



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

CHRISTHOPHONE DE MELO SOARES

MARKETING SOCIAL NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE

**CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
2014**

CHRISTHOPHONE DE MELO SOARES

MARKETING SOCIAL NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I – Gestão Pública da Saúde, semestre 2014.2.

Orientador: Prof. Me. José Austerliano Rodrigues

**CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S676m Soares, Christophone de Melo
Marketing social na prevenção da obesidade [manuscrito] /
Christophone de Melo Soares. - 2014.
23 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Administração Pública EAD) - Universidade Estadual da Paraíba,
Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância,
2014.

"Orientação: Profº. José Austerliano Rodrigues, Secretaria de
Educação à Distância".

1. Saúde Pública. 2. Obesidade. 3. Marketing Social. I.
Título.

21. ed. CDD 362.1

CHRISTHOPHONE DE MELO SOARES

MARKETING SOCIAL NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I – Gestão Pública da Saúde, semestre 2014.2.

Aprovado em: 06 / 12 /2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. José Austerliano Rodrigues (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ma. Kaline Di Pace Nunes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ma. Danielle Harlene da Silva Moreno
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Deus é Fiel

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.1	OBESIDADE	7
2.2	OBESIDADE E SAÚDE PÚBLICA	8
2.3	MARKETING SOCIAL	10
2.4	MARKETING SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA	11
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1	RESULTADOS	13
4.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA	15
4.3	ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA OBESIDADE NA PARAÍBA	15
4.4	MODELO ESTRATÉGICO DE PREVENÇÃO A OBESIDADE	16
5.	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS	22

MARKETING SOCIAL NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE

SOARES, Christophone de Melo¹
RODRIGUES, José Austerliano²

RESUMO

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, representando um problema de saúde pública devido à sua prevalência, custos e efeitos na saúde. Obesidade é uma condição médica na qual se verifica acumulação de tecido adiposo em excesso ao ponto de poder ter impacto negativo na saúde, o que leva à redução da esperança de vida e aumento dos problemas de saúde. A redução da obesidade é importante para a saúde pública, o interesse social e os investimentos econômicos. A prevenção da obesidade tende a ser menos onerosa e potencialmente mais efetiva que o tratamento da obesidade e das suas comorbidades. Na busca por uma maior efetividade, os programas de prevenção da obesidade têm incorporado princípios do marketing social. Visto que o marketing social pode influenciar um público-alvo a voluntariamente aceitar, rejeitar, modificar ou abandonar um comportamento em benefício de indivíduos, grupos ou da sociedade. Logo, o presente trabalho é de cunho exploratório e analítico e tem por objetivo analisar a prevalência da obesidade no Estado da Paraíba, por meio de um estudo transversal e propor um modelo estratégico de prevenção aplicando os princípios do marketing social. Como resultados, foi possível verificar que Campina Grande e João Pessoa, apresentaram uma prevalência consideravelmente mais elevada da obesidade do que a média encontrada no Estado. E foi possível desenvolver um modelo estratégico de prevenção da obesidade, aplicando os princípios do marketing social numa abordagem multinível.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Obesidade. Marketing Social.

¹ Bacharelado em Administração Pública, na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB . Servidor Público Federal. christhophone@bol.com.br

² Doutorado em PUR, DINTER IPPUR/UFRJ-UEPB pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPPUR/UFRJ (2013-17) – austerlianorodrigues@bol.com.br.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Atualmente, estima-se que mais de 2,1 bilhões de pessoas, aproximadamente 30% da população mundial, esteja acima do peso ideal. Se a sua prevalência continuar nessa tendência, quase metade da população adulta do mundo estará com sobrepeso ou obesos até 2030. No Brasil, mais da metade dos brasileiros já estão acometidos com excesso de peso.

A obesidade é o acúmulo de gordura no corpo causado quase sempre por um consumo excessivo de calorias na alimentação, superior ao valor usado pelo organismo para sua manutenção e realização das atividades do dia a dia. A obesidade pode ser determinada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) que é calculado dividindo-se o peso, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros. O resultado revela se o peso está dentro da faixa ideal, abaixo ou acima do desejado.

Como a obesidade é provocada por uma ingestão de energia que supera o gasto do organismo, a forma mais simples de tratamento é a adoção de um estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento das atividades físicas. Essa mudança não só provoca redução de peso e reversão da obesidade, como facilita a manutenção do quadro saudável. Pessoas com obesidade têm maior probabilidade de desenvolver doenças como pressão alta, diabetes, problemas nas articulações, dificuldades respiratórias, gota, pedras na vesícula e até algumas formas de câncer.

Uma proporção considerável das despesas em saúde destina-se ao tratamento de comorbidades relacionadas com a obesidade, que impõem custos significativos aos sistemas de cuidados à saúde. E as consequências econômicas da obesidade não se limitam aos elevados custos diretamente associados à prestação de serviços de saúde, mas incluem também os custos indiretos e sociais, tais como: diminuição da qualidade de vida, problemas de ajustes sociais, perda de produtividade.

A obesidade representa um problema de saúde pública devido à sua prevalência, custos e efeitos na saúde. A obesidade é uma doença complexa e de causas multifatoriais. As medidas de saúde pública procuram compreender e corrigir os fatores responsáveis pelo aumento da obesidade na população. As soluções

objetivam alterar os fatores que provocam o consumo excessivo de energia e que inibem a atividade física.

A redução da obesidade é importante para a saúde pública, o interesse social e os investimentos econômicos. Dessa forma, estudos rigorosos sobre a prevenção da obesidade são essenciais. A prevenção da obesidade tende a ser menos onerosa e potencialmente mais efetiva que o tratamento da obesidade e das suas comorbidades. Entretanto, a maioria dos programas de prevenção à obesidade não produziram os efeitos desejados.

Visando uma maior efetividade, recentemente, tem se tornado comum em programas de prevenção da obesidade, a incorporação de princípios do marketing social. Visto que o marketing social tem por finalidade influenciar um público-alvo a voluntariamente aceitar, rejeitar, modificar ou abandonar um comportamento em benefício de indivíduos, grupos ou da sociedade como um todo.

O presente trabalho tem por objetivo analisar a prevalência da obesidade no Estado da Paraíba, por meio de um estudo transversal utilizando a base de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, e propor um modelo estratégico de prevenção aplicando os princípios do marketing social.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. OBESIDADE

A obesidade pode ser definida, de forma simplificada, como doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde, com perda importante na qualidade e no tempo de vida (WHO, 1998; FONTAINE E BAROFSKY, 2001).

A qualidade de vida dos obesos, de acordo com Van Germetet al., está intensamente comprometida quando associada a comorbidades, podendo gerar também distúrbios emocionais e psicológicos causados por prejuízo e discriminação. A obesidade torna-se aspecto negativo na vida da pessoa, que também sofre com o preconceito.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os prejuízos advindos da obesidade são muitos e variados, incluindo desde dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor até o favorecimento

de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes não insulino dependente e certos tipos de câncer.

Dos métodos de avaliação da gordura corporal, mais usados em adultos, as medidas antropométricas são as mais aplicadas na prática clínica. Elas auxiliam na graduação da adiposidade, no acompanhamento das mudanças na composição corporal durante o tratamento e classificam a distribuição de gordura em central ou periférica, além de poderem ser utilizadas em estudos epidemiológicos (MATOS, 2002). Na antropometria são realizadas as medidas de peso, altura, índice de massa corporal, circunferências de cintura, relação cintura-quadril e pregas cutâneas.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice utilizado como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos, apesar de não indicar a composição corporal (ANJOS, 1992). O IMC é calculado através da divisão do peso corporal, em quilogramas, pela estatura, em metros, ao quadrado. torna-se medida útil para avaliar o excesso de gordura corporal, sendo consensual admitir que, independentemente de sexo e idade, adultos com IMC igual ou superior a 30 kg/m² devem ser classificados como obesos (WHO, 1998)

A obesidade não é uma desordem singular, e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam no fenótipo de obesidade. Os princípios mendelianos e a influência do genótipo na etiologia desta desordem podem ser atenuados ou exacerbados por fatores não genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético (JEBB, 1997).

A literatura é extensa quanto aos diferentes tratamentos para a obesidade, porém ainda não foi possível alcançar uma conclusão definitiva (COWBURN et al., 1997). A obesidade constitui-se em condição médica crônica de etiologia multifatorial, o que requer tratamento de múltipla abordagem. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade constituem os seus principais pilares. (SEGAL, 2002).

2.2. OBESIDADE E SAÚDE PÚBLICA

É amplamente reconhecido que a obesidade surgiu como uma epidemia nos países desenvolvidos durante as últimas décadas do século XX (POPKIN e DOAK, 1998). Inicialmente considerada um problema restrito aos países industrializados, hoje se verifica que o aumento da obesidade se dá à escala global, afetando tanto

os países desenvolvidos como os países em vias de desenvolvimento (TSIGOS et al., 2008). Em 1997 a OMS reconheceu formalmente a obesidade enquanto epidemia à escala global (CABALLERO, 2007).

O fenômeno da obesidade também é decorrente de uma adaptação da sociedade ao processo de globalização que vem ocorrendo no mundo nas últimas décadas. A globalização, cujo principal pilar é a formação de consumidores e centros comerciais, em substituição à formação de cidadãos e comunidades, alterou profundamente os valores, costumes, relações com o trabalho, vida familiar e lazer na sociedade contemporânea (ANJOS, 2006).

De acordo com as recentes pesquisas do Instituto Global McKinsey, atualmente, estima-se que mais de 2,1 bilhões de pessoas, aproximadamente 30% da população mundial, estão acima do peso ou obesas, o que equivale a quase duas vezes e meio o número de pessoas que sofrem de subnutrição. A obesidade é responsável por cerca de 5% de total de mortes no mundo inteiro. Se a sua prevalência continuar nessa trajetória atual, quase metade da população adulta do mundo vai estar acima do peso ou obesa até 2030.

No Brasil, a obesidade como problema de Saúde Pública é considerado um evento recente. Apesar da prevalência da obesidade no país. Segundo o Ministério da Saúde, em 2014, 50,8% dos brasileiros estão acima do peso, ou seja, mais da metade da população. Destes 17,5% são obesos e observa-se que homens têm mais excesso de peso que as mulheres - 54,7% contra 47,4%. Entretanto o percentual de brasileiros com excesso de peso, pela primeira vez nos últimos anos, apresenta-se estabilizado, quando comparados aos 51% do ano anterior.

A obesidade impõe custos significativos aos sistemas de cuidados à saúde. Os custos com a obesidade distinguem-se basicamente três tipos: custos diretos (médicos, ambulatoriais), custos indiretos (como perda de produtividade) e custos intangíveis (por exemplo, a qualidade de vida). O crescente número de casos de obesidade configura, no longo prazo, uma ameaça à sustentabilidade do tratamento desses indivíduos tanto no âmbito público quanto no privado. (BAHIA E ARAÚJO, 2014).

A obesidade é um fenômeno que tem sido observado em praticamente todas as faixas etárias da população em vários países no mundo. Sua prevalência cresce nos últimos anos e constitui um dos mais significativos problemas nutricionais da atualidade, devido, principalmente, às suas graves consequências

biopsicossociais. Antes, mais comum entre adultos, já atinge também crianças e adolescentes de forma preocupante (ANJOS, 2006).

Entretanto, não se consegue superar os muitos fatores que concorrem para a crescente epidemia de obesidade e as intervenções na sua maioria abordam uma fração muito pequena dos fatores que geram a obesidade. Aspectos importantes, como o papel da indústria de alimentos, das cadeias de *fastfood*, das propagandas, de um estilo de vida que mantém as pessoas cada vez mais sedentárias e submetidas a um hiperconsumo calórico, não têm espaços nos desenhos de estudos tradicionais.

2.3. MARKETING SOCIAL

Inicialmente, o marketing social foi definido como o projeto, a implementação e o controle de programas que procuram aumentar a aceitação de uma ideia social num grupo-alvo. Os quais utilizam conceitos de segmentação de mercado, de pesquisa de consumidores, de configuração de ideias, de comunicações, de facilitação de incentivos e a teoria da troca, a fim de maximizar a reação do grupo-alvo (KOTLER e ZALTMAN, 1971).

Todavia, parece ser mais apropriado nas seguintes situações: a) quando novas informações ou determinadas práticas sociais necessitam ser disseminadas; b) quando o *contra-marketing* é necessário para reduzir o consumo de produtos ou comportamentos potencialmente perigosos à saúde; c) quando uma ação ou ativação de uma ideia é necessária para mover pessoas da intenção para a ação (FOX & KOTLER, 1980).

Adiante, Kotler e Roberto (1989) conceituaram marketing social como a utilização de todas as ferramentas do marketing visando promover uma mudança de comportamento. Assim, este vem crescendo rapidamente, porém muitos autores, professores, executivos e profissionais de marketing estão entendendo seu conceito de forma errada. Para eles, esse marketing pode ser utilizado para agregar valor à empresa, no intuito de melhoria de competitividade e lucratividade através de projetos sociais, fugindo de sua ideologia inicial de mudança comportamental.

Atualmente, o marketing social pode ser definido como o uso de princípios e técnicas de marketing para influenciar um público-alvo a voluntariamente aceitar, rejeitar, modificar ou abandonar um comportamento em benefício de indivíduos,

grupos ou da sociedade como um todo. Seu propósito é melhorar a qualidade de vida (KOTLER & LEE, 2008).

Ainda segundo Kotler (2008), a mudança de comportamento que significa a modificação de algum aspecto do comportamento individual, visando com isso aumentar o bem-estar próprio, e apresenta um grau de complexidade maior de ser realizada com relação às mudanças anteriores. Quando o objetivo é uma mudança de comportamento, como desencorajar o uso excessivo de bebidas alcoólicas ou mudar hábitos alimentares de pessoas com excesso de peso, é necessário uma combinação de ações positivas e negativas de marketing relacionadas ao esforço para obtenção do produto, preço cobrado, promoção dos benefícios ou riscos do uso do produto e facilidades ou dificuldades de distribuição.

Segundo Mendonça e Schommer (2000), no Brasil, o termo “marketing social” está sendo utilizado, especialmente pela mídia, para designar a atuação empresarial no campo social, com o objetivo de obter diferenciais competitivos, sem que essas ações tenham o objetivo de influenciar em um comportamento coletivo. O mesmo se aplica nas instituições do terceiro setor. Não é porque fazem parte do terceiro setor que praticam marketing social genuinamente.

No contexto brasileiro, a maioria das pessoas interpreta o marketing social como uma estratégia utilizada por empresas, para divulgar seus projetos sociais, visando melhorar sua imagem no mercado, ganhar competitividade, aumentar as vendas e os lucros. Abusa-se do termo para garantir uma melhor difusão de produtos e serviços através da valorização da imagem organizacional. (RODRIGUES, PEIXOTO & SETTE, 2011).

2.4. MARKETING SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

Na área de saúde pública, apesar de algumas críticas ao modelo, existe uma enorme possibilidade de aproveitamento das técnicas do marketing social para o enfrentamento de determinados agravos à saúde de certo grupo ou população. Em alguns países desenvolvidos, o marketing social em saúde é utilizado para impedir ou abolir um determinado hábito de vida que comprometa a saúde. Também é utilizado para induzir um hábito saudável ou para reforçar e ampliar um comportamento já instituído e com consequências saudáveis para o indivíduo. (SILVA, 2010)

É importante esclarecer que o marketing social não enfatiza o indivíduo como elemento causador e responsável pelo agravo à saúde e sim um conjunto de variáveis como o meio ambiente, o contexto socioeconômico, os sistemas de saúde, as políticas públicas, a comunidade, a família, além do indivíduo.

Alguns fatores de risco relacionados à obesidade como o consumo de produtos industrializados, inatividade física, alimentação inadequada podem ser objetos de intervenção utilizando as técnicas e conceitos do marketing social. Algumas estratégias de prevenção da obesidade podem ser objeto do marketing social. Uma das estratégias para o enfrentamento da obesidade é ampliar o bem-estar de indivíduos, famílias, organizações e comunidades. Para alcançar estes objetivos são necessárias mudanças de comportamento nestes diferentes níveis.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os estudos epidemiológicos observacionais e experimentais podem ser classificados em descritivos e analíticos. Os estudos descritivos fogem ao escopo deste trabalho e não serão comentados. Estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Um tipo de estudo analítico é o estudo transversal.

Nos estudos transversais, a exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente. Em geral, esse tipo de investigação começa com um estudo para determinar a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde de uma população. As características dos indivíduos classificados como doentes são comparadas às daqueles classificados como não doentes.

Na pesquisa da prevalência da obesidade na Paraíba, realizou-se um estudo transversal, de base populacional, com as pessoas atendidas pela atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014 no Estado. Foram analisados adultos de 20 a 60 anos de idade acompanhados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, Ministério da Saúde.

Nos procedimentos de diagnóstico nutricional de adultos, o SISVAN utiliza a classificação do Índice de Massa Corporal - IMC, recomendada pela Organização Mundial de Saúde. O IMC é definido pelo peso em kg dividido pela altura em metros quadrado, classificado de acordo com a seguinte tabela.

Tabela 1. Classificação de acordo com o IMC (OMS, 1998).

Classificação	IMC	Risco de comorbidades
Abaixo do Peso	< 18.50	
Adequado	18.50 – 24.99	
Sobrepeso	≥ 25.00	
Pré-obeso	25.00 – 29.99	Aumentado
Obeso grau I (Leve)	30.00 – 34.99	Moderado
Obeso grau II (Moderada)	35.00 – 39.00	Grave
Obeso grau III (Severa)	≥ 40.00	Muito Grave

As vantagens de se usar esse método para avaliação nutricional de adultos são: facilidade de obtenção e padronização das medidas de peso e altura dispensa a informação da idade para o cálculo, possui alta correlação com a massa corporal e indicadores de composição corporal e não necessita de comparação com curvas de referência. Outra característica a ser ressaltada é a sua capacidade de predição de riscos de morbidade e mortalidade, especialmente em seus limites extremos.

Existem outros parâmetros, não abrangidos por esta pesquisa, como a relação cintura/quadril e a taxa de colesterol, que complementam o diagnóstico nutricional. A maior desvantagem dos estudos transversais prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. RESULTADOS

No total, 303.835 paraibanos foram avaliados nutricionalmente, em todos os municípios do Estado, 55,27% das pessoas avaliadas estavam com excesso de peso. Dentre os municípios pesquisados, observou-se que Campina Grande e João Pessoa, apresentaram uma prevalência consideravelmente mais elevada da obesidade do que a média encontrada no Estado.

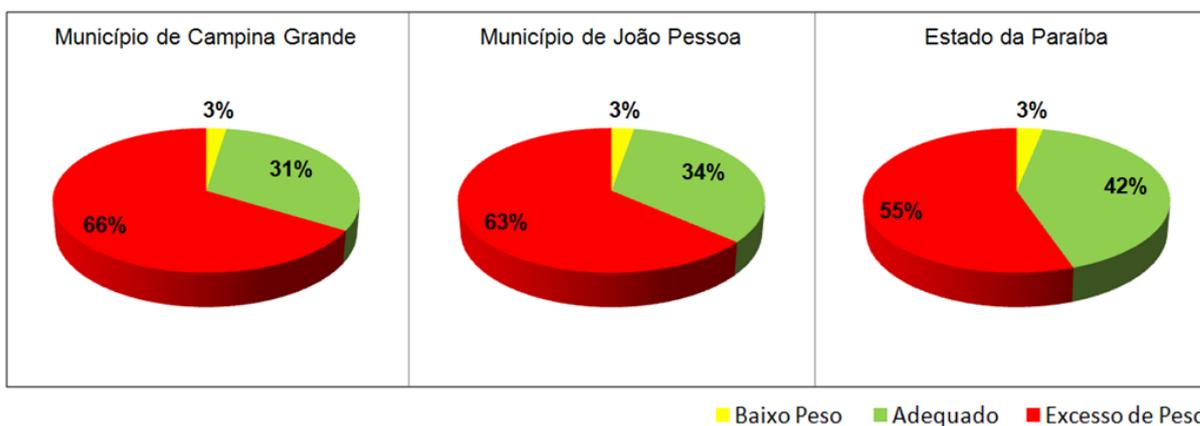
No município de Campina Grande, do total de 16.150 indivíduos avaliados, 31,38% apresentavam peso adequado. Enquanto 66,22% estavam com excesso de peso, dentre eles 35,73% com sobrepeso, 20,08% com obesidade leve (grau I), 7,64% com obesidade moderada (grau II) e 2,77% com obesidade severa (grau III). Apenas 2,4% apresentavam peso abaixo do recomendado.

Já no município de João Pessoa, dos 30.166 indivíduos avaliados, 33,75% apresentavam peso adequado. Enquanto 63,53% estavam com excesso de peso, dentre eles 35,06% com sobrepeso, 18,91% com obesidade leve, 6,79% com obesidade moderada e 2,77% com obesidade severa. Tão somente 2,72% foram diagnosticados com peso abaixo do recomendado

Tabela 2. Perfil Nutricional no Estado da Paraíba em 2014

Abrangência	Baixo peso	Adequado	Sobrepeso	Obesidade Grau I	Obesidade Grau II	Obesidade Grau III	Total
CAMPINA GRANDE	387	5.068	5.770	3.243	1.234	448	16.150
JOÃO PESSOA	821	10.181	10.576	5.705	2.047	836	30.166
PARAÍBA	9.531	126.368	104.175	44.930	13.852	4.979	303.835

Figura 1. Comparativo dos Perfis Nutricionais



Também se verifica relevante prevalência da obesidade nos principais municípios das regiões metropolitanas de Campina Grande e João Pessoa. O Município de Queimadas, segundo mais populoso da Região Metropolitana de Campina Grande, apresenta 59,67% de indivíduos com excesso de peso. Na Região Metropolitana de João Pessoa, os municípios de Cabedelo, Santa Rita e Bayeux apresentam 68,87%, 61,05% e 59,45% de indivíduos com excesso de peso, respectivamente.

4.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Uma análise estatística dos dados foi realizada através do coeficiente de variação (CV). Como medida de dispersão, a principal qualidade do CV é a capacidade de comparar resultados de diferentes trabalhos que envolvem a mesma variável-resposta, permitindo quantificar a precisão das pesquisas (Garcia,1989). Como o coeficiente de variação analisa a dispersão em termos relativos, ele será dado em %. Quanto menor for o valor do coeficiente de variação, mais homogêneos serão os dados, ou seja, menor será a dispersão em torno da média.

Tabela 3. Análise Estatística dos dados

% de Indivíduos	CAMPINA GRANDE	JOÃO PESSOA	CV (1)	Média	PARAÍBA	CV (2)
Baixo Peso	2,40	2,72	4%	2,56	3,14	14%
Adequado	31,38	33,75	3%	32,57	41,59	17%
Sobrepeso	35,73	35,06	1%	35,40	34,29	2%
Obesidade Grau I	20,08	35,01	2%	19,50	14,79	19%
Obesidade Grau II	7,64	6,79	4%	7,22	4,56	32%
Obesidade Grau III	2,77	2,77	0%	2,77	1,64	36%

CV (1) – Coeficiente de Variação entre os dados de Campina Grande e João Pessoa

CV (2) – Coeficiente de Variação entre a média (Campina Grande e João Pessoa) e os dados da Paraíba.

De acordo com o coeficiente de variação CV (1), observa-se que a dispersão entre os dados de Campina Grande e João Pessoa é baixa. Verifica-se que existe homogeneidade entre os dados desses municípios. O mesmo não pode ser afirmado quando se compara a média entre os dados de Campina Grande e João Pessoa com os dados correspondentes a todo o Estado da Paraíba. O coeficiente de variação CV (2), de maneira geral é considerado médio ou elevado para todos os níveis, exceto à de sobrepeso. Dessa forma, é nítida a heterogeneidade entre os dados do Estado e dos referidos municípios.

4.3. ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA OBESIDADE NA PARAÍBA

De acordo com a pesquisa, o Estado da Paraíba acompanha a média nacional na frequência de indivíduos obesos e com excesso de peso, em torno dos 55%. Contudo os municípios de Campina Grande e João Pessoa apresentam

prevalência mais elevada, 66% e 63%, respectivamente, exibindo um quadro epidemiológico alarmante no Estado. Conforme análise estatística apresentada, podemos afirmar que os municípios de Campina Grande e João Pessoa apresentam perfil nutricional semelhante, entretanto diferem do perfil nutricional do Estado, apresentando uma maior porcentagem de indivíduos com excesso de peso. Isso implica que as mesmas ações de prevenção à obesidade podem ser aplicadas nas duas cidades. Também se constata a mesma prevalência da obesidade, nos principais municípios das suas respectivas regiões metropolitana.

Para justificar a diferença entre o perfil nutricional nas Regiões metropolitanas de João Pessoa e Campina Grande do restante do Estado, podemos observar que essas Regiões correspondem aos índices mais elevados de desenvolvimento socioeconômico da Paraíba, ou seja, apresentam características sócias, culturais e econômicas que diferem dos demais municípios do Estado, afetando diretamente o modo de vida em geral dessa população.

4.4. MODELO ESTRATÉGICO DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE

De acordo com as diversas estratégias de promoção da saúde citadas na literatura, aplicamos os conceitos do marketing social na prevenção da obesidade, propondo uma estrutura conceitual, para análise e testes futuros, numa abordagem multinível. A abordagem adotada tem como base: a modelagem de comportamentos nutricionais positivos e incentivos atividade física.

Ferramentas de marketing social podem construir uma estratégia em torno desta modelagem, utilizando o mix de marketing que fazem uma alimentação saudável e uma vida ativa atraente, disponível e viável. A chave para o marketing social como uma estratégia de prevenção da obesidade é a utilização combinada do mix de marketing para abordar a natureza multifacetada dos riscos de saúde em vários níveis sociais.

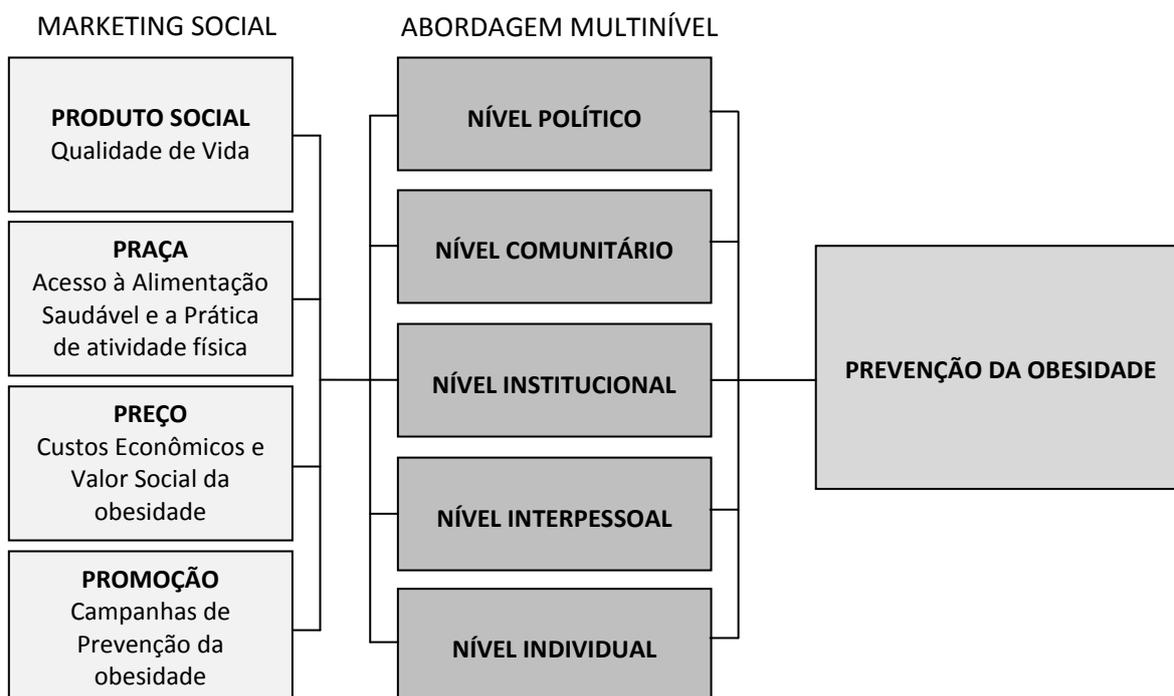
Podemos considerar que o produto social da prevenção à obesidade é a qualidade de vida. Embora o produto social não satisfaça uma necessidade que o público-alvo esteja percebendo, mas que tende a uma necessidade básica real das pessoas que não esteja sendo percebida, que é a melhoria na qualidade de vida. Esse produto social representa considerável dificuldade em sua adoção e requer um comportamento constante, composto de atos repetidos.

Na prevenção da obesidade, a qualidade de vida é alcançada através da alimentação saudável e da prática de atividade física, inibindo o ganho excessivo de peso. O acesso à alimentação saudável e a prática de atividade física corresponde a variável de distribuição (praça), relaciona-se como o produto social será oferecido para a população.

O custo com a prevenção da obesidade é consideravelmente menos oneroso que os custos com o tratamento da obesidade e suas comorbidades relacionadas. A prevenção da obesidade não deve ser avaliada não somente em termos financeiros, mas tendo-se em conta os resultados positivos que gera para a sociedade.

A promoção é a ferramenta de marketing mais utilizada, embora nem sempre da maneira ideal, já que costuma ser tratada de forma isolada, e não como um dos elementos constitutivos do processo de marketing. Definida como programa de comunicação capaz de fazer com que um determinado público fosse informado e convencido a adotar determinado produto social. No caso, informar sobre a prevenção da obesidade, convencendo as pessoas a ter um estilo de vida mais saudável. Ainda no que se refere à variável promoção, não podemos deixar de considerar as Campanhas de sucesso já realizadas; Promover comportamentos singulares, simples e exequíveis; Divertir-se com as mensagens; e Utilizar canais de mídia disponíveis;

Figura 2. Modelo Proposto de Prevenção da Obesidade



Os fatores de nível individual relacionados à alimentação incluem gosto, preferências, conhecimento nutricional, habilidade culinária. A preferência por alimentos hipercalóricos, gordurosos, *fastfoods* podem ser um obstáculo para a escolha de uma dieta saudável, potencializados pela grande oferta desses tipos de alimentos e o baixo conhecimento em nutrição. Uma solução apontada são as campanhas informativas que promovam os conhecimentos em nutrição. Com relação à atividade física, existem algumas dificuldades de nível individual, como as limitações físicas, as percepções de já estar “em forma”, a falta de interesse por pessoas mais velhas, a falta de autoconfiança e motivação por jovens, e o desconhecimento sobre os benefícios de saúde de ser fisicamente ativo. Ações para aumentar, estimular e motivar a atividade física podem auxiliar para superar essas barreiras.

Os fatores de nível interpessoal envolvem as relações sociais primárias em volta de uma pessoa: amigos, família, colegas de trabalho, etc. Por exemplo, a ingestão de alimentos das crianças está relacionada ao conhecimento nutricional e ingestão alimentar dos pais, e os jovens tendem a associar *fastfood* com prazer, amizade e socialização. O Desafio é aumentar o conhecimento de nutrição e apoio dos amigos e familiares para escolhas saudáveis. A falta de apoio social é também uma barreira interpessoal no que se refere a prática de atividade física. Atividades que incentivam a participação do grupo, por exemplo, grupos de caminhada, a inclusão de amigos e família, seria uma alternativa para atingir esse problema.

Os fatores de nível institucional referem-se às escolas, faculdades e ambiente de trabalho. O aumento das limitações de tempo devido às ocupações aliado as limitações da disponibilidade de alimentos são as maiores dificuldades. Muitas vezes, o acesso limitado ao transporte privado limita ainda mais o acesso dos trabalhadores e estudantes as melhores seleções de alimentos. Considerando-se que a falta de tempo também é um desafio para a prática de atividade física. Uma solução seria ações que envolvem o planejamento econômico e saudável, e as habilidades de gerenciamento de tempo.

Os fatores de nível comunitário são determinados pelas características de uma comunidade limitada por uma fronteira, por exemplo, bairros, cidades, distritos. Independentemente da condição socioeconômica individual, as características socioeconômicas do ambiente influenciam comportamentos alimentares. Por exemplo, a limitada à disponibilidade de alimentos saudáveis, número de

restaurantes, lanchonetes e redes de *fastfood*. Características socioeconômicas da comunidade também pode ser um obstáculo para a atividade física. A segurança da vizinhança, a expansão urbana, densidade residencial, e características percebidas nos ambientes construídos, como a falta de atratividade e dificuldade para o acesso têm sido relatados como principais barreiras. Parcerias comunitárias e intervenções em nível políticas, como construção de parques, ciclovias, zoneamento e a regulação do desenvolvimento urbano seriam adequados para superar essas dificuldades.

Os fatores de nível político são determinados pelas leis e políticas públicas locais, estaduais, nacionais e globais. Inclui políticas que alocam recursos para estabelecer e manter uma coalizão que serve uma estrutura mediadora conectando pessoas e do ambiente social mais amplo para criar uma sociedade mais saudável. As políticas podem influenciar os preços dos alimentos que afetam diretamente os padrões de consumo alimentar dos indivíduos, visto que atualmente os alimentos saudáveis tendem a custar mais que os alimentos menos ricos em nutrientes eo preço é um forte determinante da escolha de alimentos.

5. CONCLUSÃO

O estudo epidemiológico da obesidade no Estado da Paraíba indica que a prevalência da obesidade nos municípios de Campina Grande e João Pessoa é mais elevada que a média estadual, que por sua vez já é considerada preocupante. Com esse quadro epidemiológico se faz necessário ações para a prevenção e controle da obesidade no Estado.

O modelo de estratégico de prevenção da obesidade apresentado representa um direcionamento na formulação de ações de prevenção à obesidade. A aplicação dos princípios do marketing social numa abordagem multinível é o diferencial para a eficiência da prevenção da obesidade, visto que seu objetivo é a mudança comportamental para uma melhor qualidade de vida.

Ressaltando que as variáveis moderadoras, como fatores associados à comunidade e ao meio social, são altamente complexas e necessitam de outros estudos. Seguindo essa linha, podemos construir a base de evidências e aproveitar o enorme potencial de marketing social para combater a obesidade.

SOCIAL MARKETING IN OBESITY PREVENTION

ABSTRACT

Obesity is a worldwide epidemic, represented a public health problem because of its prevalence, costs and health effects. Obesity is a medical condition in which there is increased fat in excess to the point that it may have negative impact on health, leading to reduced life expectancy and increased health problems. Reducing obesity is important for public health, social and economic interest investments. Prevention of obesity tends to be less costly and potentially more effective than treatment of obesity its comorbidities. In the search for greater effectiveness, the obesity prevention programs have incorporated principles of social marketing. Since social marketing can influence a target audience to voluntarily accept, reject, modify or abandon a behavior for the benefit of individuals, groups or society. Therefore, the present study is exploratory and analytical nature and aims to analyze the prevalence of obesity in the state of Paraíba, through a cross-sectional study and propose a strategic model of prevention by applying the principles of social marketing. As a result, we found that Campina Grande and Joao Pessoa, had a significantly higher prevalence of obesity than the average found in the state. And it was possible to develop a strategic model for the prevention of obesity, applying the principles of social marketing in a multilevel approach.

Keywords: Public Health. Obesity. Social Marketing.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. A. Obesidade e saúde pública. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006.
- ANJOS, Luiz A. (Massa corporal. Estatura²) Como indicador do estado nutricional de adultos, Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.26, n. 6, 1992.
- BAHIA, Luciana R.; ARAÚJO, Denizar Vianna. Impacto econômico da obesidade no Brasil. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 13. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2014.
- CABALLERO, B. The global epidemic of obesity: An overview. Epidemiol. Rev., n. 29, p. 1–5, 2007.
- COWBURN, G.; HILLSDON, M.; HANKEY, C.R. Obesity management by life-style strategies. British Medical Bulletin, London, v. 53, n. 2, p. 389-408, 1997.
- EVAN, W. Douglas, CHRISTOFFEL, Katherine K., NECHELES, Jonathan W., BECKER, Adam B. Social Marketing as a Childhood Obesity Prevention Strategy. Obesity Journal, vol. 18, 2010.
- FONTAINE K.R.; BAROFSKY I. Obesity and health-related quality of life. Obesity Res., n. 3, p. 173-182, 2001.
- FOX, K. F. A.; KOTLER, P. The Marketing of Social Causes: The First Ten Years. Journal of Marketing, v. 44, p. 24-33, 1980.
- GARCIA, C.H. Tabelas para classificação do coeficiente de variação. Piracicaba, IPEF, 1989.
- GILL, T.P. Key issues in the prevention of obesity. British Medical Bulletin, London, v.53, n.2, p.359-388, 1997.
- JEBB, S.A. Aetiology of obesity. British Medical Bulletin, London, v.53, n.2, p.264-285, 1997.
- KOTLER, P.; ROBERTO E. Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior. Free Press, 1989.
- KOTLER, P.; ZALTMAN, G. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. Journal of Marketing, v. 35, p. 3-12, 1971.
- KOTLER, Philip; LEE, Nancy. Marketing no Setor Público: Um guia para um desempenho mais eficaz. Bookman Companhia, 2008.
- MATOS, A.F.G. Diagnóstico e Classificação da Obesidade. In: Halpern, A.; Mancini, M.C. Manual de Obesidade para o Clínico, São Paulo, Editora Roca, p. 1-25, 2002.

MCKINSEY & COMPANY, Overcoming obesity: An initial economic analysis, november 2014.

MENDONÇA, P.; SCHOMMER, P. C. O Marketing e sua Relação com o Social: dimensões conceituais e estratégicas e o caso de duas organizações em interação. In: Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração (ENANPAD), Florianópolis, 2000.

POPKIN, B. M.; DOAK, C. M. The Obesity Epidemic Is a Worldwide Phenomenon. NutritionReviews, n. 56, p. 106–114, 1998.

RODRIGUES, Anderson Ricardo, PEIXOTO, Maria Gabriela Mendonça, SETTE, Ricardo de Souza. Marketing Social: Conceituação, Características e Aplicação no Contexto Brasileiro. Espacios. v. 33, 2012.

SEGAL, A. Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental. In: Halpern A.; Mancini M.C. Manual de obesidade para o clínico. São Paulo, Editora Roca, p. 121-141, 2002.

SILVA, Ronaldo. Marketing social em saúde. Periódico Científico do Instituto COI, n. 13, 2010.

Sistema de Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: Avaliação Nutricional de Adultos no Estado da Paraíba em 2014. Ministério da Saúde, 2014.

Sistema de Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andhressa Araújo Fagundes et al.]. Ministério da Saúde, 2004.

TSIGOS C.; HAINER V.; BASDEVANT A.; FINER N.; FRIED M.; MATHUS-VLIEGEN E.; MICIC D.; MAISLOS M.; ROMAN G.; SCHUTZ Y.; TOPLAK H.; ZAHORSKA-MARKIEWICZ B. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. The European Journal of Obesity, n.1, p. 106–116, 2008.

VAN GERMET, W.G.; ADANG, E.M.; GREVE, J. W. M.; SOATERS, P.B. Quality of life assessment of morbidly obese patients: effect of weight-reducing surgery. Am. J. Clin. Nutr., n. 67, p. 197-201, 1998.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization: Consultation on Obesity. Geneva, 1998.