

Da Cruz de Lorena ao catavento: análise sobre as representações simbólicas e iconográficas na luta contra a tuberculose

From Lorena's cross to weathervane: analysis of the symbolic and iconographic representations in the fight against tuberculosis

Liandro Lindner

Resumo

Este artigo visa abordar alguns aspectos históricos da representação simbólica da luta contra a tuberculose, através da análise de duas representações simbólicas, separadas por mais de cem anos, e por diversas mudanças na concepção, população atingida e formas de enfrentamento da doença: a Cruz de Lorena e o Catavento. Para isto se reportou aspectos históricos dos dois modelos, os ligados as realidades epidemiológicas de suas determinadas épocas e aos contextos inseridos. Percebe-se que os modelos sofrem deficiência em sua consolidação de ação comunicativa, principalmente por não considerarem o contexto maior da estratégia pretendida, limitando-se ao ocasional ou ao campanhismo.

Descritores: tuberculose. Comunicação. Saúde. Campanha. logotipo

Keywords: tuberculosis. communication. Health. campaign. logo

Abstract

This article aims to address some historical aspects of the symbolic representation of the fight against tuberculosis, through the analysis of two symbolic representations, separated by more than a hundred years, and through several changes in the design, population affected and ways of coping with the disease: the Lorena's Cross and weathervane. For it is reported historical aspects of the two models, on the epidemiological realities of their particular times and contexts inserted. It is noticed that the models suffer disabilities in your consolidation of communicative action, mainly by not considering the larger context of the intended strategy, limited to occasional or campaign

Jornalista, Mestre em Comunicação em Saúde pela ICICT/Fiocruz/RJ, Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Para correspondência:
Liandro Lindner
email: liandro.lindner@usp.br

Data da Submissão: 12/11/2012
Data do Aceite: 12/12/2012

Introdução

Ao longo do tempo se utilizou a estratégia de criar símbolos nas campanhas massivas relacionando-os contra causa de adesão a algumas patologias. No decorrer do século XX esta ação teve maior destaque, sobretudo na luta contra a Aids com a adoção do laço vermelho, em 1987 pela Assembléia Mundial de Saúde com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU). O laço vermelho é visto como símbolo de solidariedade e de comprometimento na luta contra a Aids Seu projeto foi criado em 1991 pela Visual Aids, grupo de profissionais de arte, de Nova York, que queria homenagear amigos e colegas mortos em decorrência da Aids O adereço foi escolhido pela sua associação ao sangue e à idéia de paixão e foi inspirado no laço amarelo que honrava os soldados americanos da Guerra do Golfo. O símbolo foi usado publicamente, pela primeira vez, pelo ator Jeremy Irons, na cerimônia de entrega do prêmio Tony Awards, em 1991.

Oitenta cinco anos antes, em outubro de 1902, na Conferência Internacional de Tuberculose, em Berlim (Alemanha) o médico francês Gilbert Sersiron, secretário-geral da Federação das Associações francesas contra a Tuberculose, propôs a adoção da Cruz de Lorena (anexo 1) como insígnia internacional da luta contra a tuberculose. A escolha inspirou-se no modelo utilizado pelo Duque de Lorena Godofredo de Bulhões, em 1087, na Primeira Cruzada para Jerusalém. O Duque foi o primeiro Patriarca de Jerusalém, no ano de 1100. Na França, a Cruz de Lorena também é considerada como o símbolo de Joana D'Arc na luta contra os invasores estrangeiros. A cor vermelha, o fundo amarelo, e as dimensões da cruz foram padronizadas a partir de 1923 e em 1928, o Conselho da União Internacional contra a Tuberculose (UNION) recomendou a adoção do modelo da dupla cruz como símbolo mundial da luta contra a Tuberculose, na VII Conferência Internacional realizada em Roma. A própria UNION também usou este símbolo como seu logotipo a partir do momento da sua criação oficial até 2002, quando foi alterado utilizando apenas a cruz estilizada, sem o fundo amarelo, mas vários membros deste fórum ainda fazem uso da cruz em sua papelaria para mostrar que eles são parte desta "cruzada internacional".

Em 2008, setenta anos depois, por iniciativa de um dos receptores do projeto

brasileiro de tuberculose, patrocinado pelo Fundo Global de Aids, Tuberculose e Malaria se cria, dentro de uma estratégia de comunicação -um dos componentes do projeto, a figura do catavento (anexo 2) como elemento simbólico contra a tuberculose. O componente de comunicação do projeto esta sobre a responsabilidade da Fiotec (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde) receptor da maior parte dos recursos que, por sua vez, contratou uma empresa de publicidade para desenvolvimento desta campanha. Enquanto a Cruz de Lorena se ligava a idéia de "jornada de luta" o catavento brasileiro procura se conectar com a noção de movimento, tanto do ar que evita a proliferação do bacilo como das idéias em torno da mobilização social que movimentam o enfrentamento desta realidade.

A análise das duas representações, Cruz e Catavento, demonstram idéias diferentes do que seria uma mobilização social contra a tuberculose, ilustrando não apenas a resposta que a ciência e a sociedade em geral dão a esta questão, mas também uma indicação da época em que ambas as representações são propostas. Alie-se a isto a importante mudança do perfil da população atingida pela doença e do imaginário social que se cria ao redor de duas manifestações.

Do ponto de vista da comunicação a utilização de estratégias midiáticas para campanhas na área de saúde tem sido cada vez maior, sobretudo, oriundas- da área governamental. Além de criação de peças convencionais de campanha (cartazes, folderes, panfletos etc) se incrementam a produção de outros conteúdos envolvendo tecnologias de áudio e vídeo (TV, rádio, cinema, mensagens por celular etc) e, mais recentemente, se utilizam ferramentas do mundo virtual (comunidades virtuais, blogs, twitter etc). No entanto, a adoção de um logotipo, uma imagem que remeta a idéia que se esta trabalhando nas campanhas voltadas a saúde tem sido muito restrita. Segundo a lei brasileira, marca é "todo sinal distintivo, visualmente perceptível, que identifica e distingue produtos e serviços de outros análogos, de procedência diversa, bem como certifica a conformidade dos mesmos com determinadas normas ou especificações técnicas".¹ Símbolos são representações gráficas da marca e logotipos são a

1 www.inpi.gov.br acessado em 06/01/2010

representação tipográfica destas marcas. As áreas de publicidade das empresas em geral se empenham na criação de marcas, símbolos e logos que ganhem espaço no imaginário da população e, conseqüentemente, se transformem em ações de consumo, compra e lucro para seus clientes. No entanto, em ações de saúde pública o objetivo não é o lucro, mas a multiplicação de informação e a mudança de comportamento visando minimizar os efeitos de uma determinada epidemia, ou patologia, sobre a população em geral ou populações específicas conforme o caso. No caso da tuberculose, ao contrário do que acontece com a Aids, os símbolos utilizados ainda são pouco conhecidos, e sua criação não partiu de instâncias de governo, mas foram criações externas adotadas parcialmente por alguns setores governamentais, sobretudo nos municípios e estados. Além disto, se observa que a "nova idéia" que se quis dar a mobilização a partir da adoção do catavento ainda é recente carecendo de maior divulgação, sobretudo no seu conceito.

Tuberculose: histórico, realidades e imaginários

Desde a antiguidade, o maior número de informações que nos chega sobre as vítimas da tuberculose é relativa às camadas sociais mais altas. (ROSEMBERG, 1999). Testes com o carbono 14, em esqueletos com lesões ósseas compatíveis com a tuberculose têm sido encontrados em várias regiões, sendo o mais antigo de cerca de 5.000 A.C. A primeira evidência mais segura de tuberculose constatou-se em 44 múmias bem preservadas, datando de 3.700 a 1.000 A.C., todas em Tebas; a maioria é da 21ª dinastia do Egito. Em cartas de Inácio de Loyola (1555) e de Anchieta (1583) dirigidas a Portugal, está descrito que "os índios, ao serem catequizados, adoecem na maior parte com escarro, tosse e febre, muitos cuspidando sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias".

Dos últimos séculos bem se conhecem as repercussões da tuberculose nas classes sociais mais altas e os dramas de indivíduos que pela sua posição e notoriedade fizeram história. Por outro lado, das multidões populares que sofreram a tuberculose se tem apenas índices estatísticos cujos dados são sempre abaixo da realidade. (ROSEMBERG, op.cit.) Por conta de seus variados sintomas, a tuberculose não era identificada como uma única doença até a segunda década do século XIX, e não era chamada de tuberculose até ser

batizada em 1839 por J.L. Schoenlein. O bacilo causador da doença, "Mycobacterium tuberculosis" foi descrito em 24 de março de 1882 por Robert Koch, e esta data passou a ser marcada em todo o mundo como Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose. Koch recebeu em 1905 o Prêmio Nobel de medicina por sua descoberta.

A identificação do bacilo de Koch, como o agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença. Significou também uma importante contribuição para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças, que vinha se desenvolvendo com as pesquisas de Pasteur e outros cientistas, além de reforçar a concepção biologizante das doenças. No XI Congresso Médico Internacional, Berlim 1890, Robert Koch anunciou a ter descoberto de uma substância que se difunde nos meios líquidos de cultura do bacilo da tuberculose (que chamou de "linfa"), a qual "insensibiliza animais de laboratório à inoculação de bacilos tuberculosos, e é capaz de deter o processo tuberculoso nos já infectados, sendo provavelmente de utilidade no tratamento da tísica humana". Em 1891, Koch publicou o histórico artigo "Sobre um remédio para a cura da tuberculose", que posteriormente recebeu o nome de tuberculina (proposto por Pohl Pincus).

A tuberculina foi abandonada até 1908, quando Von Pirquet, demonstrou seu valor diagnóstico na infecção tuberculosa, sendo hoje uma das mais importantes armas para o estudo epidemiológico da tuberculose. No século 19, surge a idéia do tratamento dos doentes em estabelecimentos fechados, onde deviam permanecer e receber alimentação adequada. Sanatório e regime higienodietético foram à simbiose fundamental para a cura da tuberculose, entrando por toda a primeira metade do século 20, até o advento da era da moderna quimioterapia. O sanatório foi associado à mística do ar da montanha. Aos poucos, o conceito climático foi se diluindo e os hospitais para tuberculosos passaram a ser localizados nas cidades com qualquer clima. A fase dos sanatórios, com sua tonalidade dramática e romântica, muito contribuíram para impregnar a literatura e a dramaturgia. Dessa forma, o arquétipo da obra literária condensando a vida sanatorial é sem dúvida o notável romance Zauberg (Montanha Mágica) de Thomas Mann, também tuberculoso e prêmio Nobel. A ação se passa no luxuoso sanatório Berghof - Davos, na Suíça.

Atualmente o número total de novos casos de TB no mundo se manteve estável, conforme os últimos dados divulgados, que são de 2007, e a porcentagem da população mundial que sofre com a doença está a declinar desde 2004. Mas diariamente, em todo o mundo, cerca de cinco mil pessoas morrem em decorrência da enfermidade. Segundo o último relatório, lançado em março de 2009 foi estimados 9,27 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, com um declínio de casos per capita de 210 para 206 casos para uma população de 100 mil no período entre 2006 e 2007. A maioria dos casos estimados em 2007 encontra-se na Ásia (55 por cento) e em África (31 por cento). Os cinco países com maior incidência de TB em 2007 são Índia, China, Indonésia, Nigéria e África do Sul.

A incidência da tuberculose entre os homens (cerca de 50 por 100 mil) é o dobro do que entre as mulheres. O maior número de casos se concentra na faixa etária entre os 20 e 30 anos. Como cerca de um terço da população mundial é portadora do bacilo de Koch, há imunidade desenvolvida nas pessoas de maior idade. As crianças, ao receber a vacina pela primeira vez e entrar em contato com o bacilo, tornam-se a população de maior risco, ao lado dos portadores de HIV. Por isso, a atenção maior é sobre a faixa etária que vai até os 15 anos, para que, se aquela infecção se transformar em doença, seja rapidamente diagnosticada e tratada. A doença acaba ocorrendo em adultos que, quando crianças, foram expostos ao bacilo e em alguma queda da imunidade – como no caso da Aids – a doença se expressa.

No Brasil, foram registrados 72 mil casos de tuberculose em 2007, quando 4,5 mil pessoas morreram em decorrência da doença. O Rio de Janeiro é o estado de maior incidência, com 73,27 casos por 100 mil habitantes. Na favela da Rocinha a taxa de infestação chegou a 600 casos por 100 mil, até cair para 100 casos por 100 mil entre 2005 e 2007 – ainda assim muito acima da média nacional, de 40 casos para cada 100 mil pessoas. O país passou da 16ª para a 18ª posição no ranking dos 22 países com maior incidência de tuberculose no mundo. A taxa estimada diminuiu de 50 casos por 100 mil habitantes para 48. As populações mais vulneráveis são as indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional), portadores de HIV (30 vezes maior), presidiários (40 vezes maior) e moradores de rua (60 vezes maior).

Em 2000, foi criado o Fundo Global de

Luta Contra a Aids, Tuberculose e Malária (The Global Fund), sediado em Genebra, foi criado com o objetivo de apoiar ações de controle destas doenças nos países onde há maior incidência. Atualmente, o Fundo Global é o maior financiador internacional de projetos para estas enfermidades, dispondo de recursos da ordem de US\$ 10 bilhões, destinados a cerca de 140 países ao redor do mundo.

A proposta do Brasil para o fortalecimento das ações de controle da tuberculose foi formalizada junto ao Fundo Global em junho de 2005. Atualmente o país é beneficiário de um projeto aprovado na quinta ronda em 2007, para cinco anos, num montante de 27 milhões de dólares. O Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil abrange 57 municípios das regiões metropolitanas de Belém, São Luís, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Baixada Santista e Porto Alegre e o município de Manaus, áreas que concentram 45% dos casos de tuberculose no Brasil. O Projeto visa à aceleração do alcance das metas definidas para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo, pretende dar início a novas atividades que possam contribuir para a melhoria da cobertura do Tratamento Supervisionado/DOTS e à conseqüente redução de incidência, prevalência e mortalidade em virtude da doença. Para alcançar os resultados esperados, as ações estão distribuídas em quatro objetivos:

1 - Fortalecimento da estratégia de tratamento supervisionado para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno em populações vulneráveis, por meio da capacitação, da identificação de casos infecciosos e do incentivo ao tratamento supervisionado;

2 - Fortalecimento das atividades de mobilização social, informação, educação e comunicação e advocacia, por meio de ações para mudança de comportamento, de ensino e pesquisa e de investigações operativas;

3 - Fortalecimento do programa de garantia da qualidade laboratorial, por meio da capacitação e monitoramento e da construção de um Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose;

4 - Fortalecimento das ações de redução da co-infecção TB/HIV e de atividades desenvolvidas pela sociedade civil, baseadas em

lições aprendidas.

Foi dentro do objetivo dois que a idéia de criação de um novo símbolo que pudesse representar a mobilização em torno do tema foi desenvolvida. “Da mesma forma como você precisa do vento para dissipar o bacilo de um determinado ambiente, você pode também aproveitar e fazer que na medida em que o catavento gire você vai passar a girar movimento, e esse movimento vai fazer dissipar coisas, então você vai congrega coisas, você vai fazer movimento, você vai fazer mobilização,” explicou em entrevista ao site do Global Found, o então coordenador do projeto brasileiro.²

A Cruz de Lorena e a cruzada contra a tuberculose

A cruz dupla tem representações encontradas desde a pré-história. Alguns autores interpretam sua configuração como, o braço vertical que é um meridiano e localiza o Norte e o Sul; a barra horizontal mais curta representa o solstício de inverno, e a mais longa, o de verão; o conjunto simboliza, portanto, o percurso do sol durante um ano. É em Jerusalém que se identificam os primeiros vestígios da cruz dupla. Desde o século IV é sob a forma da cruz dupla que são representadas as relíquias da Cruz Verdadeira utilizada na Paixão de Cristo, re-encontrada por Santa Helena sobre o Monte das Oliveiras. Esta representação foi adotada porque seria o símbolo do poder dos Patriarcas de Jerusalém, guardiões da Cruz Verdadeira. A mesma figura se encontra sobre todos os túmulos de Patriarcas, de Byzance até o Monte Athos, em Attica e a partir dessa região difundiu-se na Rússia, onde foi chamada “Cruz Russa” e na Hungria, onde se tornou “Cruz de Hungria”, passando a ser um emblema da realeza.

A Cruz de Lorena simbolizava que os Duques de Lorena eram duplamente cristãos: por serem príncipes de um Estado cristão e como os conquistadores de Jerusalém.

A insígnia da Cruz de Lorena é o símbolo da França Livre. Em 1871, a Alemanha anexou os territórios franceses da Alsácia e da Lorena e, para evidenciar a sua posição, os habitantes da Lorena adotaram como símbolo, a cruz de duas traves. Em 1940, após a convocação do General de Gaulle

para a luta contra o nazismo, o Vice-Almirante Emile Henry Muselier, natural da Lorena, considerando a cruz dupla como o mais apropriado símbolo da França contra a cruz gamada pagã, propõe a sua adoção como emblema da França Livre, tornando-a o símbolo da resistência francesa. No mesmo ano de 1940 criou-se a “Ordem da Libertação” e uma condecoração para homenagear as pessoas ou associações, civis e militares, que se destacaram na tarefa de libertação da França. A insígnia é uma espada sobre uma Cruz de Lorena preta, com fita verde e preta, simbolizando o luto da França e a esperança.

A adoção da insígnia como representação da luta contra a tuberculose trás esta história e estes valores: luta, resistência, heroísmo, empenho e um pouco de transcendência mística. Para Canguilhem (2009) a doença é “uma reação generalizada com intenção de cura”, no caso em tela, a utilização de uma simbologia com raízes bélicas indica que o caminho para se chegar à intenção final passa por uma arregimentação semelhante à utilizada em batalhas e outras manobras militares, onde o fundamental para ajudar o paciente era “delimitar e determinar seu mal” (SYDENHAM apud CANGUILHEM, 2009). Já Susan Sontag (1989) explora largamente a idéia de “metáforas militares” na utilização de estratégias de combate a proliferação de algumas patologias. Para a autora tais metáforas “contribuem para a estigmatização de certas doenças e, por extensão, daqueles que estão doentes.” A cruz já serviu de ícone para várias causas, a maioria ligada à salvação, no sentido de redenção superior para alguém ou um grupo em dificuldade. Também serve como elemento de identificação de diversos grupos com trabalho de caridade, bem como proteção em empreitadas rumo ao desconhecido como a Cruz de Malta que era ostentada nas caravelas que desafiavam os oceanos rumo ao novo mundo.

A tuberculose, assim como outras doenças, foi encarada de um modo idílico e a literatura, a ópera, o teatro e as artes em geral colaboraram para a criação desta imagem, principalmente no século XIX e primeiras décadas do século XX. São inúmeros os escritores, poetas e intelectuais que morreram em decorrência da doença e que no seu processo de adoecimento tiveram diversas produções destacadas e reconhecidas muitas inclusive tratando sobre a doença, ligando a idéia de que a enfermidade serviria como um incremento a mais na

2

http://www.theglobalfund.org/en/savinglives/brazil/tb1/transcript02_pt/ acessado em 05/01/2010

capacidade criativa dos artistas. Situação semelhante ocorrera na França, no século XIX quando a sífilis atingia ícones das letras como Baudelaire, Flaubert, Maupassant e Daudet e que, em algumas circunstâncias, se declaravam no seu apogeu de sensibilidade e criatividade. No caso da tuberculose diversos artistas adoeceram e morreram em decorrência da doença antes dos 50 anos como Pergolesi, Tchecov e George Orwell em épocas distintas. No Brasil o “mal dos românticos” vitimou, antes dos 30 anos, nomes famosos como Castro Alves, Álvares de Azevedo, Auta de Souza e Noel Rosa. Interessante observar que enquanto na vida real a doença era ligada a homens boêmios, ligados a festas, que fumavam, bebiam e gozavam as delícias da vida mundana, ligando a doença –numa interpretação rígida- a um resultado dos excessos cometidos, por outro lado, nas artes, muitas vezes, a tuberculose era apresentada em personagens femininos que “amavam demais” como no caso da Dama das Camélias de Alexandre Dumas que serviu também de base para a Violetta Valéry da Traviata de Verdi. Também na obra “Os Maias” do português Eça de Queiros, a tuberculose vitima Maria Monforte que fisicamente é descrita como extremamente bela e sensual, com cabelos loiros, a testa curta e clássica e o colo eburneo; psicologicamente era vítima da literatura romântica e daqui derivava o seu caráter pobre, excêntrico e excessivo.

Numa perspectiva histórica nota-se que a doença que se criou no lastro do romantismo assume no início do século XX uma postura bélica comandada pela principal organização internacional que impulsiona os esforços mundiais para o seu controle. Ao propor o uso da Cruz de Lorena, o francês Sersiron lança um novo enfoque sobre o combate da doença. Não se tratava mais de romantizar o tema, mas de exercitar ações de enfrentamento ao mal que se alastrava, e esta nova atitude deveria acontecer sob a égide de um símbolo forte que reunisse os elementos necessários a esta nova fase. Note-se ainda que o início do século XX surge como um marco na proliferação da tuberculose entre as populações mais pobres. A tuberculose já se apresentava como uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como a necessidade crescente de implementação de políticas públicas efetivas de controle da doença. Além disto, as mudanças nas

concepções de saúde e doença revelaram mais claramente que as patologias, que passam a serem vistas além de um fato biológico, são também como realidades construídas tanto historicamente como na expressão coletiva do indivíduo. (MINAYO, 1997).

O catavento brasileiro e a mobilização comunitária como meta

Para Marx (1980) a divisão classista da sociedade fazia com que as representações sociais fossem construídas pelas classes dominantes, no entanto, estas são reinterpretadas constantemente em cada segmento social específico. Quando se pensou numa resposta brasileira ao problema crescente da tuberculose, se objetivou impulsionar os serviços públicos e os profissionais de saúde, mas também investir no envolvimento de setores comunitários e em estratégias de comunicação direcionadas que produzissem efeitos não apenas satisfatórios mais inovadores. E um dos caminhos para isto era trazer para mais próximo das populações atingidas, em geral populações empobrecidas sem grande acesso os meios de comunicação mais elaborados, a necessidade de despertar o interesse para a doença. Para tal novas abordagens eram necessárias aliando ações de saúde, apoio aos pacientes e desenvolvimento de sentimentos de solidariedade aos atingidos, evitando discriminações.

Há um elemento político, mais velado, que, no entanto ganha destaque nesta situação. O sucesso da resposta que o Brasil deu a epidemia da Aids, sobretudo entre nos anos 90, estava fortemente ligado a matriz partidária e ideológica no poder naquela época. Sobretudo nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso, quando o país ganhou protagonismo internacional e deixando sua marca, nem sempre tão real quando vista no cotidiano de pacientes e populações vulneráveis no interior do país. O governo posterior continuou dando apoio e relevância ao enfrentamento da Aids, mas gradativamente tem incrementado ações de repercussão, midiáticas inclusive, voltadas para outras patologias. Nos últimos outros anos casos como da Hanseníase ganharam espaços maiores nos noticiários, mobilizações em função de imunizações da gripe, da rubéola e outras tiveram orçamento publicitário aumentados. Patologias com perfil epidemiológico importantes, como hepatites virais, ganham status, assim como

estratégias voltadas para o combate à malária passaram a frequentar mais as páginas de jornais.

Considerando a importância da presença da tuberculose no Brasil, que é o segundo em incidência na América Latina, o financiamento internacional aprovado, a proximidade entre os profissionais de saúde e o movimento social ligados a Aids (tuberculose é a doença que mais mata pessoas soropositivas), a oportunidade de transformar o tema em marca de atuação do atual governo seria um objetivo não apenas ideal, mas plenamente factível.

Com as limitações burocráticas que a máquina estatal possui a utilização dos recursos internacionais do Fundo Global, via os receptores selecionados, seria uma forma ágil de desenvolvimento destas ações e, se esperava de proliferação de novas idéias de mobilização social em torno da doença. Apesar de o projeto ocorrer em locais restritos, sua atuação piloto poderia ser desdobrada posteriormente no restante do país gerando uma resposta social integrada e nacional. Para estes objetivos as estratégias comunicacionais seriam de importância capital. E neste ambiente que a idéia do catavento foi gestada. Não por coincidência, em visita de vistoria as obras do PAC (Plano de Aceleração do Crescimento), em março de 2008, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva usava um boné ostentando o catavento com a inscrição "Brasil sem Tuberculose."

A origem da figura não possui registro histórico determinado. Há indicações da existência de cataventos na Pérsia, no Iraque, no Egito e na China. Seu funcionamento é simples: formado por um conjunto de pás dispostas lateralmente sobre um eixo horizontal. Cada pá está levemente torcida (como uma hélice). Assim, o fluxo de ar, buscando o caminho mais fácil para passar, gera pressão que impulsiona cada pá para um mesmo sentido em relação ao eixo horizontal. Primeiramente era utilizado como mero indicador da direção do vento, mais tarde passou a produzir trabalho e energia, utilizando no bombeamento de água, na produção em moinhos e, mais recentemente, na produção de eletricidade com a força da energia eólica. Seu desenho tem servido como símbolo para o Dia Mundial contra o Trabalho Infantil, 12 de junho, escolhido pela OIT (Organização Internacional do Trabalho).

A associação do catavento com a causa da tuberculose possui dois vértices de ação. A primeira esta ligada diretamente a atitudes de circulação do ar, o que impede a transmissão do

bacilo que causa a tuberculose. O aglomeramento urbano, a falta de aberturas nos cômodos, o acúmulo de pessoas num mesmo espaço são inimigos da circulação ampla de ar e, por consequência, favorecem a contaminação da TB. A idéia, simples a principio, é de que na medida em que o catavento circule as pessoas atingidas lembrem-se da necessidade de se fazer circular ar nas residências e locais de aglomeração impedindo o crescimento de novos casos. Ou seja, é uma tentativa de transformar um saber científico em atitude, através da comunicação como mediador desta situação, adaptando a linguagem e agregando fatores de fácil identificação com a população mais atingida pela realidade. No dizer de Maria Nélide Gonzáles de Gomes (2001), se revela a construção de conhecimento a partir de um processo de conhecimento de outros conhecedores. O saber médico indica a medida de prevenção, o conhecimento comunicacional mapeia a melhor maneira de transmiti-lo a população e esta, por sua vez, recebe o produto deste trabalho e o resignifica dentro do seu cotidiano utilizando-o através de formas a inseri-lo como apoio para mudança de comportamento.

A segunda idéia é mais complexa, mas igualmente tem sentido relacionado ao movimento. Quer-se através da circulação que a figura do catavento evoca incentivar o movimento social para que, de forma organizada, as pessoas possam se inserir e apresentar sugestões de enfrentamento da tuberculose tanto em ações de prevenção, como nas de adesão o tratamento (ponto nevrálgico para a cura) e de apoio as pessoas afetadas contra atos de discriminação ou preconceito. O colorido do catavento, utilizado na campanha, se relaciona a este último item querendo na sua diversidade ilustre a gama de pessoas que podem ser atingidas pela doença e os que podem, através de ações de apoio, se unir no seu controle. Quando o catavento gira e as cores "se misturam" resulta o branco como identificação universal de paz ou da concórdia.

Através desta descrição ilustrativa se identifica que a campanha brasileira quer ser interdisciplinar, no sentido de fazer com que várias áreas de conhecimento se comuniquem umas com as outras, confrontando e discutindo suas perspectivas (POMBO, 2004), ultrapassando as barreiras que as afastam. O resultado desta idéia de integração ainda não foi suficientemente avaliado.

O terreno nebuloso da comunicação, saúde e poder

Uma questão que perpassa toda a discussão de utilização de símbolos adequados, de políticas comunicacionais como apoio ao enfrentamento de alguma doença e de decisões frentes as emergências da saúde pública é a realidade das decisões de poder e onde ele se assenta quando estas deliberações precisam ser tomadas. O poder médico, representado na figura do profissional com capacitação e titulação própria para isto, sempre pairou acima dos demais profissionais em saúde, muitas vezes vivendo em conflito com eles. Quando a comunicação passou a integrar um campo específico dentro da área de saúde, trazendo suas peculiaridades e somando como um elemento a mais nas decisões políticas ficou evidente o choque entre saberes que poderia se constituir numa nova área de atuação interdisciplinar, mas também numa arena ferina de disputa de poderes. Considerando as idéias de criação de símbolos na luta contra a tuberculose, como produções culturais, ditadas de significados, estas possuem um “sistema de referências teóricas em que se definiram consciente ou inconscientemente”. Como afirma Bourdieu (1989), esses “(...) ‘sistemas simbólicos’, como instrumentos de conhecimento e comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados”. E acrescenta “É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento que os ‘sistemas simbólicos’ cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, (...) para a ‘domesticação dos dominados’.”

Nunca foi pacífica, e pensamos que nos dias de hoje se torna menos pacífica ainda, a cooperação entre estas duas áreas do conhecimento (Medicina e Comunicação), ficando evidente - na maioria dos casos- a preponderância do saber médico inclusive nas decisões principais das políticas de comunicação. A epidemiologia, que aponta os elementos de uma determinada patologia em tempo e campo específico, serve como um subsídio fundamental para a elaboração de metas de redução de casos ou de medidas preventivas, mas não é apenas o

único elemento a ser considerado nestas circunstâncias.

No caso da tuberculose, o poder centrado nas mãos dos médicos estava aliado ao pouco desenvolvimento de medicamentos para combates a doença. Antes deles o tratamento se resumia a descanso, ar puro (preferencialmente em sanatórios) e alimentação adequada. O paciente se submetia a estas atitudes, guiados pela mão do médico que ditava as formas de condutas que deveriam ser seguidas para uma superação. Não é raro verificar em campanhas dos anos 20 e 30 a ligação de atitudes chamadas “desregradas”, como bebidas, cigarros e festas, como fomentadoras de risco para a contaminação da tuberculose. Atitudes estas carregadas de valoração moral que eram seguidas como leis pelos pacientes, e pelas famílias, a fim de se obter o resultado final satisfatório.

Com o advento dos medicamentos, a mudança nos costumes e a proliferação da doença nos subúrbios das grandes cidades e nos grandes conglomerados urbanos, a vigilância moral que se exercia antes fica mais frouxa e com resultado ínfimo. O desafio então surge na forma da adesão ao medicamento e na finalização do longo tratamento, de seis meses, além de outros pontos como a construção de infra-estruturas adequadas a não proliferação do bacilo e, novamente, a movimentos contra a discriminação e o preconceito.

Conclusão

Ao analisar os dois modelos comunicacionais apresentados, através dos dois símbolos na luta contra a tuberculose surgem várias conclusões preliminares, carecendo um maior aprofundamento a partir de um estudo mais detalhado e sistemático neste sentido. A primeira evidência que se apresenta é de que a mudança de perfil das pessoas atingidas pela tuberculose, no último século, tem sido propulsor das mudanças de estratégias epidemiológicas, políticas e também comunicacionais. O crescimento da doença em países do terceiro mundo, ou em desenvolvimento, sobretudo na América Latina, no Leste Europeu e no Continente Africano, aliado a ligação íntima da TB com situação de pobreza, falta de condições mínimas de saneamento, habitação e alimentação demonstram esta realidade. Além disto, o advento da epidemia da Aids, a partir dos anos

80, foi responsável pelo recrudescimento de casos de tuberculose entre pacientes soropositivos o que fez crescer o interesse da comunidade internacional sobre isto.

Um segundo ponto que nos chama a atenção se refere ao imaginário social que a doença produz na maioria da população. Enquanto uma parte liga a tuberculose a uma “doença romântica” do século XIX que, acreditava-se estava eliminada outra parte considera a doença como uma sentença de morte, ou como irreversível na sua capacidade laboral. O preconceito se acirrou durante o século, atingindo populações já vítimas de outros tipos de discriminações, sobretudo negros e pobres, que acumulam agora mais esta realidade. Do ponto de vista da busca de alternativas para a solução da questão fica evidente que a primeira idéia (Cruz) utilizava fortes elementos bélicos, no tocante a ações estratégicas, mobilizações, enfrentamentos e uma serie de outras metáforas militares. Esta idéia lembra o já descrito por Sontag (op.cit.) quando comparou a ação da Aids no organismo com uma guerra onde o corpo do paciente é o campo de batalha. A idéia, cuja representação é a Cruz de Lorena, esta situada nesta faixa de entendimento transformando não apenas o corpo do paciente, que precisa aderir ao medicamento para derrotar a ameaça exterior, mas a toda a sociedade que precisa “cerrar fileiras” no embate contra o inimigo. Já a idéia capitaneada pelo catavento, não pressupõe comandantes e comandados, mas valoriza a circulação como elemento de movimento criando condições de busca de respostas. Talvez esta falta de condução mais organizada tenha contribuído para a, ainda, pouca divulgação e adesão da campanha.

As metáforas militares contribuem pára a discriminação, lembrando mais uma vez, Sontag quando afirma que a estas dão visão de uma doença particularmente temida como um alienígena e a transformação de doença em inimigo leva a atribuição de culpa ao paciente, embora ele continue sendo encarado como vítima. Importante também ressaltar a noção de normalidade que teve alterações ao longo do século XX e influenciou na formulação das estratégias de enfrentamento das epidemias em geral, e da tuberculose no caso específico. Conforme Canguilhem (op.cit.), o que se define por normal somente pode ser entendido no plano individual de normatividade, biológica dentro do próprio organismo, mas é obrigatoriamente

relacionada com o meio. A incapacidade de se reconhecer a distinção entre resposta meramente biológica e o contexto em que o paciente acometido esta envolvido, gera respostas parciais nem sempre satisfatórias a solução de determinada questão de saúde publica.

No caso em tela fica evidente que a utilização da Cruz de Lorena evocava apenas ações localizadas na cura do paciente, através dos tratamentos descritos, atitudes estas imediatas e urgentes como devem ser as estratégias militares para se vencer uma batalha. O contexto do paciente não é relevado nesta situação, muito menos sua situação socioeconômica, certamente porque o perfil dos atingidos era outro. Já na campanha do Catavento o girar evoca a movimento, inovação, ampliação de horizontes. Não se busca apenas o fim de cura, mas um benefício maior no entorno do paciente e seus familiares, chamados, no jargão médico de comunicantes. Além disto, há um convite para que se gire o catavento e se acrescente novas idéias, ou novos ares, para seu funcionamento. Ou seja, a possibilidade da teoria penetrar na ação, aquilo que Descartes (apud Kouré,1997) chama de “conversão de uma inteligência teórica em real.”

A construção conceitual do campo da saúde como objeto de estudo, passa necessariamente pela discussão das formas de integração de informação e comunicação neste contexto, dentro de uma perspectiva interdisciplinar e sócio-antropológica. (ALMEIDA, 2001). Esta integração ainda passa longe de se tornar realidade, embora sua construção caminhe gradativa, graças ao esforços de alguns pesquisadores e profissionais de saúde. O que se tem notado mais amiúde é a falta de ações continuadas de comunicação em detrimento a campanhas pontuais agindo em emergências ou de forma datada. A criação de símbolos (logos) teria como objetivo identificar o compromisso social com a causa apresentada de forma mais duradoura, funcionando como um lembrete permanente do problema e como um ponto de identificação comum dos diversos setores sociais no combate a doença. “A informação deve ser materializada através de práticas que conferem um estatuto, peso e massa ao enunciado”, alerta Frohmann (2008). Portanto as tentativas de criação de símbolos que pretendem identificar a mobilização em torno de alguma causa, principalmente relacionada a saúde publica, deve ser seguida de um conjunto de ações e práticas

que respaldem a criação simbólica e legitimem a iniciativa.

As duas peças apresentadas representam épocas e idéias diferentes e revelam um movimento no trato com comunicação e informação em saúde. Se por um lado se observa uma mudança crescente no sentido da apresentação, tornando a idéia mais próxima da população em geral e comprometendo-a com a busca de alternativas e soluções, por outro ainda existe um vácuo entre a apresentação da idéia, materializada nos símbolos, e a sua efetiva aplicação. A tentativa de se criar um modelo semiótico-informacional, onde as mensagens são unidades de sentido (FRANÇA, 2001), esbarra nas limitações das estratégias e nos interesses visíveis ou sublimares que o universo da comunicação e saúde esta emergido.

Referências

1. Almeida-Filho N. Para uma teoria geral da saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4):753-770.
2. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
3. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 1978.
4. França V. Paradigmas da comunicação: conhecer o quê? In: Motta LG, Weber MH, França V, Paiva R. Estratégias e culturas da comunicação. Brasília: Ed. UnB, 2002.
5. Frohmann Bernd. O caráter social, material e público da informação. In: Fujita MSL, Marteleto RM, Lara MLGA. dimensão epistemológica da Ciência da Informação e suas interfaces técnicas, políticas e institucionais nos processos de produção, acesso e disseminação da informação. São Paulo: Cultura Acadêmica Ed.; Marília: Fundepe Ed., 2008, p. 13-36.
6. Gonzalez GMN. Para uma reflexão epistemológica acerca da Ciência da Informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 6, 2001.
7. Koyré A. (1997). Estudos de História do Pensamento filosófico. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
8. Rolemberg J. *Boletim de Pneumologia Sanitária* Volume 7 Número 2 jul/dez 1999.
9. Sontag S. *Aids e Suas Metáforas*, São Paulo, Companhia das Letras (1989).
10. Marx K. *A liberdade de imprensa*. Tradução Brasileira de Cláudia Schilling e José Fonseca. Porto Alegre: L&PM, 1980.
11. Minayo MCS. Saúde e doença como expressão cultural. In: Amâncio Filho A, Moreira MCCGB. *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
12. Pombo O. *Intrdisciplinaridade e Integração dos Saberes*, im LINC Laboratório Interdisciplinar e sobre Informação e Conhecimento, Vol.1, nº.0, Março 2005, p. 4-16.