Psychology and Marketing*, 1 (2): 65–77.

- Truss, Aiden, Robert Marshall e Clive Blair-Stevens, (2010), "A History of Social Marketing" em Jeff French et.al, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Truss, Aiden e Paul White (2010), "Ethical issues in social marketing" em Jeff French et.al, *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Tyebjee, Tyzoon T. (1979), "Response Time, Conflict, and Involvement in Brand Choice.", *Journal of Consumer Research*, 6 (3): 295–304.
- UEPID, Unidade de Epidemiologia do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública – FMUL. Disponível em <http://pen3s.uepid.org/pt/bem-vindo/>.
- Ungar, Nadine, Monika Sieverding e Tatjana Stadnitski (2013), "Increasing Fruit and Vegetable Intake. 'Five a Day' versus 'Just One More.'", *Appetite* 65 (June): 200–204.
- US Department of Health & Human Services (2009), *Making Health Communication Programs Work*.
- Vailas, Laura I., e Susan A. Nitzke (1998), "Food Enjoyment Scale for Older Adults". *Journal of Nutrition For the Elderly* 17 (3): 59–64.
- Valente Thomas W., "Evaluating Communication Campaigns" em Ronald E. Rice e Charles K. Atkin (2013), *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Van Trijp, Hans C M., Wayne D. Hoyer e J. Jeffrey Inman (1996), "Why Switch? Product Category-level Explanations for True Variety-Seeking Behaviour", *Journal of Marketing Research*, Vol. 33, No. 3, pp. 281-292, citados por Nina Michaelidou e Sally Dibb (2008), "Consumer Involvement: A New Perspective.", *Marketing Review* 8 (1): 83–99.
- Vaughn, Richard (1980), "How Advertising Works: A Planning Model.", *Journal of Advertising Research*, no. 20 (October): 27–33.
- Visschers, Vivianne H.M. et.al (2013), "A Consumer Segmentation of Nutrition Information Use and Its Relation to Food Consumption Behaviour.", *Food Policy*, 42 (October): 71–80.
- Wakefield, Melanie A., Barbara Loken e Robert C. Hornik (2010), "Use of Mass Media Campaigns to Change Health Behaviour." *Lancet*, London 376 (9748): 1261–71.
- Wallack, Lawrence (2002), "Public Health, Social Change, and Media Advocacy.", *Social Marketing Quarterly*, 8 (2): 25–31.
- Wallack, Lawrence e Lori Dorfman (2001), "Putting Policy into Health Communication. The Role of Media Advocacy" em, Ronald E. Rice e Charles K. Atkin, *Public Communication Campaigns*, California, Sage Publications.
- Ward, Scott (1987), "Consumer Behavior" em Charles R. Berger e Steven H. Chaffee, *The Handbook of Communication Science*. Los Angeles, Sage.
- Wardle, Jane (1993), "Food Choices and Health Evaluation", *Psychology & Health*, 8:1, 65-75.
- Wardle, J., K. Parmenter e J. Waller (2000), "Nutrition Knowledge and Food Intake.", *Appetite*, 34 (June): 269–75.
- Wiebe, G. D. (1951), "Merchandising Commodities and Citizenship on Television.", *Public Opinion Quarterly* 15 (4): 679–91.
- Witte, Kim (1992), "Putting the Fear Back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model." *Communication Monographs* 59 (4): 329–49.
- Wood, Matthew (2016), "Social Marketing for Social Change.", *Social Marketing Quarterly*, 22 (2): 107–18.
- World Health Organization (WHO) (2003), "Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases.", Geneva. Disponível em

- http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=2AEFC575CA9B2A91D50F764E15BDB039?sequence=1.
- World Health Organization (WHO) (2004), "Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health", Geneva. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2007), "The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response". Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2008) "The World Health Report - Primary Health Care (Now More Than Ever)", Geneva. Disponível em http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2008), "WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012". Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf?ua=1.
- World Health Organization (WHO) (2008), "WHO 2008-2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases". Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=3752DFA5650EDD49A2351D7006F811E8?sequence=1.
- World Health Organization (WHO) (2012), "Guideline: Sodium intake for adults and children", Geneva. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake_printversion.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2014), "Global Status Report on Noncommunicable Diseases". Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=202CD6E7373F01099B613F09F79A58F9?sequence=1.
- World Health Organization (WHO) (2017), "Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014". Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/339211/WHO_ObesityReport_2017_v3.pdf
- Wymer, Walter (2010), "Rethinking the Boundaries of Social Marketing: Activism or Advertising?", *Journal of Business Research*, 63 (2): 99–103.
- Yom-Tov *et al.* (2018), "The Effectiveness of Public Health Advertisements to Promote Health: a Randomized-controlled Trial on 794,000 Participants", *Digital Medicine*, 1:24.
- Zaichkowsky, Judith L. (1985), "Measuring the Involvement Construct.", *Journal of Consumer Research*, 12 (3): 341.
- Zaichkowsky, Judith L. (2012), "Consumer Involvement: Review, Update and Links to Decision Neuroscience.", em Victoria Wells e Gordon Foxall, *Handbook of Developments in Consumer Behaviour*. Edward Elgar Publishing: 523-546.
- Zaltman, Gérald e Robert Duncan (1977), *Strategies for Planned Change*, Wiley, referidos por Charles T. Salmon (1989), "Campaigns for Social "Improvement": An Overview of Values, Rationales, and Impacts" em Charles T. Salmon, *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Newbury Park, California, Sage Publications.

Fontes

- Diário da República Eletrónico Despacho n.º 3618-A/2016, 2.ª série, n.º 49, de 10 de Março, consultado em 19 de Outubro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&dreId=73833504>.
- Diário da República Eletrónico, Despacho nº11418/2017, consultado em 8 Novembro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114424591/details/normal?q=EIPAS>.
- Diário da República Eletrónico, Lei n.º 42/2016, de 28 de Dezembro, que aprovou o Orçamento do Estado para 2017, consultado em 19 de Outubro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/105637672/details/normal?q=Lei+n.%2042%2F2016>.
- Diário da República Eletrónico, Lei nº 75/2009, consultado em 19 de Outubro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/493513/details/normal?q=Lei+n.%2075%2F2009>.
- Markest, Bareme Internet (2015), Disponível em <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1f3c.aspx>, consultado em 25 Maio de 2017.
- OberCom (2014), A Internet em Portugal. Sociedade em rede 2014. OberCom, Investigação e Saber em Comunicação. Disponível em <https://obercom.pt/wp-content/uploads/2016/06/A-Internet-em-Portugal-Sociedade-em-Rede-2014.pdf>.
- Pordata (2015), “Óbitos de Residentes Em Portugal Por Algumas Causas de Morte” , consultado em 09 de Agosto de 2017. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>.
- Universidade do Porto on-line (2015). Disponível em <https://noticias.up.pt/estudo-vai-avaliar-a-alimentacao-e-a-atividade-fisica-dos-portugueses/>.
- World Health Organization (WHO), “Constitution of WHO: Principles”, consultado em 9 de Agosto de 2017. Disponível em <http://www.who.int/about/mission/en/>.

Anexos

Anexo A. Questões Colocadas aos Entrevistados do Pré-teste

O objectivo do pré-teste consistiu em avaliar a compreensão e a dificuldade em responder ao questionário, captar sugestões e avaliar o índice de fiabilidade das escalas, depois de traduzidas e em Portugal.

O Pré-teste esteve aberto na Plataforma Qualtrics do ISCTE entre 7 e 24 de Fevereiro.

Os inquiridos foram convidados a responder ao questionário através de email. 54 indivíduos responderam desses, 39 responderam às 3 perguntas elaboradas para avaliar compreensão, dificuldades e recolher sugestões.

Estas eram as 3 questões:

- Compreendeu todas as questões?**
- Teve alguma dificuldade no preenchimento?**
- Sugere alguma alteração?**

Anexo B. Questionário

O presente questionário inscreve-se no âmbito da investigação no Doutoramento em Ciências da Comunicação do ISCTE-IUL sobre a importância que os indivíduos atribuem à alimentação, as razões dessa importância e o seu interesse em obter informação sobre esse tema.

Será aplicado a indivíduos residentes em Portugal, maiores de 18 anos, pelo que, caso não se enquadre nestas características, não necessita de responder a este questionário.

As respostas são anónimas, para fins meramente académicos e representam apenas a sua opinião individual, pelo que não existem respostas certas ou erradas. O preenchimento do questionário tem uma duração aproximada de 6 minutos. No caso de ter alguma dúvida, por favor contacte através deste email: atsst@iscte.pt. Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Apresentam-se, de seguida, algumas afirmações sobre alimentação, saúde e aparência física. Indique o seu grau de concordância com essas afirmações, numa escala de 6 pontos, em que 1 significa que discorda totalmente e 6 que concorda totalmente.

Q1

1. Costumo pensar muito em comida.
2. Cozinhar é divertido.
3. Gosto de falar sobre o que comi e sobre o que vou comer.
4. As minhas escolhas alimentares são muito importantes, quando comparadas com outras decisões que tenho que tomar.
5. Quando viajo, a comida local ou típica é das coisas por que mais anseio.
6. Gosto de cozinhar para os outros e para mim.
7. Quando como fora, costumo dar importância e comentar o sabor da comida.
8. Gosto de manusear ou preparar comida.
9. Sou eu que faço todas ou quase todas as compras de alimentação.

Q2

1. Tenho cuidado com a minha saúde.
2. Não desisto facilmente de tentar melhorar a minha saúde.
3. Estou disposto(a) a fazer sacrifícios diariamente pela minha saúde.
4. O meu objectivo é ser o mais saudável possível.
5. Cuido da minha saúde por uma questão de princípio.
6. Quando algo está mal com a minha saúde faço tudo o que está ao meu alcance para chegar à raiz do problema.

Q3

1. A minha saúde depende da forma como me alimento e do que como.
2. Estou preparado(a) para abdicar de comer muitas coisas para fazer uma alimentação saudável.
3. Acho que é importante fazer uma alimentação saudável.
4. Quem faz uma alimentação saudável fica doente com menos frequência.

Q4

1. A minha aparência é muito importante para mim.
2. Preocupo-me muito com a minha aparência.
3. Sentir-me-ia envergonhado(a) se saísse de casa sem estar bem arranjado(a).
4. Vale a pena ter uma boa aparência / estar bem arranjado(a).
5. É importante ter uma boa aparência.

Q5

1. Acho que a comida tem que ser sempre uma fonte de prazer.
2. O aspecto da comida é importante para mim.
3. Quando como, concentro-me em saborear a comida.

Q6

1. Tenho interesse em informação sobre alimentação
2. A informação sobre alimentação que mais me interessa é sobre alimentação saudável
3. A informação sobre alimentação que mais me interessa é sobre dietas para emagrecer
4. A informação sobre alimentação que mais me interessa é sobre receitas saborosas

Q7

1. Acho que é importante saber como comer de forma saudável.
2. Tento adquirir conhecimentos sobre alimentação saudável e manter-me informado(a).
3. Acredito que se procurar constantemente informação, posso aprender muito sobre alimentação saudável.
4. Acho que é importante existirem campanhas de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável.
5. Se houvesse uma campanha de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável eu teria interesse nessa informação.
6. Se houvesse uma campanha de informação pública com recomendações sobre alimentação saudável eu tentaria seguir essas recomendações.

Q8. Apresentam-se agora diversas situações em que algumas pessoas procuram informação sobre alimentação. Indique a frequência com que recorre a essa informação, numa escala de 6 pontos, em que 1 significa nunca e 6 muito frequentemente.

1. Com que frequência consulta tabelas nutricionais, nomeadamente nas seguintes situações:
 - a. Quando escolho produtos alimentares.
 - b. Quando decido sobre um produto alimentar desconhecido.
 - c. Quando tenho que escolher entre dois ou mais produtos alimentares.
 - d. Quando tenho que determinar se um produto alimentar é ou não saudável.
2. Quando procura informação sobre alimentação saudável:
 - a. Pesquiso na internet.
 - b. Procuo fontes oficiais: websites brochuras, livros, etc.
 - c. Peço informação a profissionais de saúde, tais como médicos, nutricionistas ou dietistas.
 - d. Pergunto a familiares ou amigos.
 - e. Estou atento(a) à TV, jornais , revistas de atualidade, programas de rádio sobre o tema.
 - f. Acompanho Blogs
 - g. Participo em cursos de formação
3. De qual destas fontes prefere ter informação sobre alimentação saudável? Indique as 3 que prefere por ordem decrescente, em que 1 é a fonte de informação que prefere.
 - a. Internet
 - b. Fontes Oficiais: websites, brochuras, livros, etc.
 - c. Profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, dietistas).
 - d. Familiares ou amigos.
 - e. TV, jornais, revistas de atualidade, programas de rádio

- f. Blogs
- g. Cursos de formação

4. Quais as fontes que considera mais credíveis. Indique as 3 que considera mais credíveis por ordem decrescente, em que 1 é a fonte de informação mais credível, colocando a numeração correspondente.

- a. Internet
- b. Fontes Oficiais: websites, brochuras, livros, etc.
- c. Profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, dietistas).
- d. Familiares ou amigos.
- e. TV, jornais e revistas de a maria_reis69@hotmail.comtualidade, programas de rádio
- f. Blogs
- g. Cursos de formação

Q9. Como avalia a sua saúde em geral?

1 – excelente; 2 –boa; 3 – razoável; 4 – Má; 5 – péssima; 6 – Ns/Nr

Q10. Tem alguma das seguintes doenças diagnosticada por um médico? Quais?

- Hipertensão
 - Diabetes
 - Colesterol alto
 - Coração (cardio-vascular)
 - Cancro
 - Obesidade
 - Anorexia
 - Intolerâncias alimentares
 - Outras
 - Não
 - Ns/ Nr
- (Se “Não”, passar à Q11)

Essa(s) doença(s) afecta(m) as suas escolhas alimentares?

Sim Não Ns/ Nr (Se “Não” – passar à Q11)

Q11. Indique o grau de limitação que essas doenças têm na sua alimentação:

- (a) A(s) doença(s) impede(m)-me de comer muitos alimentos.
- (b) A(s) doença(s) impede(m)-me de comer alguns alimentos.
- (c) A(s) doença(s) impede(m)-me de comer muito poucos alimentos.

Q12. Finalmente, pedimos-lhe que indique alguns dados pessoais para tratamento estatístico:

Idade: 18-24 25-39 40-54 55-69 70 ou mais

Género: Feminino Masculino

Estado civil: solteiro(a), união de facto, casado(a), separado(a)/ divorciado(a), viúvo(a), Ns/
Nr

Número de pessoas que habitam no seu agregado familiar

(1) (2) (3) (4) (5 ou mais)

Grau de escolaridade :

1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)

2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)

3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)

Ensino secundário (12º ano de escolaridade)

Bacharelato ou licenciatura (Ensino Superior)

Mestrado (Ensino Superior)

Doutoramento (Ensino Superior)

Ns/Nr

Rendimento mensal líquido do agregado familiar:

≤ 500€, 501-1000€, 1001-2000€, 2001-3000€, 3001-4000€, + de 4001, Ns/Nr

Distrito de residência

Açores, Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Guarda, Leiria, Lisboa, Madeira, Portalegre, Porto, Setúbal, Santarém, Viana do Castelo, Vila Real, Viseu.

Finalizou o questionário. Agradecemos a sua colaboração.

Anexo C. Caracterização da Amostra Antes da Codificação

		N	%
Sexo	Feminino	745	63.9%
	Masculino	421	36.1%
Idade	18-24	103	8.8%
	25-39	268	23.0%
	40-54	492	42.2%
	55-69	266	22.8%
	70 ou mais	37	3.2%
Estado civil	Solteiro(a)	297	25.5%
	União de facto	145	12.4%
	Casado(a)	555	47.6%
	Separado(a)/ Divorciado(a)	150	12.9%
	Viúvo(a)	19	1.6%
	Ns/Nr	0	0.0%
	Dimensão do agregado familiar	1	165
2		301	25.8%
3		284	24.4%
4		280	24.0%
5 ou mais		136	11.7%
Grau de escolaridade	1º ciclo ensino básico	2	0.2%
	2º ciclo ensino básico	5	0.4%
	3º ciclo ensino básico	13	1.1%
	Ensino secundário	165	14.2%
	Bacharelato ou Licenciatura	560	48.0%
	Mestrado	347	29.8%
	Doutoramento	69	5.9%
	Ns/Nr	5	0.4%
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	≤ 500€	12	1.0%
	501-1000€	119	10.2%
	1001-2000€	277	23.8%
	2001-3000€	285	24.4%
	3001-4000€	182	15.6%
	+ de 4001€	195	16.7%
	Ns/Nr	96	8.2%

(cont.)

	N	%
Distrito de residência Açores	10	0.9%
Aveiro	2	0.2%
Beja	4	0.3%
Braga	10	0.9%
Bragança	0	0.0%
Castelo Branco	5	0.4%
Coimbra	31	2.7%
Évora	13	1.1%
Faro	16	1.4%
Guarda	2	0.2%
Leiria	20	1.7%
Lisboa	896	76.8%
Madeira	11	0.9%
Portalegre	3	0.3%
Porto	40	3.4%
Setúbal	63	5.4%
Santarém	27	2.3%
Viana do Castelo	9	0.8%
Vila Real	1	0.1%
Viseu	3	0.3%