

DO DISCURSO PUBLICITÁRIO BIOMÉDICO AO DISCURSO PUBLICITÁRIO COMERCIAL: O *MARKETING SOCIAL* EM SUSPEIÇÃO NAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS¹

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos - ULBRA

GT: Educação e Comunicação/n.16

Agência Financiadora: Não contou com financiamento

Apesar do crescimento da epidemia de HIV/AIDS no país, da intensa divulgação realizada pela mídia e da existência de programas estaduais em onze estados, até 1985 o Ministério da Saúde ainda não havia implementado nenhuma ação em âmbito nacional (Teixeira, 1997). Foi somente a partir de 1986, com a criação do Programa Especial de AIDS da Organização Mundial da Saúde e do Programa Global de AIDS (PGA), que o Brasil (assim como inúmeros outros países)² se mobilizou em direção à estruturação de um programa em nível federal (Parker, 2000). Até então, refere Teixeira (op. cit.), as ações do Ministério da Saúde se restringiam à distribuição de folhetos, à realização de palestras e discussões em programas de televisão.

Uma das dimensões de atuação do então Programa Nacional, hoje Coordenação Nacional de AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (CN-DST/AIDS), do Ministério de Saúde, se dá através de ações de *informação, educação e comunicação* (IEC). A pergunta que norteia essas ações é “como sensibilizar a população com mensagens de prevenção à AIDS?” (Brasil, 1998, p.59). Dois caminhos principais são apontados: educação continuada e permanente a populações específicas e elaboração de campanhas de massa voltadas para a população em geral (Ibid.). Neste trabalho, detenho-me à análise *mais ampla*³ das campanhas de prevenção de

1 Este trabalho apresenta algumas considerações desenvolvidas em minha tese de Doutorado em Educação, que contou com bolsa do CNPq e PDEE/CAPES.

2 O PGA apoiou o estabelecimento de Programas Nacionais em 159 países (Parker, 2000).

3 Digo *mais ampla* porque na tese realizei uma análise minuciosa de dezesseis

massa ao HIV/AIDS, ou, como alternadamente tenho preferido chamar, campanhas de educação em saúde através da mídia. Esse *mais ampla* refere-se tanto a uma análise diacrônica, que procurou caracterizar essas campanhas ao longo do tempo (1986 a 2000), quanto ao número de anúncios envolvidos (n=68).

Na análise que empreendi do conjunto de anúncios televisivos das campanhas de prevenção ao HIV/AIDS foi possível demarcar aquilo que denominei como um deslocamento de discursos. Assim, acredito que as campanhas de prevenção ao HIV/AIDS, especialmente nos seus primeiros anos, e.g., com a campanha “*AIDS, você precisa saber evitar*” (1987), estavam fortemente fundadas em um modelo biomédico preventivo, valendo-se não só do jargão técnico como também de cenários hospitalares (corredores, enfermeiras, médicos, pacientes, camas hospitalares, instrumentos etc.) e de apresentadores que adotavam uma postura similar àquela adotada pelos médicos quando falam com seus pacientes. A esse modo de comunicar campanhas de prevenção de educação em saúde através da mídia chamei de *discurso publicitário biomédico*.

Campanha ou propaganda oficial?

Em uma de suas acepções *campanha* pode ser definida, como o conjunto de ações, de esforços, para se atingir um fim determinado. Creio, no entanto, que, para os objetivos que me proponho, o trecho a seguir, repetido em vários documentos (oficiais ou não), serve como um bom indicador introdutório do modo como uma campanha de prevenção ao HIV/AIDS é entendida:

a campanha é composta de filme, *spot*, anúncio para revista, *outdoor* (640 unidades afixadas em 26 cidades/capitais e praias do litoral brasileiro) e materiais de apoio –cartão-postal (5 milhões de unidades), mortalha (20 mil), cartaz (300 mil), fita para cabeça (200 mil), *banner* (500) e *folder* trilingüe (1 milhão

anúncios televisivos de campanhas de prevenção.

e 500 mil)⁴.

Além disso, as campanhas de prevenção são, freqüentemente, localizadas geográfica (nas principais capitais e no litoral) e temporalmente (Carnaval e Dia Mundial de Luta contra a AIDS).

Para Hidelbrand (1995), uma campanha se caracteriza pela formulação e explicitação de um ou mais objetivos que o proponente (emissor) pretende atingir ao apresentar uma dada informação. Tais objetivos podem se constituir na intervenção sobre os conhecimentos, as atitudes ou as habilidades do público (receptor), através do emprego de uma variedade de meios de comunicação que, trabalhados articuladamente, podem contribuir para o sucesso da campanha. A mesma autora refere que campanhas de natureza social, tal como as de prevenção ao HIV/AIDS, também podem ser enquadradas como *campanhas de mudança social*, já que buscam “convencer terceiros a aceitar, modificar, ou abandonar certas idéias, atitudes, práticas e comportamentos” (Hidelbrand, 1995, p.30).

Polistchuck (1999), que analisou as campanhas de prevenção à AIDS da Rede Globo, entende as campanhas de modo similar ao que foi destacado anteriormente e a isso acresce que, usualmente, as campanhas são produzidas por um conjunto de profissionais e definidas por quatro fatores essenciais: propósito de influenciar pessoas; existência de um extenso público-alvo; tempo de duração mais ou menos definido; e recurso a atividades de comunicação. Ela também cobra do Ministério da Saúde uma ação mais efetiva e continuada em relação às campanhas. Posto que, segundo a autora, seria necessário haver uma continuidade de ações desse tipo, pois

basta assistir televisão, escutar rádios e ler jornais e revistas para que se perceba haver poucas informações sobre a doença, por exemplo, na forma de campanhas preventivas. O que há é uma espécie de *propaganda oficial*, que ‘aparece’ de tempos em tempos –sobretudo no período que antecede o carnaval. A

4<<http://www.esparmark.com.br/news/index.htm>>, em 25/02/2000. A informação é relativa à campanha do Carnaval de 2000, podendo ser estendida às demais, já que elas são recorrentemente apresentadas assim.

impressão que se tem como telespectador, ouvinte ou leitor, é [a] de um trabalho descontínuo e esparso, realizado pelas autoridades sanitárias (Polistchuck, 1999, p.45).

Na mesma direção ela também diz que aquilo “que se consome, seja como propaganda oficial, seja como programas de entretenimento ou jornalísticos é (...) muito pouco, se comparado às campanhas de AIDS de outros países” (Ibid., p.46). Mas talvez a questão mais insistentemente trazida por Polistchuck seja o pouco uso da televisão brasileira para a veiculação de campanhas de saúde. Tal fato se deve, segundo ela, ao modelo de medicina vigente no Brasil que se alterna entre uma medicina curativa (assistencial) e outra preventiva, tradicionalmente entendidas como concorrentes e incompatíveis. Um dos resultados disso é, segundo a autora, uma completa ausência de campanhas que tratem, e.g., das principais endemias brasileiras, como a doença de Chagas, a malária ou a esquistossomose (Polistchuck, op. cit.). Uma explicação possível para isso (mais atrelada às especificidades da mídia do que propriamente aos demais movimentos que constituem a saúde pública) pode ser encontrada em Lupton (1995), que acredita que as ênfases colocadas sobre temas tidos como *desviantes*, relativos a *comportamentos ilegais*, tais como a AIDS e o uso de drogas, têm prioridade na mídia em detrimento de outras questões de saúde pública.

Em convergência com aquilo que aponto como *discurso publicitário biomédico*, Polistchuck (op. cit.) levanta a hipótese de que as campanhas de saúde apresentadas na televisão talvez sejam “o produto final de modos de veicular os programas de medicina, no interior de produções jornalísticas ou de entretenimento, tanto em televisões estatais quanto em emissoras privadas”⁵ (Ibid., p.9). Meu entendimento acerca dos anúncios televisivos das primeiras campanhas oficiais de prevenção, especialmente aqueles pertencentes às campanhas *AIDS, você precisa saber evitar* (1987) e

5 A autora fez um histórico dos programas televisivos estadunidenses sobre médicos, hospitais e pacientes (e.g., *City Hospital*, 1952; *Dr. Kildare*, década de 1970), bem como explorou, e.g., as matérias de saúde apresentadas no *Fantástico* (Rede Globo).

Quem vê cara não vê AIDS (1988), é de que eles se situam nesse registro; de uma tradição biomédica de se falar sobre saúde, como um tema eminentemente biomédico, que se articula tanto no modelo campanhista quanto nesses outros variados programas de saúde que constituem o modo de se falar sobre saúde na televisão. Nos primeiros anúncios dessas campanhas é possível observar tal discurso de modo bastante evidente. Posteriormente, no entanto, esse discurso se dilui, sendo retomado em algumas campanhas em que, ao invés de atores, são os médicos, com o nome precedido do *Dr.*, que as apresentam (e.g., alguns anúncios das campanhas “*Vamos juntos contra a AIDS, de mãos dadas com a vida*”, 1990, e “*Tratar bem é lutar pela vida*”, 1996). Entretanto, é possível dizer que, apesar das variações e deslocamentos (rumo ao que denomino de um *discurso publicitário comercial ou “mais” comercial*) que identifico nas campanhas durante a década de 1990, o discurso biomédico permanece como uma marca que caracteriza a epidemia de HIV/AIDS como um tema eminentemente de saúde e, mais especialmente, de uma sexualidade medicalizada, que precisa ser constantemente monitorada através dos limites do que conta como *normal* de ser apresentado na televisão.

Em termos de discurso publicitário há, ainda, dois outros períodos na história das campanhas de prevenção no Brasil. O período entre 1990 e 1994 é cheio de nuances, ora beirando o terror total em termos de saúde, como nos anúncios “*Eu não tenho cura*” e “*Progressão*” (1991), ora beirando a explicitação total, como no anúncio “*Fórmula 2x2x2*” (1993), que mostra como se deve preparar uma fórmula para limpar as seringas que são partilhadas no uso de drogas injetáveis.

Por fim, acredito que há um terceiro período na história das campanhas de prevenção (1994-2000), no qual se estabelece um discurso publicitário que se aproxima daquele utilizado nos anúncios comerciais em geral. Nesse período, os anúncios adquirem uma linguagem mais comercial, a fim de *vender* não apenas informações

biomédicas, mas sobretudo transmitir determinadas mensagens, enfatizar a mudança de comportamento, sugerir a adoção de determinadas práticas sexuais e, mais especialmente, fazer propaganda das *propriedades* do preservativo. Acredito que neste período as campanhas assumem, mais do que nunca, os princípios do *marketing social* (MS).

Cabe dizer que essa identificação (ou eleição) do MS como *a* estratégia que vem orientando as ações de prevenção em termos de campanhas talvez não seja reconhecida por parte daqueles teóricos que falam sobre o que é MS; porque o MS é, segundo sua definição, muito mais do que a apresentação de anúncios na televisão. No entanto, os anúncios foram os materiais que selecionei para analisar e a partir deles, e com base em outros materiais acessórios, me foi possível identificar (eleger) o MS como a estratégia que embasa as ações de prevenção ao HIV/AIDS na forma de campanhas educativas, especialmente no que tange às avaliações dessas campanhas.

Mas o que é *mesmo* Marketing Social?

Em 1971 Kotler & Zaltman publicavam um artigo que viria a assentar as bases para o que hoje se entende por *Marketing Social*. A questão básica levantada por eles dizia respeito à possibilidade de se utilizar efetivamente os conceitos do *marketing* à promoção de bens sociais. Em verdade, uma questão levantada em meados de 1900, quando Wiebe (1952 apud Kotler e Zaltman, 1971) perguntava-se “*Por que não se pode vender fraternidade como se vende sopa?*”. Na base dessa questão estava o pressuposto de que as estratégias comerciais para a venda de produtos como sopa davam melhores resultados do que aquelas utilizadas para a *venda* de bens sociais. Os resultados das pesquisas de Wiebe indicavam que as campanhas sociais mais bem sucedidas eram aquelas que mais se aproximavam das campanhas de produtos comerciais. Esses autores ainda referem que o princípio central do *marketing* repousa no processo de troca,

que só acontece quando estão presentes duas ou mais partes, cada uma delas com alguma coisa a trocar, tendo ambas a capacidade de comunicação e distribuição. Em suma, trata-se da troca de bens e serviços por outros bens e serviços ou por dinheiro.

Esse autores conceituam *marketing social* como “o planejamento, a implementação e o controle de programas calculados para influenciar a aceitação de idéias sociais e que envolve considerações acerca do planejamento de um produto, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de mercado” (Kotler & Zaltman, 1971, p.5). Essa mesma definição será encontrada, com poucas variações, em praticamente todos os textos que falam sobre MS (e.g., Vaz, 1995; Andreasen, 1995). Vaz (op. cit.), e.g., o define, mais contemporaneamente como “a modalidade de ação mercadológica institucional que tem por objetivo atenuar ou eliminar problemas sociais, carências da sociedade relacionadas principalmente com questões de higiene e saúde pública, trabalho, educação, habitação, transporte e nutrição” (p.281).

A partir de Kotler & Zaltman (op. cit.) pode-se dizer que, de modo geral, a proposição do MS é simples: valem os mesmos princípios do *marketing* (comercial), com *apenas* algumas substituições no que tange ao emprego dos termos. Assim, se no *marketing* (comercial) estuda-se as necessidades e desejos dos compradores e procura-se desenvolver produtos e serviços que preencham essas necessidades, no MS *embrulha-se* o *produto* (a idéia social) de modo que uma determinada audiência a ache atrativa e queira adquiri-la. A *promoção*, por sua vez, corresponde às estratégias de persuasão e às táticas que tornam o produto familiar, aceitável e, mesmo, desejável à audiência –o que vai, segundo enfatiza Andreasen (1995), muito além da produção de brochuras, *pôsteres* e anúncios para televisão. Já, o lugar (*place*) corresponde à necessidade de se fornecer canais de resposta e uma distribuição adequada e compatível ao produto em questão (i.e., novamente, como destaca Andreasen, op. cit., se os objetivos de um programa de MS são o planejamento familiar e a

prevenção do HIV/AIDS, os preservativos⁶ –enquanto um outro produto que faz parte desse programa– devem estar acessíveis em uma variedade de instâncias), ou seja, trata-se da acessibilidade que permite a tradução das motivações em ações (Kotler & Zaltman, op. cit.). Por fim, o último dos *P* corresponde ao *preço*, i.e., aos custos que o consumidor deve aceitar pagar a fim de obter o produto (sejam eles financeiros, psíquicos, de oportunidade ou de energia). Se no caso do *marketing* (comercial) isso envolve o uso de dinheiro, no MS o preço corresponde a uma ação cujo preço a pagar corresponde, mais freqüentemente, a uma mudança de comportamento, seja na direção de adquirir novos hábitos (e.g., preservativo nas relações sexuais), seja na de *perder* outros mais antigos (e.g., parar de fumar). Em suma, como retoma Kotler (1978), há diferenças essenciais entre o *marketing* de negócios, que procura preencher as necessidades e desejos supostamente *identificados* no público-alvo, visando ao lucro e a apresentação de produtos e de serviços, e o *marketing* social, que tenta modificar as atitudes ou comportamentos através da apresentação de idéias ou conceitos, sem a intenção de obter lucro.

O Marketing Social em suspeição

Uma vez que o MS está centrado no consumidor, em suas necessidades e anseios (Andreasen, 1995) e resgata a sua soberania em termos de escolha (Kotler & Zaltman, op. cit.), a pergunta que se pode fazer relativamente ao seu *suposto uso* nas campanhas de prevenção ao HIV/AIDS passa por questionar como esses princípios se articulam com *a mensagem educativa* em termos de saúde, seja individual ou coletiva, que o Ministério da Saúde pretende passar nos anúncios televisivos? Quais são as necessidades do consumidor (da audiência) dos anúncios dessas campanhas? Em que direção

⁶ Para uma análise da aplicação dos quatro *P* ao MS de preservativos, vide Lamptey & Price (1998).

esses *consumidores* foram ouvidos e como as suas necessidades foram ali representadas? Que *soberania* é essa que os *consumidores* têm frente às mensagens de prevenção considerando-se o modo como eles são ali posicionados?

Não tenho a pretensão de dar conta dessas questões. Minha intenção, aqui, é a de discutir como o poder se articula na definição do MS, ou, mais precisamente, como ele se institui como um campo de saber a partir do qual se torna possível anunciar algumas *verdades*, e.g., acerca da saúde do corpo individual e do corpo da população.

A partir da leitura de alguns autores do campo do MS, tanto dos que já apresentei até aqui quanto dos que se seguem, eu diria que ele se constitui –e se estrutura– como um discurso que prega sua universalidade (sempre existiu), sua *fidelidade* ao consumidor (está centrado em suas *reais* necessidades), seu igualitarismo (assimetrias de poder entre *as partes que têm coisas para trocar* parecem inexistir; como se *consumidores* e *produtores* estivessem situados no mesmo nível de negociação) e suas pesquisas (realizadas antes, durante e depois da veiculação de um dado produto ou serviço). Assim, embora essa tecnologia (o MS) se defina como algo que se desenvolveu (ou que se desenvolve) naturalmente como fruto das relações comerciais entre os humanos, passando a ser aplicado também às causas sociais (Kotler & Zaltman, 1971; Vaz, 1995; Lefebvre, 2001), e, portanto, remeta a uma dimensão natural, que apenas refletiria um modelo já existente no mundo, a forma como o MS se constitui enquanto um campo de saber não tem nada de natural.

Com base nesses pressupostos (universalidade, centralidade do consumidor, igualitarismo e necessidade constante de pesquisas) penso que seria possível enquadrar o MS na estratégia que Santos (1999), a partir de Donna Haraway, denomina de *colonizar para conhecer e conhecer para colonizar*, i.e., uma operação inseparável, em que na medida em que mais se conhece o *consumidor* (a partir

das pesquisas de mercado) mais ele é colonizado (governado) a partir de suas próprias necessidades. Assim, voltando ao argumento do deslocamento de um *discurso publicitário biomédico* para outro (mais) *comercial* relativamente às campanhas de prevenção ao HIV/AIDS, entendo que as estratégias de *marketing social* buscam conhecer a população, segundo uma compreensão do social que também é passível de ser *marketizada* e inserida na cultura de mercado (ou de *commodities*). Digo isso porque os discursos do MS o apresentam como suficientemente capaz de atingir determinados segmentos da população (por conhecerem a linguagem das mídias; por atingirem, teoricamente, um maior número de sujeitos; por falarem mais condizentemente de suas *necessidades* etc.) de forma mais eficaz do que outras abordagens que vieram antes (no tempo) ou que com ele competem.

Em outras palavras, quero referir que entendo o MS não como algo que se constitui como uma simples tradução/descrição do que acontece naturalmente no mundo, uma dinâmica própria de uma *natureza humana*, mas sim, que ele é ativamente construído pelo discurso de determinados segmentos profissionais. O MS é uma construção datada, que tem uma história (baseada em narrativas do passado) e, como qualquer outro saber, não paira acima do bem e do mal. Ele tampouco é a melhor estratégia do mundo, a solução derradeira para todos os males da humanidade. Em suma, o MS pode ser contestado, suas redes de poder podem ser suspensas em um ou outro momento, tornando-se possível, assim, desconstruí-lo.

Lupton (1995), e.g., destaca a recente adoção das estratégias de MS, por parte de algumas agências de promoção da saúde australianas, referindo-as como uma estratégia mais nuançada para a disseminação de informações de massa sobre a manutenção da boa saúde, e, em alguns casos, mudança de atitudes pautadas nesses princípios. Polistchuck (1999) refere que as estratégias de MS também têm sido utilizadas na organização das campanhas de prevenção ao HIV/AIDS do departamento de saúde dos Estados

Unidos, mas que elas tem sido bastante criticadas por vários setores acadêmicos de comunicação e saúde, os quais colocam em questão a validade de se utilizar uma disciplina *também* ligada à prática comercial para se pensar problemas sociais. Na avaliação dessa autora, determinadas estratégias de MS parecem ter um alcance muito reduzido, especialmente quando se trata de problemas complexos como a AIDS, as drogas e os acidentes automobilísticos.

Lupton (1995) também refere que o MS vê tanto as informações quanto as atitudes *corretas* a serem, presumivelmente, adotadas como produtos que podem ser comercializados. Como uma das estratégias do *marketing* aplicado à saúde, ela refere, e.g., a segmentação da população (audiência) em discretos grupos-alvo (jovens, homossexuais, caminhoneiros, profissionais do sexo etc.), o que acaba por promover uma persuasão mais efetiva, posto que se dirige às especificidades *reveladas* por cada um desses segmentos, acerca dos quais se buscou, antes, por informações (pesquisas de opinião, dados do censo, dados epidemiológicos, grupos focais etc.) para melhor *focalizar* as estratégias em relação aos seus supostos anseios e necessidades. Nessa operação, a saúde torna-se *commodity* e os membros da população *consumidores* (Ibid.). Além disso, as pesquisas de *marketing*, ao *revelarem* as necessidades e os desejos dos consumidores, acabam atribuindo-lhes a demanda por produtos e serviços diferenciados. Segundo a autora, a estratégia desse tipo de operação é fazer crer que tais necessidades vêm da própria população, como algo que vem *de baixo*, oriundo dos próprios interesses do *consumidor*. Isso se torna importante quando tomamos como exemplo a forma como as campanhas de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil vieram, ao longo do tempo, se dirigindo aos diferentes segmentos da população segundo aquilo que a CN-DST/AIDS acreditava ser seu público-alvo, definido pelos perfis epidemiológicos ou pesquisas de opinião.

O que ocorre, então, a partir da aplicação das estratégias de MS

à saúde é que os promotores de saúde⁷ precisam não só indicar o que os indivíduos devem fazer (como nas práticas biomédicas tradicionais), mas, antes, conhecer as suas percepções, motivações e necessidades, a fim de produzir uma comunicação mais eficiente em termos de saúde. Em outras palavras, a questão crucial a partir da adoção dessas estratégias é, segundo Lupton (1995), como produzir campanhas que eduquem as pessoas em uma dada direção, sem que elas sintam isso como imposição, mas, antes, como *necessidades* que elas talvez já possuíssem e ainda desconhecêssem. É nessa direção que as campanhas de saúde através da mídia constituem-se como uma atividade essencialmente pedagógica, porém de uma pedagogia freqüentemente vista como conservadora, posto que entende o público (a população) como um receptáculo vazio onde é possível despejar informações (Lupton, op. cit.).

Lupton (1995) também destaca que o fato de os anúncios virem marcados com o logotipo do Governo indica a origem da mensagem à população. Em outras palavras, o Governo tanto é visto como aquele que pode proteger a sua população (e.g., vacinando-a em massa) quanto pode vir a ameaçá-la (com aumento das taxas de impostos, burocratização dos serviços etc.). Assim, essas representações acerca do Governo atuam no sentido de se desconfiar de suas ações em saúde como sendo *essencialmente boas* à população, podendo ser tomadas como algo persuasivo, que pretende intervir inclusive em atividades prazerosas da vida privada dos sujeitos (e.g. o uso de preservativos em relações estáveis).

Ainda, diferentemente dos anúncios comerciais, que partiriam do pressuposto de que o público é autônomo e livre para escolher, os anúncios (de prevenção a doenças) e de promoção da saúde tomariam, freqüentemente, o público como ignorante, apático e passivo, necessitando, assim, da condução do Estado (Lupton, op. cit.). Embora esses argumentos me pareçam lógicos e viáveis, penso

7 Embora Lupton (op. cit.) esteja se referindo mais especificamente aos profissionais ligados à área biomédica, no caso das campanhas de prevenção, é possível estender essa noção de *promotor de saúde* também àqueles que trabalham na sua produção (e.g., publicitários).

que talvez seja preciso que se trabalhe mais na direção de entender como esses gêneros de anúncios têm se cruzado livremente, discutindo-se, assim, as relações de poder que perpassam esses modos de comunicação mais que assumindo uma dicotomização tão acentuada entre as formas comerciais e governamentais de se dirigir à população. No entanto, para Lupton (1995) essa diferença é crucial para que se entenda porque as atividades (de prevenção de doenças) e de promoção da saúde freqüentemente falham. Segundo ela, isso possivelmente se dá porque, ao veicular um dado anúncio sob o seu logotipo, o Governo estaria adotando uma estratégia discursiva promocional dualística, que tanto serviria a sua auto-promoção (tornando públicas suas preocupações, seu dinamismo, o que considera certo ou errado em termos de comportamento), provendo evidências tangíveis de que o Estado está *fazendo alguma coisa* sobre um problema de saúde particular, quanto promoveria, ou tornaria público, o próprio problema de saúde.

O argumento de Lupton parece, no entanto, ser bastante forte, precisamente porque desloca as análises mais usuais, que denunciam aquilo que o Governo fez ou deveria fazer, e procura apontar, segundo entendo, para a produtividade das próprias práticas por ele instauradas. Assim, não se trata de somente avaliar as campanhas de prevenção de doenças ou de promoção da saúde na direção daquilo que não fizeram, dos segmentos da população que não atingiram etc., mas precisamente daquilo que elas mesmas produziram, como efeito de sua veiculação, as discussões que geraram a seguir, os segmentos populacionais que *capturaram*, ou, como aponta Lupton (op. cit.), a própria ação de ter feito algo em relação ao tema, seja ela qual for.

Essa perspectiva é importante porque permite que se pense o deslocamento que venho apontando, desde um discurso *mais biomédico* para outro *mais comercial* relativamente às campanhas de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil, como algo que não se dá apartado dos próprios modos como as instâncias governamentais e os

saberes/fazeres de determinados campos têm marcado as especificidades das estratégias de prevenção. Em outras palavras, também as instâncias governamentais estão preocupadas em melhor atingir a população; para tanto, a assunção das estratégias de MS, ou melhor, a delegação da realização de campanhas de saúde às agências de publicidade, com seus reconhecidos *know-hows* na interpelação do público, constitui parte desse próprio movimento de *fazer alguma coisa*. De forma que hoje, talvez como parte desse deslocamento, são as agências de publicidade que, em virtude de terem acumulado experiência na realização de campanhas, têm melhores condições de dizer como elas devem ser feitas. Nessa operação as campanhas de cunho social, como as de prevenção ao HIV/AIDS, tornam-se, na cultura de *commodities*, equivalentes às campanhas de produtos comerciais, devendo ser medidas pelos mesmos indicadores –e.g., o anúncio *Canções Carnaval* (1999), colocado entre o de produtos como *Coca-Cola* e *Skol*.

Ainda, para Lupton (1995), uma das questões postas aos profissionais que trabalham com promoção à saúde é como lidar com alguns significados preexistentes (sexo como algo prazeroso, excitante, perigoso, romântico) e, trabalhando com eles, criar outros que possam se equivaler ou mesmo superar aqueles já estabelecidos e que também atuem no sentido da prevenção. Isso é importante porque, como ela diz, é somente no domínio da biomedicina que os encontros sexuais são considerados uma *questão de saúde*. Como lidar, então, com os significados construídos a partir de um discurso tão hegemônico como esse, que estabelece a *verdades* acerca do corpo, saúde e sexualidade, e, ao mesmo tempo, como negociar com os significados pré-existentes? Essa parece ser a *luta* tanto daqueles que estão envolvidos na realização de campanhas de prevenção quanto daqueles que se dedicam a analisá-las e admitem, assim como Lupton (op. cit.) –a despeito de elas serem estratégias que governam nossos corpos, nós mesmos–, a necessidade de que se faça, e.g., alguma coisa relativamente à prevenção do HIV/AIDS.

Em relação a isso, talvez seja possível perguntar se o deslocamento que venho enfatizando, de um *discurso publicitário* (mais) *biomédico* para outro (mais) *comercial*, pautado nos princípios do MS, não resultaria também em um deslocamento do entendimento de uma sexualidade (mais) *medicalizada* (que apontaria as formas *cientificamente* comprovadas pelas quais se pode *pegar* HIV/AIDS) para outra (mais) inscrita no registro do prazer (que enfatizaria o prazer de desfrutar da segurança de uma relação sexual através do uso do preservativo). Em outras palavras, a idéia é a de que uma campanha de prevenção seria mais efetiva na medida em que mais se aproximasse das campanhas comerciais, instaurando nos *pacientes-consumidores* o desejo de consumir as próprias campanhas e os produtos (preservativos, sexo seguro, auto-confiança etc.) por ela apresentados. Devo dizer, contudo, que, se é possível inferir esse *descolamento*, essa aparente desmedicalização da saúde e da sexualidade, isso não significa que esses discursos não mais operam. Pelo contrário, nesse *descolamento* eles se tornam ainda mais refinados, revestindo-se de outros sentidos, valendo-se de outras classificações, práticas e instrumentos, permanecendo, ainda, fundados naquelas *verdades autorizadas* sobre o corpo, seus prazeres e seus desvios ditados pela biomedicina ou pelas estratégias comerciais da publicidade, as quais instituem, também, determinados padrões de beleza, saúde, bem-estar, sexualidade, entre outros.

Lupton (op. cit.) é bastante enfática ao referir que as campanhas de saúde que pretendem criar outros significados para aqueles já existentes, e.g., para as práticas sexuais, estão destinadas ao fracasso. Para ela, como para os autores que destaco a seguir, é fundamental que essas campanhas conheçam os significados partilhados pelos grupos/segmentos da população que pretendem atingir. Assim, embora esse conhecer envolva sempre, em alguma medida, colonizar/governar o outro, acredita-se que existam formas de conhecer que sejam mais condizentes com aquilo que diferentes

grupos sociais expressam como suas necessidades para além daquelas estratégias que tomam a população como consumidores.

Em outras palavras, entendo que Lupton (op. cit.) está enfatizando a necessidade de se *conhecer* a população, os significados que sobre ela circulam, seus valores, suas crenças e seus comportamentos etc., no sentido de que as campanhas possam melhor se direcionar aos segmentos que pretendem atingir. Diferentes autores têm, também, destacado essa necessidade, sendo suas pesquisas voltadas, em grande parte, para conhecer, e.g., as representações sociais presentes em grupos de mulheres de baixa renda portadoras do HIV (Knauth, 1997) ou entre homens que fazem sexo com homens (Parker e Terto Jr., 1998). Esses estudos *revelam*, em alguma medida, as gramáticas, os códigos, os signos etc., que circulam por tais segmentos da população, fornecendo assim indícios acerca das significações que ali são tecidas, as quais são ou poderiam ser utilizadas para a produção de campanhas mais voltadas a esses públicos –ou, em outra direção, que melhor governariam a população. Por fim, a questão, aqui, não passa por dizer se tais estratégias são boas ou ruins, mas por enfatizar o caráter produtivo das mesmas.

Considerações finais

A questão central deste trabalho passou não exatamente por uma análise do papel do Estado na produção dos anúncios das campanhas governamentais –i.e., quando falo de poder não o situo nessa instância estatal, de onde emanaria o que deve ser feito em termos de prevenção; em parte, é um pouco disso, mas não só isso–, mas sim por uma análise de formas de governo que se dão de modo difuso, operando através de uma série de outras instâncias que também estão dentro do Estado ou da sociedade (Foucault, 2000). No caso em questão, considereirei serem essas instâncias o que denominei de *discurso publicitário biomédico* e *discurso publicitário comercial*, os

quais instituíram determinadas representações que nos orienta(ra)m na condução de nossas próprias vidas, ou mais especificamente, no caso do HIV/AIDS, de nossa sexualidade. Nessa direção, embora eu tenha analisado *uma produção* do Ministério da Saúde, a análise não recaiu sobre as ações dessa instância governamental e sim sobre como essa forma de governo dos corpos se deu através de outras instâncias e seus saberes especializados: aquilo que foi mostrado e dito através dos anúncios das campanhas de prevenção.

Seguindo Nettleton (1997), pode-se dizer que nas últimas décadas se tem assistido a uma significativa mudança nos mecanismos utilizados para monitorar populações –o que Petersen (1997) refere como uma clara passagem de uma noção de que o estado deve proteger a saúde do indivíduo para a idéia de que os indivíduos devem ser responsáveis eles mesmos por se proteger dos riscos. Nessa direção talvez seja possível dizer que mesmo que o deslocamento, aqui apontado, de um discurso (*publicitário* mais *biomédico*) a outro (*publicitário* mais *comercial*) tenha se operado, isso não se constitui em uma substituição de um pelo outro, mas sim em um novo aparato de governo, bem mais dissipado, espalhado (híbrido) e, portanto, talvez mais efetivo, na medida em que se vale de um discurso *mais comercial* que apela para algumas estratégias que posicionam desde produtos (preservativos) até conceitos (sexo seguro) como mercadorias a serem consumidas.

Essa *nova* forma de governo, condizente com os princípios neoliberais, cria, segundo sugere Petersen (1997), uma esfera de liberdade para os sujeitos tornando-os aptos para exercitarem uma autonomia regulada para a escolha daquilo que melhor lhes servir, bem como conclama o indivíduo a entrar no processo de auto-governo através de intermináveis auto-exames e auto-cuidados. E essas escolhas, especialmente quando se tratam de temas ligados à saúde, não são, qualquer coisa. Antes, tal como destaca Petersen (op. cit.), os especialistas ligados à saúde (sejam eles médicos, administradores, publicitários, educadores, entre outros) continuam

a ter uma função crucial no governo, mas a sua autoridade é crescentemente separada do aparato das regras políticas e cada vez mais localizada no mercado, governado pelas racionalidades de competição e demanda de consumo. Penso que a importância desse saber especializado, mesmo quando aponto na direção de um deslocamento de um tipo de campanha para outro, fica evidente quando se observa, e.g., no anúncio *Canções Carnaval* (1999), a centralidade que as estratégias de *marketing* social assumiram não só na direção da produção dos anúncios, mas especialmente nas formas como a eficácia da campanha junto ao público é avaliada.

Ainda, as campanhas, ou os seus anúncios, mesmo que apresentados de forma esparsa, localizados em dois ou três períodos do ano, acabam por cumprir, junto a outras formas de governo, o papel de constantemente *lembrar*, seja aos grupos que marca, seja à população em geral, que o HIV/AIDS continua *solto por aí* e que é preciso que cada um examine as suas próprias práticas (sexuais) de modo a fazer determinadas escolhas (no rol daquelas que lhes são oferecidas) para se conduzir relativamente a essa epidemia. Talvez a função das campanhas seja precisamente esta, a de constantemente *lembrar* aos indivíduos de que eles precisam rever os seus comportamentos, os modos de se conduzir frente ao HIV/AIDS. Os objetivos governamentais se concretizam na medida em que mais e mais indivíduos se dobram a esses imperativos (*prevenir-se, cuidar-se, amar-se, ter mais saúde*), fazendo com que os números do HIV/AIDS na população se modifiquem também. Mas essa operação precisa ser constantemente retomada.

Retomando, Lupton (1995) diz que o fato de essas campanhas serem pensadas (ou no mínimo demandadas), conduzidas e financiadas por instâncias governamentais lhes imprime a *marca* do Governo. Uma marca que, em relação às campanhas de saúde, por ter se valido, em algumas situações do apelo ao medo (“*A AIDS mata sem piedade...*”, “*Eu tenho AIDS, eu não tenho cura...*” etc.), bem como por ter também posicionado, algumas vezes, os sujeitos como

apáticos, ignorantes, descontrolados irresponsáveis, ou culpados por sua própria condição frente à epidemia de HIV/AIDS, funcionaria, segundo essa mesma autora, para apresentar o Estado, como ativo, preocupado e eficiente.

Na opinião dessa autora, essas ações bem como a forma como elas são dirigidas ao público, permitem que o Estado interfira na vida privada das pessoas com o argumento de que ele faz isso para o bem delas mesmas, mas também, para o bem do corpo social, da população. Segundo a análise de Lupton, a campanha serve para alertar acerca das precauções, dos sintomas, dos riscos etc., fazendo com que, nessa operação (de informação e alerta ao público) o Estado, por ter, em alguma medida, cumprido com a sua parte, transfira a sua responsabilidade para o indivíduo. Em termos populacionais, esse controle do próprio corpo delegado a cada um dos indivíduos se torna uma política econômica eficaz de regulação da vida, uma biopolítica capaz de regular o corpo social através do corpo individual. Essa é a operação.

Bibliografia

ANDREASEN, A. R. *Marketing social change*. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

BRASIL. *AIDS no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

HIDELBRAND, L. *Comunicação oficial brasileira sobre a AIDS: um percurso pelas linhas e entrelinhas da telinha da TV*. São Paulo: ECA/USP, 1995. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, 340p.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Estudos Feministas*, IFCS/UFRJ, v.5, n.2, p. 291-301, 1997.

KOTLER, P. & ZALTMAN, G. *Social Marketing: an approach to*

- planned social change. *Journal of Marketing*, v.35, n.3, p. 3-12, 1971.
- KOTLER, P. *Marketing para organizações que não visam o lucro*. São Paulo: Atlas, 1978.
- LAMPTEY, P. R. & PRICE, J. E. Social marketing sexually transmitted disease and HIV prevention: a consumer-centered approach to achieving behaviour change. *AIDS*, n.12 (suppl. 2): S1-S9, 1998.
- LEFEBVRE, C. Theories and models in Social Marketing. In: BLOOM, P.N. & GUNDLACH, G. (Orgs.). *Handbook of marketing and society*. Thousand Oaks, California: Sage, 2001.
- LUPTON, D. *The imperative of health –Public Health and the regulated body*. London: Sage, 1995.
- _____. *Risk*. London: Routledge, 1999.
- NETTLETON, S. Surveillance, health promotion and the formation of a risky identity. In: SIDELL, M. et alli (Orgs.). *Debates and dilemmas in promoting health: a reader*. London: The Open University, 1997.
- PARKER, R. & TERTO Jr., V. *Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.
- PARKER, R. *Na contramão da AIDS –sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.
- PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, A. & BUNTON, R. (Orgs.). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997.
- POLISTCHUCK, I. *Campanhas de saúde pela televisão –a campanha de AIDS da Rede Globo*. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação, UFRJ, 1999. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 130p.
- SANTOS, L. H. S. A biologia tem uma história que não é natural. In: COSTA, M.V. (Org.). *Estudos Culturais em Educação*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.
- TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.).

Políticas, instituições e AIDS. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; ABIA, 1997.

VAZ, G. N. *Marketing institucional: o mercado de idéias e imagens*. São Paulo: Pioneira, 1995.