

Revisitar a política nacional britânica de marketing social

por Carlos Oliveira Santos

RESUMO: Em 2004, o Governo britânico decidiu adotar uma política nacional vasta e sistemática de marketing social, incidindo na área da saúde pública, que se foi implementando como um novo e muito significativo referencial neste campo. Na sequência dos estudos do autor sobre esta temática, com base numa abordagem cognitiva, este artigo foca-se na evolução e transformação daquela política, reforçando a fundamentação de um modelo para uma política nacional de marketing social, como contributo para a conceção e desenvolvimento de políticas similares em outras situações e países, com base em adequados processos de adaptação e implementação. **Palavras-chave:** Marketing Social; Políticas Públicas; Processos Políticos; Abordagens Cognitivas

Revisar la política nacional británica de marketing social

RESUMEN: En 2004, el Gobierno británico decidió una amplia y sistemática política nacional de marketing social, incidiendo en el área de la salud pública, que se fue implementando como un nuevo y muy significativo referencial en este campo. En la secuencia de los estudios del autor sobre esta temática, con base en un enfoque cognitivo, este artículo se centra en la evolución y transformación de aquella política, reforzando los fundamentos de un modelo para una política nacional de marketing social, como contribución para la concepción y desarrollo de políticas similares en otras situaciones y países, con base en adecuados procesos de adaptación e implementación.

Palabras clave: Marketing Social; Políticas Públicas; Procesos Políticos; Enfoques Cognitivos

The british national policy on social marketing revisited

ABSTRACT: In 2004, the UK Government decided on a vast and systematic national policy on social marketing to focus on public health, which has been implemented as a new and very significant benchmark in this field. Following the author's studies on this theme, based on a cognitive approach, this article focuses on the evolution and transformation of that policy, reinforcing the basis of a model for a national social marketing policy, as a contribution to the design and development of policies in other situations and countries, based on appropriate adaptation and implementation processes.

Key words: Social Marketing; Public Policy; Political Processes; Cognitive Approaches

Carlos Oliveira Santos

costerra1953@gmail.com

Doutorado em Ciência Política (Políticas Públicas), Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Curso de Marketing Social para a Saúde Pública, South Florida University, EUA. Professor Auxiliar, Universidade de Lisboa, Departamento de Ciências Sociais e do Território da Faculdade de Arquitetura. Representante para Portugal da European Social Marketing Association (2017-2019). Professor convidado, ISCTE-IUL, Instituto de Políticas Públicas e Sociais, Avenida das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal.

Doctorado en Ciencias Políticas (Políticas Públicas), Universidad Nova de Lisboa, Portugal. Curso de Marketing Social de la Salud Pública, South Florida University, USA. Profesor Adjunto, Universidad de Lisboa, Departamento de Ciencias Sociales y del Territorio de la Facultad de Arquitectura. Representante para Portugal de la European Social Marketing Association (2017-2019). Profesor Invitado, IUL-ISCTE, Instituto de Políticas Públicas y Sociais, Avenida das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal.

PhD on Political Science (Public Policy), University Nova of Lisboa, Portugal. Course of Social Marketing in Public Health, South Florida University, USA. Assistant Professor, University of Lisbon, Department of Social Sciences and Territory; Faculty of Architecture. European Social Marketing Association representative for Portugal (2017-2019). Invited Professor, ISCTE-IUL, Institute for Public and Social Policy, Avenida das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal.

Recebido em julho de 2017 e aceite em setembro de 2017

Recibido en julio de 2017 y aceptado en septiembre de 2017

Received in July 2017 and accepted in September 2017

A formulação de políticas de marketing social de âmbito nacional (Santos, 2008) remonta aos anos 1970. No quadro da sua deliberação *A New Perspective on the Health of Canadians*, mais conhecida como Lalonde Report (1974), o Governo canadiano, dirigido por Pierre Trudeau, com Marc Lalonde como Minister of National Health and Welfare (ministro da Saúde e Bem-Estar), teve um papel pioneiro naquele campo. Considerado como um marco do conceito de Nova Saúde Pública (Bunton e Macdonald, 1992), aquele documento sublinhava a importância da melhoria das condições e dos comportamentos sociais que sustentam a saúde dos cidadãos, bem como incluía, expressamente, o marketing social como uma adequada abordagem e um bom instrumento para tal propósito.

Neste sentido, criou-se, em 1981, uma Health Canada Social Marketing Division, no quadro do referido Ministério da Saúde, que conduziu inúmeras intervenções naquela perspetiva (Lagarde, 2015). Nesse mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde definia a sua *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, com uma abordagem consonante, sublinhada, cinco anos depois, pela *Charter* adoptada, em Otava, na 1.^a Conferência Internacional para a Promoção da Saúde: «A promoção da saúde é um processo de capacitar as pessoas para desenvolverem o controlo e a melhoria da sua saúde... A saúde deve ser vista como um recurso para a vida quotidiana e não como um objectivo distante. A saúde é um conceito positivo que mobiliza os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas. Neste sentido, a promoção da saúde não é, apenas, uma responsabilidade do sector da saúde, estendendo-se dos estilos de vida saudáveis ao bem-estar.» (WHO, 1986, p. 1).

No início do presente século, outros países foram adotando semelhantes processos de políticas nacionais de marketing social. Na sequência de um amplo programa de combate ao tabagismo, o *Smoke-free Environments Act*, iniciado em 1990, e de uma organização para tal criada, o Health Sponsorship Council, o Governo da Nova Zelândia estabeleceu, dez anos depois, *The New Zealand Health Strategy*, envolvendo o marketing social em diversos aspetos.

Nos Estados Unidos, resultado do programa *Futures Initiative*, anunciado em 2003 («para responder aos desafios colocados pelas ameaças à saúde no século XXI»), no quadro dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), foi criado, um ano depois, o National Centre for Health Marketing e, atualmente, o CDC's Gateway to Communication and Social Marketing Practice que «proporciona recursos para ajudar a construir programas de campanhas de comunicação e de marketing social para a saúde» (disponível em <https://www.cdc.gov/healthcommunication/>).

Foi sob estas diversas influências que o Governo britânico, em 2004, sob a liderança do primeiro-ministro trabalhista Tony Blair, deliberou uma estratégia nacional de marketing social para a saúde, expressa no documento *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier* (DoH, 2004). Dois anos depois, no âmbito do estudo *It's Our Health: Realising the Potential of Effective Social Marketing* (NSMC, 2006a), foi criada uma instituição executiva daquela política, o Na-

tional Social Marketing Centre (NSMC), com base numa parceria entre o Department of Health (DoH) e o National Consumer Council (NCC), a instituição nacional de defesa dos consumidores.

Tal processo foi reforçado, em 2008, já sob a liderança do primeiro-ministro trabalhista Gordon Brown, pela nova deliberação governamental *Ambitions for Health: A Strategic Framework for Maximizing the Potential of Social Marketing and Health-Related Behaviour* (DoH, 2008), desenvolvida, em 2011, pela decisão *Changing Behaviour, Improving Outcomes: A New Social Marketing Strategy for Public Health* (DoH, 2011), já tomada pelo Governo de coligação conservadora-liberal, presidido por David Cameron. Durante o Governo seguinte, ainda por este liderado, o marketing social manteve a sua importância política nacional, no âmbito de uma *Public Health England Marketing Strategy 2014-2017* (PHE, 2014), incluindo uma estratégia específica para aquela área.

Paralelamente, o conhecimento e o debate sobre as dimensões do marketing social foi ganhando complexidade. Hastings e Donovan (2002) introduziram uma importante posição conceptual:

«Apelamos colectivamente para que o marketing social acolha uma perspectiva alargada que incorpore não apenas os comportamentos individuais, mas também, as determinantes físicas e sociais desses comportamentos... Para além dos cidadãos individuais, este alargamento ainda envolve mudança de comportamentos, mas entre os que fazem políticas e decisões legislativas em nome de grupos, empresas e governos.» (p. 4).

Andreasen sintetizou, em 2006, esta perspectiva alargada do marketing social, agregando-lhe dois níveis (já presentes, aliás, em Goldberg, 1995):

- Uma abordagem *downstream*, ao nível de intervenções pontuais para a melhoria de comportamentos individuais;
- Uma abordagem *upstream*, visando fatores estruturais e sociais, envolvendo níveis e decisores de topo, na qual a focagem nos indivíduos se mantém, mas incorporada em intervenções que visam aspetos mais contextuais.

Perante esta possibilidade de integração do marketing social em amplas políticas públicas, criou-se consciência de que «para ganharem lugar à mesa das políticas, eles (os *marketers* sociais) necessitavam demonstrar que os princípios e conceitos do marketing social poderiam melhorar os processos de desenvolvimento de políticas, a formulação das suas estratégias e a concretização de intervenções efectivas» (French e Blair-Stevens, 2006, p. 38).

Neste sentido, estes mesmos autores (2007), bem como French e Gordon (2015), desenvolveram o conceito de *marketing social estratégico*, em três níveis:

- Fundamental, apoiar e promover políticas focadas no conhecimento e na compreensão das pessoas envolvidas, nas suas necessidades, problemas e aspirações;
- Fundamental e formular estratégias coerentes e eficientes;
- Promover, acompanhar e avaliar intervenções, no sentido da otimização do seu impacto.

Desenvolveu-se, recentemente, o conceito de marketing social estratégico, em três níveis: fundamental, apoiar e promover políticas focadas no conhecimento e na compreensão das pessoas envolvidas, nas suas necessidades, problemas e aspirações; formular estratégias coerentes e eficientes; e promover, acompanhar e avaliar intervenções, no sentido da otimização do seu impacto.

Assim sendo, tanto a experiência como a teoria difundiram aquele papel alargado do marketing social, contribuindo para a necessidade de compreender como emergem, como se desenvolvem e como são implementadas políticas nacionais de marketing social, enquanto processos de políticas públicas (Hill, 1997; Sabatier, 2007), no sentido desse conhecimento poder ser usado como apoio de processos similares, noutros países e noutras situações, com os devidos cuidados de transferência e implementação (Dolowitz e Marsh, 2000).

Método

O estudo de que este artigo decorre, foi iniciado, em 2004, com o propósito principal de entender o «porquê» e o «como» de uma política nacional de marketing social, e foi conduzido como um estudo de caso multifacetado e em profundidade, conjugando dados qualitativos e quantitativos, incluindo pesquisa participativa (Santos, 2016).

A seleção do caso britânico, como unidade de análise, foi feita de acordo com quatro características: ter uma dimensão nacional; possuir uma significativa política nacional de marketing social; existir pelo menos uma organização, de âmbito nacional, resultante daquela política; e dispor de intervenções decorrentes da mesma política.

Por outro lado, no quadro da escolha entre os possíveis casos (Canadá, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido), tivemos, também, em conta alguns critérios de seleção: ser recente e passível de ser observado diretamente na sua evolução; estar sediado num país europeu, pelo que deveria ser considerado uma vantagem, de modo que as suas conclusões pudessem servir para a difusão do marketing social na Europa; e proporcionar melhores condições de proximidade, acesso e relacionamento.

Com base nestes critérios, o caso selecionado para estudo foi o britânico, considerado como crucial (Eckstein, 1975: «um que possa enquadrar, de perto, uma teoria, se houver confiança na validade da teoria», p. 118), o que se relaciona com outra importante opção metodológica, levando em conta a consideração de Yin (2003): «... o trabalho de campo relevante depende da compreensão – ou teoria – do que está a ser estudado... Para os estudos de caso, o desenvolvimento teórico, como parte da concepção da investigação, é essencial, seja o propósito do estudo de caso em causa desenvolver ou testar uma teoria.» (p. 28).

Por isso, se torna fundamental adotar uma teoria explicativa para seguir um caso. A opção inicial deste estudo foi por uma abordagem cognitiva, baseada na importância da consideração de «elementos de conhecimento, ideias, representações ou crenças sociais, na elaboração de políticas públicas» (Surel, 2006, p. 80). Tal como assinala Schmidt (2008), «as ideias cognitivas – também chamadas ideias causais – proporcionam receitas, linhas e mapas para a ação política e servem para justificar políticas e programas, dando resposta à sua lógica de interesses e necessidades» (p. 306).

A seleção do caso britânico, como unidade de análise, foi feita de acordo com quatro características: ter uma dimensão nacional; possuir uma significativa política nacional de marketing social; existir pelo menos uma organização, de âmbito nacional, resultante daquela política; e dispor de intervenções decorrentes da mesma política.

Assim, este estudo fundamentou-se no «mais profundo postulado destes trabalhos» (Surel, 2006, p. 85), a saber, «na hipótese maior que associa toda a mudança significativa da acção pública a uma transformação dos elementos cognitivos e normativos característicos de uma política, de um problema ou de um dado sector de intervenção pública» (p. 85).

Entre a vasta lista de abordagens cognitivas, atualmente, disponíveis (Santos, 2016), a que se adotou para este estudo foi a do modelo dos referenciais (*référentiels*) de políticas públicas, desenvolvido pela chamada Escola de Grenoble (por referência ao Institut d'Études Politiques de l'Université de Grenoble), centrada em Bruno Jobert e Pierre Muller (1987). A razão para esta escolha residia na capacidade compreensiva daquele modelo, na natureza e adequação dos conceitos que incorpora, bem como na sua capacidade explicativa. É uma *good theory*, no sentido que lhe dá Evera (1997): «Um largo poder explanatório... elucidada, simplificando... é “satisfatória”... definida com clareza... verificável... explica importantes fenómenos... tem uma riqueza prescritiva.» (pp. 17-21).

A emergência, construção e desenvolvimento de um novo referencial de política pública resulta de um processo (ver Figura 1, p. 79), que Muller (1995) designa por *mediação*, no qual estão envolvidos vários *mediadores*, operando em *fóruns*, espaços onde tal construção se desenvolve, se debate, se opera, processo através do qual se criam «condições políticas para a definição de um novo espaço de expressão de interesses sociais, a partir de um quadro de referência simultaneamente normativo e cognitivo no qual os diferentes actores vão poder mobilizar recursos e firmar relações de aliança ou de conflito» (p. 161). Na perspetiva das políticas públicas, a nova maneira de pensar e intervir, que dali decorre, constitui-se numa «nova concepção de acção pública no sector», dotada de «uma estrutura de sentido que permite pensar a mudança nas suas diferentes dimensões» (p. 156).

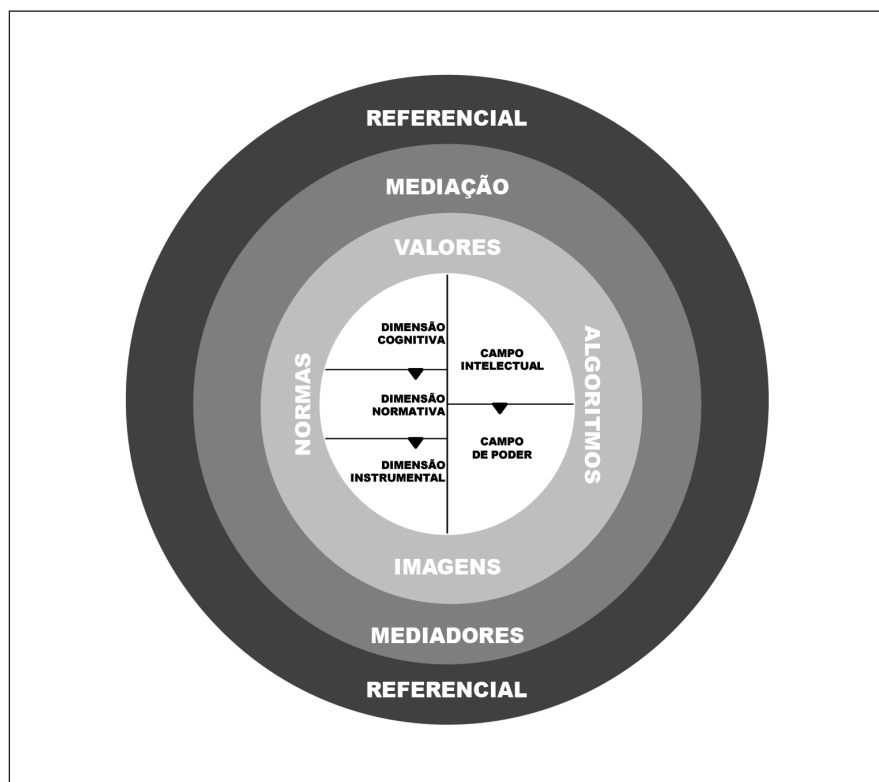
Esta dinâmica de mediação desenvolve-se através de quatro unidades de análise, que Muller (1995) designa como «níveis de percepção do mundo» (p. 158) – *valores, normas, algoritmos e imagens*. Como explica esse autor: «Os valores são as representações mais fundamentais (...) sobre o que é bem e mal, desejável e rejeitável (...); as normas definem as diferenças entre o real percebido e o real desejado (...); os algoritmos são as relações causais que exprimem uma teoria da acção (...); [e] as imagens (...) fazem sentido imediato sem passar por um longo percurso discursivo (...), elas constituem um elemento central do referencial.» (pp. 158-159).

As quatro unidades agregam-se em duas linhas «que é preciso, absolutamente, ter em conta em conjunto se quisermos compreender o processo de mediação na sua totalidade» (p. 163).

A primeira é a linha dimensão *cognitiva/dimensão normativa/dimensão instrumental*.

Jobert (1992) identifica-as deste modo:

- «Na dimensão cognitiva, os referenciais dão os elementos de interpretação causal dos problemas a resolver;

Figura 1 **Modelo de referencial**

- Na dimensão normativa, eles definem os valores que é necessário respeitar para o tratamento desses problemas;
- Na dimensão instrumental, os referenciais definem os processos que devem orientar a acção, em função daquele saber e daqueles valores.» (pp. 220-221).

A segunda linha do referencial envolve a dinâmica do par *campo intelectual/campo de poder*. No primeiro campo, gera-se, num processo de tomada de palavra, a «produção de sentido»; e no segundo campo, o de tomada de poder, processa-se a «estruturação de um campo de forças» (Muller, 1995, p. 164).

Jobert e Muller (1987) avançaram, desde o início da sua formulação teórica dos referenciais, com um conceito de *referencial global*, suscetível de se refletir em referenciais setoriais ou nacionais, entendido aquele não como «uma estrutura cognitiva e normativa perfeitamente unificada que se imporia de maneira mecânica ao conjunto dos domínios da vida social», mas sim como «uma espécie de “núcleo duro”, que corresponde ao coração da visão dominante num dado momento, articulado, de maneira muito forte, ao nível dos valores» (Muller, 1995, p. 177), algo semelhante aos chamados *deep core beliefs* e aos *policy core beliefs*, presentes nas *public advocacy coalitions* de Sabatier e Jenkins-Smith (1993).

Todo o processo de *mediação*, que a noção de referencial incorpora, arti-

culando-se nas suas diversas componentes e resultante da interação dos seus *mediadores*, «não é apenas discurso ou apenas ideias (...) é ideias em acção» (Muller, 1995, p. 161) ou, como refere Jobert (1992), «um processo de modelização da realidade social» (p. 220). Deste modo, sendo um conjunto de crenças, os referenciais são também uma abordagem estratégica, onde intervêm sempre uma multiplicidade de agentes, não podendo ser reduzidos a um processo meramente discursivo.

Fundamentado nesta teoria explicativa, este estudo envolveu a conceção, implementação e evolução do caso britânico, nas suas inúmeras componentes: influências, políticas centrais, mediadores envolvidos, as diversas deliberações normativas, as instituições instrumentais, suas formas de governação e processamento, experiências demonstrativas (*demonstration sites*) adotadas, estruturas regionais, intervenções nacionais e diversas avaliações, bem como conceitos e abordagens, que foram sendo introduzidos.

Resultados

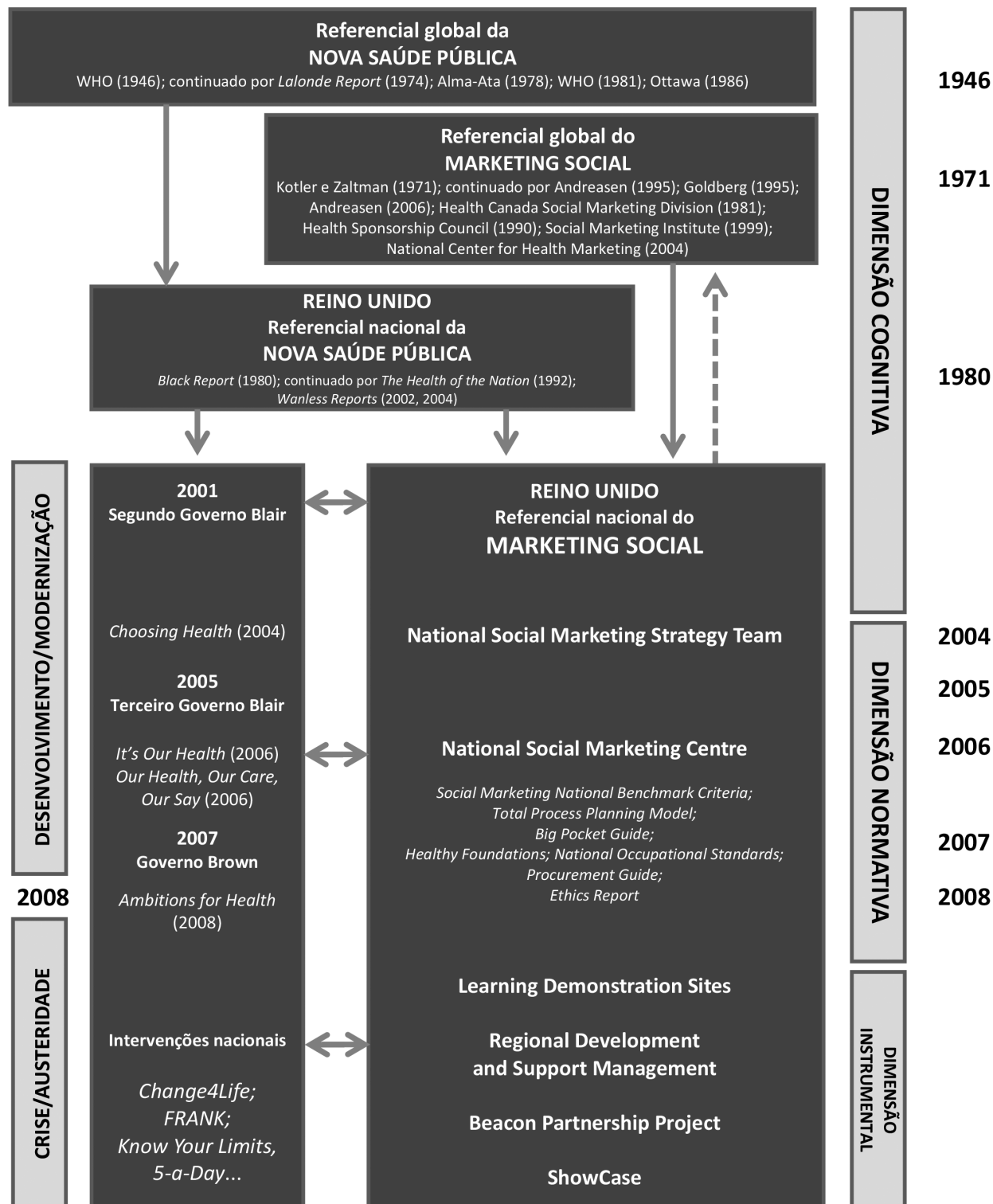
Como sublinha Tversky (2011), o pensamento visual «pode não proporcionar definições com o rigor das palavras, mas sugere significações e dimensões, dando-nos maior flexibilidade do que as palavras» (p. 499). Daqui a importância de representar visualmente a evolução do referencial britânico de marketing social, como o faz a Figura 2, para a sua fase inicial.

O aspeto saliente é a clara definição e processamento das diversas dimensões do referencial. Na dimensão cognitiva, é nítida a influência de dois referenciais globais muito determinantes para a emergência do britânico.

Por um lado, o da *Nova Saúde Pública*, que remonta à constituição da Organização Mundial de Saúde, em 1946 (WHO, 1946), prolongando-se, nomeadamente, pelo referido *Lalonde Report* (1974), pela Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), pela também referida estratégia da WHO (1981) e pela Carta de Otava (WHO, 1986). Inúmeras deliberações e relatórios governamentais, sob lideranças diversas, foram introduzindo, no Reino Unido, conceitos e abordagens da *Nova Saúde Pública* (ver DHSS, 1980; DoH, 1992; Wanless, 2002 e 2004).

Por outro lado, com os contributos, entre outros, de Kotler e Zaltman (1971), Andreasen (1995, 2006) ou Goldberg (1995), e da ação de instituições como a Health Canada Social Marketing Division, o Health Sponsorship Council, o Social Marketing Institute, de Washington, ou o National Center for Health Marketing, a expansão internacional do referencial global do marketing social criou diversas e decisivas influências no Reino Unido (ver Figura 3, p. 81).

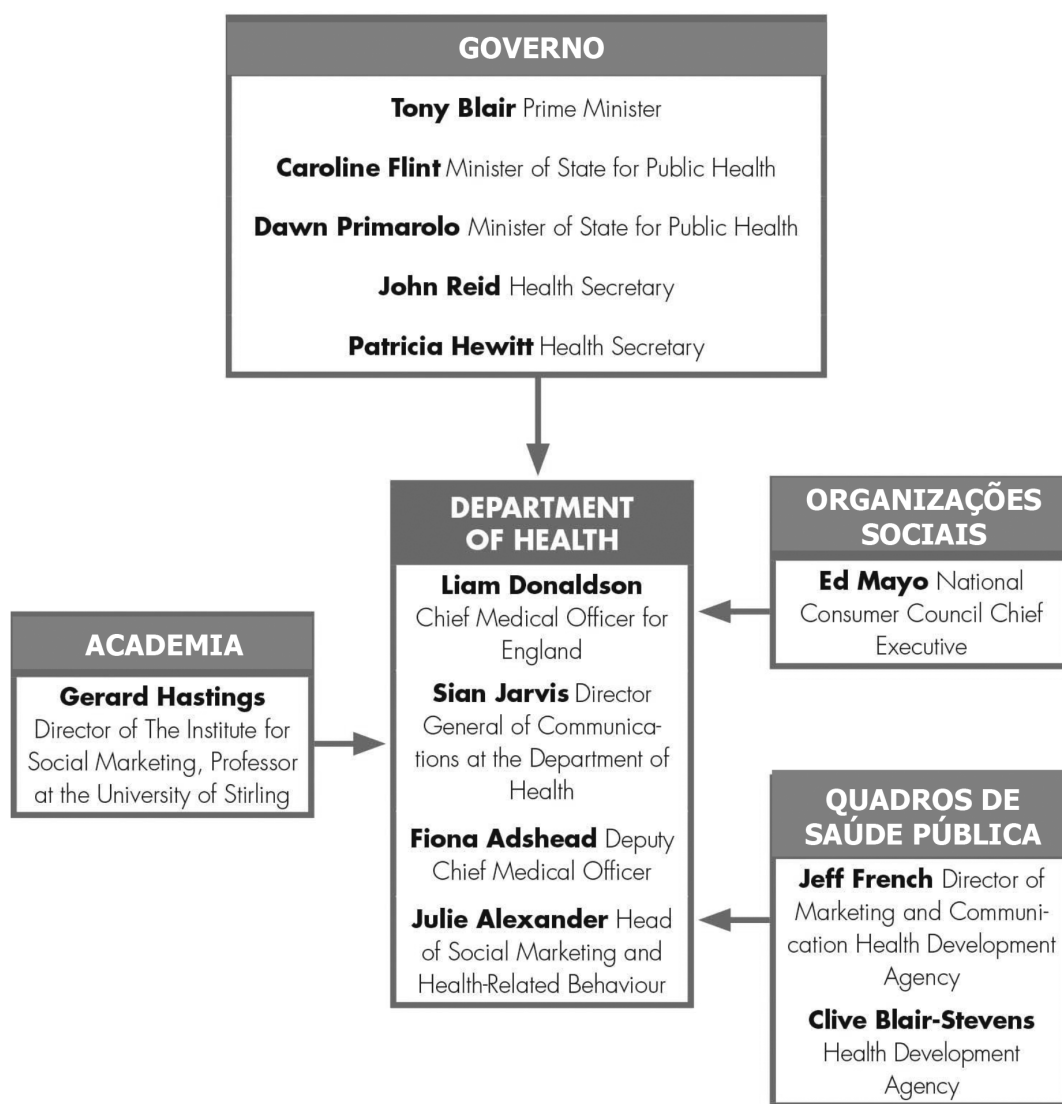
O que gerou um contexto com impacto tanto na academia (sobretudo com Gerard Hastings e o, por si criado, Institute for Social Marketing da University of Stirling, inicialmente, uma *joint venture* com a Open University), como no próprio Department of Health (DoH, com o muito importante papel de Fiona Adshead, influenciando os mais altos níveis da política da saúde, bem como o próprio primeiro-ministro), e no National Consumer Council, dirigido por Ed

Figura 2 **Representação da mediação inicial do referencial britânico de marketing social**

Mayo. Muito importante, também, a influência em alguns quadros envolvidos diretamente com a comunicação da saúde e com os seus impasses (Jeff French ou Clive Blair-Stevens), já que seriam estes os principais agentes executivos da estratégia.

O campo intelectual do referencial daria lugar a um campo de poder, passando, decididamente, com as deliberações de 2004, para uma dimensão normativa, através da criação de uma National Social Marketing Strategy Team (ver Figura 4, p. 83), do estudo *It's Our Health* (NSMC, 2006a) e do estabelecimento do NSMC (National Social Marketing Center), gerando inúmeros contributos normativos e processuais (NSMC, 2006b, 2006c; French e Blair-Stevens, 2007; NSMC e French, 2008; NSMC e Eagle, 2009; DoH, 2010a).

Figura 3 Principais mediadores iniciais do referencial de marketing social britânico



Fontes: DoH, 2004; NSMS, 2005; NSMC, 2006a; DoH, 2008

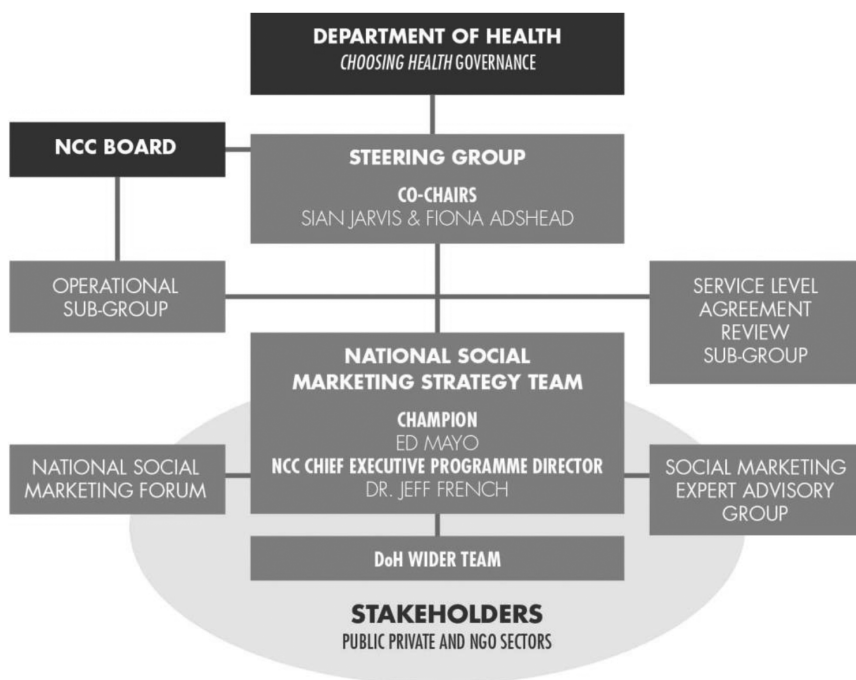
Entre eles a definição dos National Occupational Standards for Social Marketing (NSMC, 2009a), através de um vasto processo, só concluído em 2009, sob a condução do Marketing Sales and Standard Setting Body (MSSSB), instituição licenciada pelo Governo para definir padrões de qualificações profissionais.

Este trabalho normativo fundamentou uma extensa ação de formação e de articulação com entidades do DoH, a diversos níveis, criando condições para o surgimento e progressão de uma dimensão instrumental. Essa dimensão concretizou-se em vários Learning Demonstration Sites (NSMC, 2008a), num Beacon Partnership Project (NSMC, 2009c), com organizações sociais locais, para a promoção e o acompanhamento de boas práticas, na criação de estruturas regionais para a implementação da estratégia nacional, e no lançamento e disponibilização de um *Showcase online* (www.thensmc.com/-resources/showcase/browse), para conhecimento e divulgação de casos significativos.

Mobilizando milhares de intervenientes e gerando novos mediadores, a nível regional e local, o referencial foi incorporando grandes intervenções nacionais de melhoria de comportamentos, em áreas como a obesidade (*Change4Life*), a prevenção de consumo de droga (*FRANK*), a redução de consumo de álcool (*Know Your Limits*) ou o encorajamento de consumo de legumes e fruta (*5-a-Day*).

Mobilizando milhares de intervenientes e gerando novos mediadores, a nível regional e local no Reino Unido, o referencial foi incorporando grandes intervenções nacionais de melhoria de comportamentos, em áreas como obesidade (*Change4Life*), a prevenção de consumo de droga (*FRANK*), a redução de consumo de álcool (*Know Your Limits*) ou o encorajamento de consumo de legumes e fruta (*5-a-Day*).

Figura 4 Representação da governação da Estratégia Nacional de Marketing Social



A evolução e mutação do referencial

A crise global de 2008, intensamente sentida no Reino Unido, gerou uma significativa mudança de vários paradigmas, com fortes consequências nos diversos domínios das políticas públicas. A área de marketing social na saúde pública não seria alheia a esta profunda mudança, mas o que se verifica (ver Figura 5) é que ela permaneceu, embora apresentando uma inflexão no sentido de reforçar a sua eficácia e a demonstração dos seus resultados. Outro aspeto foi o do notório interesse por processos, como os da economia do comportamento, mais próximos dessa busca de eficácia.

Um aspeto saliente é que esta mutação se deu ainda no Governo trabalhista, liderado por Gordon Brown, não podendo, portanto, ser exclusivamente atribuível à mudança política governamental conservadora-liberal, que se operou em 2010, ainda que esta tenha acentuado aquelas vertentes, nomeadamente pela deliberação *Changing Behaviour, Improving Outcomes* (DoH, 2011). O NSMC foi, aliás, canalizado para elas, tendo desenvolvido um modelo de avaliação *Value for Money* (NSMC *et al.*, 2011a; NSMC *et al.*, 2011b).

Dado que o referencial foi ganhando diversos mediadores, muitos intervenientes e uma considerável inserção, a vários níveis do DoH, o NSMC deixou de ser a instituição central, estruturalmente ligada ao DoH, para passar a ser uma empresa social independente, uma *community interest company*, sem perder as suas capacidades de importante consultora especializada nesta área. Mais uma vez, não se tratou de «matar» a política nacional de marketing social, mas de a converter a conceitos de redução de estruturas centrais, aumentando *outsourcing* e descentralização.

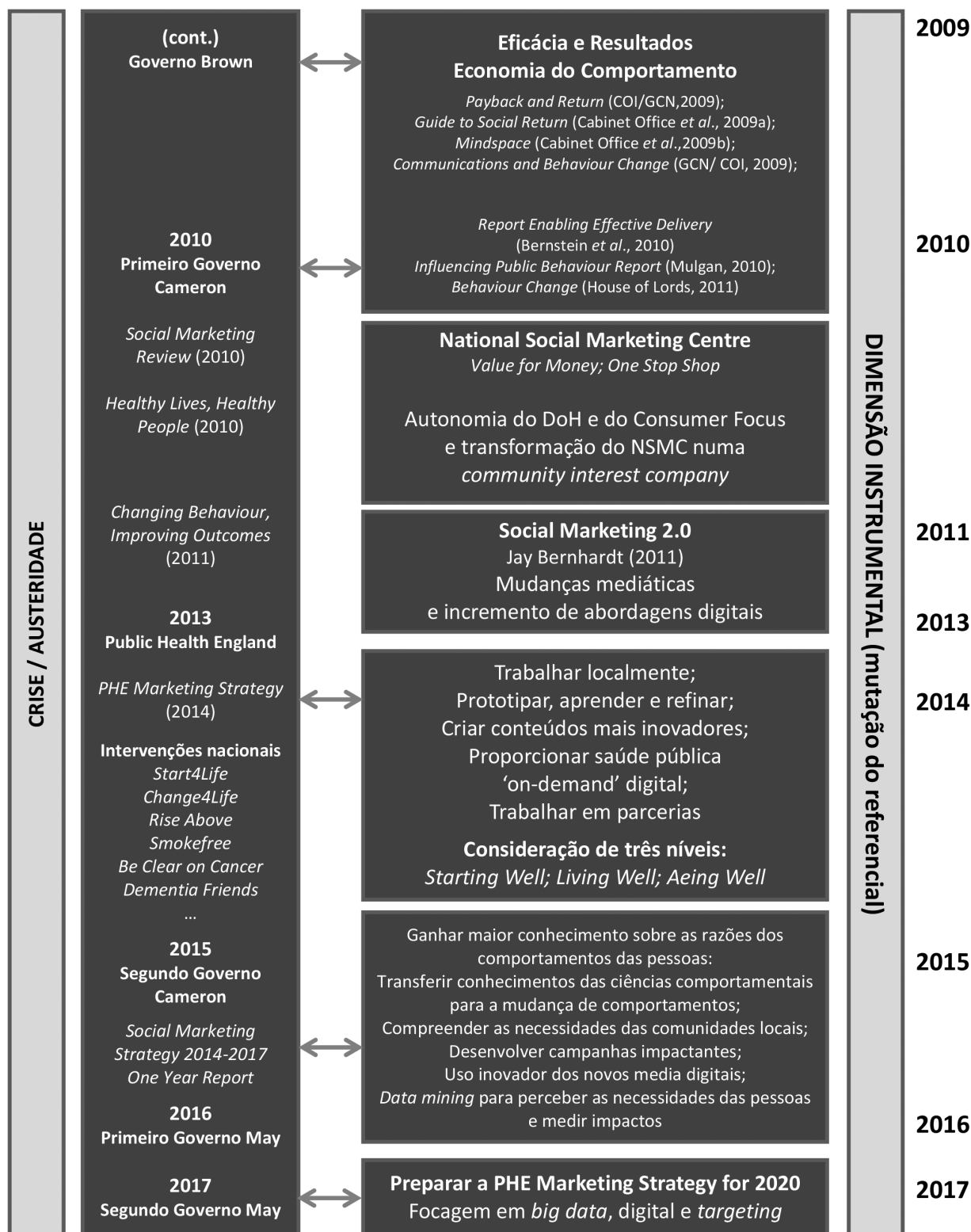
Entretanto, a mudança operada nos *media* e nas condições de acesso dos cidadãos teve grande reflexão e incidência nesta política. Por referência, nomeadamente, ao trabalho de Jay Bernhardt (2011), todas as posteriores deliberações e documentos normativos desta política foram acentuando aquelas três componentes do referencial: eficácia, crescente aperfeiçoamento de resultados e conexão digital (*media* sociais, saúde *on-demand*, *big data*...).

Na sequência de uma estratégia 2014-2017 (PHE, 2014), cuja primeira avaliação, em 2015, demonstrou resultados positivos (PHE, 2015), por parte da Public Health England (PHE), uma entidade do DoH, fundada em 2013, para «proteger, melhorar e reduzir desigualdades na saúde e no bem-estar», já se iniciou a preparação de uma estratégia de marketing 2020. Preparação que já incluiu, em maio de 2017, a criação de um novo Health Improvement Directorate, no âmbito da PHE, a realização em Londres, em junho, de um fórum «Enhancing the Use of Social Marketing to Improve Public Health», e a organização, em setembro, da PHE Annual Conference.

Num mundo e num Reino Unido em grande incerteza e convulsão, o que daqui resultar vai permitir, em articulação com as inevitáveis transformações contextuais e históricas, a determinação da evolução desta continuada política.

O National Social Marketing Center deixou de ser a instituição central, estruturalmente ligada ao Department of Health, para passar a ser uma empresa social independente, uma *community interest company*, sem perder as suas capacidades de importante consultora especializada nesta área.

Figura 5 Representação da evolução/mutação da mediação do referencial (2009 a 2017)



Conclusões

São bastantes e diversos os aspetos suscitados pela análise dos dados desta política nacional de marketing social britânica, nomeadamente:

- A decisiva influência de referenciais globais na emergência daquele referencial nacional;
- A existência de um grupo diversificado de mediadores, envolvendo decisores ao mais alto nível, responsáveis do DoH, académicos, instituições sociais autónomas e especialistas de marketing e comunicação;
- Uma adequada progressão e articulação das dimensões cognitiva, normativa e instrumental;
- A assídua presença de decisões baseadas em pesquisa (*It's Our Health* e os estudos de avaliação adiante referidos);
- A criação de organizações específicas (National Social Marketing Strategy Team, National Social Marketing Centre, Public Health England e vários grupos operacionais, a nível nacional e regional);
- O estabelecimento de adequadas formas de governação e de alocação de recursos, num vasto e continuado processo de cooperação institucional;
- A preocupação com o estabelecimento de normas e de padrões apropriados (DoH, 2004; NSMS, 2005; NSMC, 2006a; NSMC, 2006b; NSMC, 2006c; French e Blair-Stevens, 2007; DoH, 2008; NSMC e French, 2008; NSMC, 2009a; NSMC e Eagle, 2009; DoH, 2011; PHE, 2014);
- A promoção de aprendizagem e treino em grande escala, sobre marketing social e mudança de comportamentos, alargando significativamente o número de mediadores (NSMC, 2008a; NSMC, 2009b; NSMC, 2010a);
- A combinação entre os níveis nacional e local e a realização de *demonstration sites* (NSMC, 2008a; NSMC; NSMC, 2009b; NSMC, 2009c);
- A conceção e implementação de importantes intervenções de melhoria de comportamentos, com expressivos resultados (NSMC, 2008b; NSMC, 2010a; NSMC, 2010b; PHE 2015);
- A realização de inúmeras avaliações em diferentes momentos, a vários níveis e por diversas instituições, assegurando a evidência de resultados e de conhecimentos (Gordon *et al.*, 2006; Lister, 2007; NSMC, 2008b; NSMC, 2009d; PHAST, 2009; NSMC, 2010a; NSMC, 2010b; DoH, 2010b; Helmig e Thaler, 2010; NSMC *et al.*, 2011a; NSMC, *et al.* 2011b; PHE, 2015).

Tendo, no decurso da sua evolução, enfrentado uma profunda crise global e significativas mudanças políticas no seu país, esta política nacional de marketing social britânica mostrou a sua capacidade de adaptação e persistência.

De facto, são significativas as mudanças operadas após 2008, incorporando, no âmbito do referencial, novas abordagens, centradas, nomeadamente, na rentabilidade e na eficácia e nos resultados, bem como na adoção de novas tecnologias e processos.

Essas mudanças assegurariam a *sedimentação* do referencial, através de go-

Numa década, o Estado britânico, em ação, usando as palavras de Jobert e Muller, gerou algo de muita importância para a saúde pública de toda uma sociedade – um campo que preserva o seu dinamismo e a capacidade de questionar conceitos e processos, buscando novas direções e soluções.

vernos com distintos contextos, políticas e estratégias. Finalmente, o que foi, até 2008, uma *política de antecipação*, passou a ser, a partir daí, uma *política de adaptação* (Jobert e Muller, 1987).

Esta política nacional de marketing social criou, sem dúvida, a partir do zero, um campo muito significativo, com imensos mediadores e especialistas, e está, ainda hoje, viva e produtiva (PHE, 2014, 2015). Nada é como foi. Numa década, o Estado britânico, *em ação*, usando as palavras de Jobert e Muller (1987), gerou algo de muita importância para a saúde pública de toda uma sociedade – um campo que preserva o seu dinamismo e a capacidade de questionar conceitos e processos, buscando novas direções e soluções.

De acordo com Yin (2003;1984) ou Eisenhardt (1989), é admissível generalizar, analiticamente, os resultados de um estudo de caso para um modelo teórico.

Com base no caso britânico, a Figura 6 procura representar o que poderá ser um modelo cognitivo para uma política nacional de marketing social, incluindo:

- A relação entre um referencial global e um referencial nacional;
- O possível papel de um referencial incubador;
- Mediadores, sejam indivíduos ou instituições;
- Processos políticos que envolvam dimensões cognitivas, normativas e instrumentais;
- O estabelecimento de normas e padrões apropriados;
- Atividades de formação, treino e extensão de mediadores;
- Adjudicação de recursos e processos adequados;
- Implementação de intervenções;
- A sua avaliação e possível reformulação;
- Uma adequada gestão da evolução do referencial.

O fundamento político, que este modelo envolve, segundo esta abordagem, supõe uma boa governação (a *democratic governance* de Pasquier e Villeneuve, 2012, nomeadamente), sujeita a controlo pelos cidadãos e suas instituições, baseada em processos empíricos e em abordagens pragmáticas – em suma, um modelo apenas, eticamente, pertinente no quadro político da democracia e da liberdade dos cidadãos. O marketing social não pode ter fundamento ético fora destes parâmetros, abrindo portas para poder ser usado como coação ilegítima sobre cidadãos.

Com o adequado conhecimento e com um correto *transfer* político, este modelo para uma política nacional de marketing social pode constituir um contributo útil para outras situações e para outros países, um guia para os seus propósitos e respostas específicas. Não será, como o não foi o britânico, um caminho fácil, mas é, seguramente, uma rota que as sociedades democráticas podem explorar e prosseguir.

Agradecimentos

Desenvolvido ininterruptamente desde 2004, o estudo que está na base deste artigo teve apoios da Fundação Calouste Gulbenkian, da FCT e da Fundação

O marketing social não pode ter fundamento ético fora de parâmetros democráticos, abrindo portas para poder ser usado como coação ilegítima sobre cidadãos.

Figura 6 **Modelo para uma política nacional de marketing social**

CEBI. Agradeço a estas instituições, bem como a Jeff French e a todos os colaboradores do National Social Marketing Centre, bem como a Fiona Adshead, Julie Alexander, Mehboob Umarji, Bruno Jobert, Pierre Muller e Vivien A. Schmidt. Todos eles proporcionaram informação, conhecimento e apoio, que muito fundamentaram este trabalho, durante todos estes anos.

Referências bibliográficas

- ANDREASEN, A.R. (1995), **Marketing Social Change: Changing Behaviour to Promote Health, Social, Development, and the Environment**. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- ANDREASEN, A.R. (2006), **Social Marketing in the 21st Century**. Sage, Thousand Oaks, CA.
- BERNHARDT, J. (2011), «Social Marketing 2.0'». Proceedings of the 2nd World Non-Profit and Social Marketing Conference, Dublin.
- BERNSTEIN, H.; COSFORD, P. e WILLIAMS, A. (2010), **Enabling Effective Delivery of Health and Wellbeing: An Independent Report**. DoH, London.
- BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S. e RAVINET, P. (2006) (Eds.), **Dictionnaire des Politiques Publiques**. Presses de Science Po, Paris.
- BOX-STEFFENSMEIER, J.M.; BRADY, H.E. e COLLIER, D. (2008) (Eds.), **The Oxford Handbook of Political Methodology**. Oxford University Press, Oxford.
- BUNTON, R. e MACDONALD, G. (1992) (Eds.), **Health Promotion: Disciplines, Diversity and Developments**. Routledge, New York.
- CABINET OFFICE e OFFICE FOR THE THIRD SECTOR com NICHOLLS, J.; LAWLOR, E.; NEITZERT, E. e GOODSPEED, T. (2009a), **A Guide to Social Return on Investment**. Cabinet Office and Office for the Third Sector, London.

CABINET OFFICE e INSTITUTE FOR GOVERNMENT com DOLAN, P.; HALLSWORTH, M.; HALPERN, D.; KING, D. e VLAEV, I. (2009b), **Mindspace: Influencing Behaviour through Public Policy**. Cabinet Office and Institute for Government, London.

CDC, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003), «Futures Initiative». Disponível em <http://www.cdc.gov/futures/>, consultado em 14 de julho de 2008.

COI, CENTRAL OFFICE OF COMMUNICATION and GOVERNMENT COMMUNICATION NETWORK (2009), **Payback and Return on Marketing Investment (ROMI) in the Public Sector: How to Evaluate the Financial Effectiveness and Efficiency of Government Marketing Communication**. COI and GNC, London.

DHSS, DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1980), **Inequalities in Health: Report of a Research Working Group**. DHSS, London.

DOH, DEPARTMENT OF HEALTH (1992), **The Health of the Nation: A Strategy for Health in England**. HMSO, London.

DOH, DEPARTMENT OF HEALTH (2004), **Choosing Health: Making Healthy Choices Easier**. Department of Health, London.

DOH, DEPARTMENT OF HEALTH (2008), **Ambitions for Health: A Strategic Framework for Maximising the Potential of Social Marketing and Health-Related Behaviour**. Department of Health, London.

DOH, DEPARTMENT OF HEALTH (2010a), **Healthy Foundations Life-Stage Segmentation Model Toolkit**. DoH, London.

DOH, DEPARTMENT OF HEALTH (2010b), **Change4Life One Year On**. DoH, London.

DOH, DEPARTMENT OF HEALTH (2011), **Changing Behaviour, Improving Outcomes: A New Social Marketing Strategy for Public Health**. Department of Health, London.

DOLOWITZ, D. e MARSH, D. (2000), «Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy making». *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 13(1), pp. 5-24.

ECKSTEIN, H. (1975), «Case study and theory in political science». In Greenstein e Polsby, pp. 79-137.

EISENHARDT, K.M. (1989), «Building theories from a case study research». *Academy of Management Review*, 14(4), pp. 532-550.

EVERA, S.V. (1997), **Guide to Methods for Students of Political Science**. Cornell University Press, Ithaca, NY.

FAURE, A.; POLLET, G. e WARIN, P. (1995) (Eds.), **La Construction du Sens dans les Politiques Publiques: Débats Autour de la Notion de Référentiel**. L'Harmattan, Paris.

FRENCH, J. e BLAIR-STEVENSON, C. (2006), «From snake oil salesmen to trusted policy advisors: the development of a strategic approach to the application of social marketing in England». *Social Marketing Quarterly*, 12(3), pp. 29-40.

FRENCH, J. e BLAIR-STEVENSON, C. (2007), **Big Pocket Guide Social Marketing**. 2nd edition, NSMC, London.

FRENCH, J. e GORDON R. (2015), **Strategic Social Marketing**. Sage Publications, London.

FRENCH, J. e APFEL, F. (2014), **Social Marketing Guide for Public Health Programme Managers and Practitioners**. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.

GCN, GOVERNMENT COMMUNICATION NETWORK e COI, CENTRAL OFFICE OF COMMUNICATION (2009), **Communications and Behaviour Change**. COI Publications, London.

GERRING, J. (2008), «Case selection for case-study analysis: qualitative and quantitative techniques. In Box-Steffensmeier *et al.*, pp. 645-684.

GOLDBERG, M.E. (1995), «Social marketing: are we fiddling while Rome burns?». *Journal*

of *Consumer Psychology*, 4(4), pp. 347-370.

GORDON, R.; MCDERMOTT, L.; STEAD, M. e ANGUS, K. (2006), «The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence?». *Public Health*, 120(12), pp. 1133-1139.

GREENSTEIN, F.I. e POLSBY, N.W. (1975) (Eds.), **Handbook of Political Science: Vol. 7, Strategies of Inquiry**. Addison-Wesley, Reading, MA.

HASTINGS, G. e DONOVAN, R.J. (2002), «International initiatives: introduction and overview». *Social Marketing Quarterly*, 8(1), pp. 2-4.

HELMIG, B. e THALER, J. (2010), «On the effectiveness of social marketing—what do we really know?». *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 22(4), pp. 264-287.

HILL, M. (1997), **The Public Policy Process**. Prentice-Hall, London.

HOUSE OF LORDS (2011), **Behaviour Change**. House of Lords, Science and Technology Select Committee, London.

JOBERT, B. (1992), «Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques». *Revue Française de Science Politique*, 42(2), pp. 219-234.

JOBERT, B. e MULLER, P. (1987), **L'État en Action: Politiques Publiques et Corporatisme**. PUF, Paris.

KOTLER, P. e ZALTMAN, G. (1971), «Social marketing: an approach to planned social change». *Journal of Marketing*, 35(July), pp. 3-12.

LAGARDE, F. (2015), «The Canadian social marketing story». *Social Marketing Quarterly*, 21(4), pp. 194-199.

LALONDE, M. (1974), **A New Perspective on the Health of Canadians**. Government of Canada, Ministry of National Health and Welfare, Ottawa.

LISTER, G. (2007), «Evaluating social marketing for health: the need for consensus». Proceedings of the 2nd National Social Marketing Conference, Oxford.

MULGAN, G. (2010), **Influencing Public Behaviour to Improve Health and Wellbeing: An Independent Report**. DoH, London.

MULLER, P. (1995), «Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde». In A. Faure et al. (Eds.), pp. 153-179.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2006a), **It's Our Health: Realizing the Potential of Effective Social Marketing: Summary**. National Consumer Council, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2006b), **Social Marketing National Benchmark Criteria**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2006c), **Total Process Planning Model**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2008a), **Learning Together: From Theory to Practice—Social Marketing Learning Demonstration Sites**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2008b), «Summary of key achievements and impacts». Unpublished document.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2009a), **National Occupational Standards for Social Marketing: A Short Guide**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2009b), **Learning Together: Practice and Progress – Social Marketing Learning Demonstration Sites**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2009c), **Lighting the Beacon. A Profile of the Ten Beacon Partnerships Projects Underway in England**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2009d), **Review of Social Marketing within Public Health Regional Settings**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2010a), **Learning Together: Evaluation and Outcomes – Social Marketing Learning Demonstration Sites**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE (2010b), **Regional Programme Final Review**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE and EAGLE, L. (2009), **Social Marketing Ethics: Report Prepared for the National Social Marketing Centre**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE e FRENCH, J. (2008), **Procurement Guide for Social Marketing Services**. NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE e MERRITT, R. e LISTER, G. (2011a), «The Advisory Group on the Evaluation of Value for Money in Behaviour Change response to the Healthy Lives, Healthy People Centre consultation». NSMC, London.

NSMC, NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE e MERRITT, R.; BELL, S.; LISTER, G. e ONG, D. (2011b), «Value for Money: calculating value for money for complex multifaceted interventions». Proceedings of the 2nd World Non-Profit & Social Marketing Conference, Dublin.

NSMS, NATIONAL SOCIAL MARKETING STRATEGY FOR HEALTH (2005), **Realising the Potential of Effective Social Marketing**. NSMS Team, London.

PASQUIER, M. e VILLENEUVE, J.-P. (2012), **Marketing Management and Communications in the Public Sector**. Routledge, New York.

PHAST, PUBLIC HEALTH ACTION SUPPORT TEAM (2009), «Project Report: National Social Marketing National Learning Demonstration Sites – Phase 1 Evaluation». PHAST, London.

PHE, PUBLIC HEALTH ENGLAND (2014), **Public Health England Marketing Strategy 2014-2017**. PHE, London.

PHE, PUBLIC HEALTH ENGLAND (2015), **Social Marketing Strategy 2014-2017: One Year on Report**. PHE Publications, London.

SABATIER, P.A. (2007) (Ed.), **Theories of the Policy Process**. Westview Press, Boulder, CO.

SABATIER, P.A. e JENKINS-SMITH, H. (1993), **Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach**. Westview Press, Boulder, CO.

SANTOS, C.O. (2008), «Mapping national social marketing organizations: A comparative analysis of Canada, New Zealand, United States and England». Proceedings of the 1st World Social Marketing Conference, Brighton & Hove City, UK.

SANTOS, C.O. (2012), «Marketing social nas políticas públicas». Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/-8607/1/TESE-CarlosOliveira%20Santos-Janeiro2013.pdf>; consultado em 20 de maio de 2017.

SANTOS, C.O. (2016), **Social Marketing in a Country: The British Experience**. CreateSpace, Charleston, SC.

SCHMIDT, V.A. (2008), «Discursive institutionalism: the explanatory power of ideas and discourse». *Annual Review of Political Science*, 11, pp. 303-326.

SUREL, Y. (2006), «Approches cognitives». In Boussaguet *et al.*, pp. 80-88.

TVERSKY, B. (2011), «Visualizing Thought». *Topics in Cognitive Science*, 3, pp. 499-535.

WANLESS, D. (2002) (Ed.), **Securing our Future Health: Taking a Long-Term View**. The Public Enquiry Unit, HM Treasury, London.

WANLESS, D. (2004) (Ed.), **Securing Good Health for the Whole Population**. HM Treasury, London.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (1946), «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference». Official Records of the World Health Organization, n.º 2, New York.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), «Declaration of Alma-Ata Inter-

national Conference on Primary Health Care». World Health Organization, Alma-Ata.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981), **Global Strategy for Health for All by the Year 2000**. World Health Organization, Geneva.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986), «Ottawa Charter for Health Promotion». International Conference on Health Promotion, Ottawa.

YIN, R.K. (2003), **Case Study Research: Design and Methods**. 3rd edition, Sage, Thousand Oaks, CA.