

FELISMINA ROSA PARREIRA MENDES

A SAÚDE E A DOENÇA DOS PROFESSORES:

Um estudo de caso sobre a representação social

Dissertação apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre

Mestrado de Ecologia Humana

Universidade de Évora

1994

FELISMINA ROSA PARREIRA MENDES

A SAÚDE E A DOENÇA DOS PROFESSORES:

Um estudo de caso sobre a representação social



87513

Dissertação apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre

Mestrado de Ecologia Humana

Universidade de Évora

1994

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Prof^a. Doutora Graça Carapineiro ter aceite a orientação deste estudo. O seu estímulo constante, a disponibilidade total sempre demonstrada e a confiança depositada no meu trabalho foram imprescindíveis à sua concretização.

Um agradecimento muito especial também para o Prof. Doutor João Bernardo pelo apoio, pelos incentivos e pela infinita paciência que teve ao longo deste trabalho.

Por fim agradeço a todos os professores que, pela sua participação, tomaram possível este estudo.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
-----------------	---

I PARTE

1. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	9
1.1. Ecologia Humana e saúde.....	12
1.2. Da construção social da doença ao corpo produtivo e submisso.....	20
1.3. As representações sociais.....	27
1.4. As representações da doença enquanto expressões da relação com a sociedade.....	33
1.5. A socialização e a gestão da doença.....	38
1.6. O dever de ter e de manter a saúde.....	44
2. PROFESSORES: DO ELITISMO À DESVALORIZAÇÃO.....	53
2.1. A emergência da profissão.....	53
2.2. A crise da função docente tradicional.....	58
2.3. A situação actual do professor.....	63
2.4. O caso particular dos professores universitários.....	70
3. METODOLOGIA.....	92

II PARTE

4. DA PERDA DE PODER À NECESSIDADE DE RECONHECIMENTO.....	98
4.1. Da vocação à formação das sociedades.....	99
4.2. Desvalorização social, perda de poder e Reforma.....	106
4.3. O refúgio: alunos e salas de aulas.....	119
4.4. Docência <i>versus</i> investigação: o dilema.....	121
4.5. Imaturidade e impaciência.....	130
5. A GESTÃO DA DOENÇA.....	139
5.1. Os homens do diagnóstico e o hospital.....	140
5.2. A decisão sempre protelada.....	153
5.3. Da incerteza ao improvável.....	165
6. CAUSAS DA DOENÇA: O CONFLITO E AS SOLUÇÕES.....	172
6.1. Ao ritmo da vida e dos excessos.....	173
6.2. Higiene.....	190
7. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	199
7.1. A saúde é não estar doente, porque não há tempo.....	201
7.2. A saúde produto.....	208
7.3. Da doença à doença impedimento ou à recusa da doença.....	214
7.4. A doença é... curar-se.....	225
7.5. Cancro e Sida: demónios e fantasmas.....	232
7.5.1. O Cancro... como é óbvio.....	236
7.5.2. Sida, espectro invisível e segregação.....	240
7.6. A necessidade e o risco, a propósito de um problema ambiental.....	247

CONCLUSÃO.....	261
BIBLIOGRAFIA.....	267

INTRODUÇÃO

Considera-se, de uma forma generalizada, que a escola se encontra em crise e a própria sociedade parece incapaz de decidir sobre o que dela deve esperar. Procuram-se soluções e as reformas sucedem-se umas às outras. Os objectivos subjacentes a cada uma delas são comuns: recriar e redimensionar a escola. Para isso, as reformas fazem-se sempre acompanhar de conceitos como inovação, autonomia, criatividade e mudança. Com elas pretendem-se seduzir todos os protagonistas do espaço escolar. Porém, o seu carácter, sempre conjuntural, provoca desconfianças e é autolimitado.

Na ausência de intervenções estruturais, os professores tendem a viver espartilhados entre aquilo que são as finalidades conjunturais das políticas educativas, sempre pautadas por concepções holísticas, humanistas e integradoras dos problemas, e aquilo que é a operacionalização do sistema onde domina a selecção.

As contradições que, a todos os níveis, atravessam a escola não deixam de se reflectir na forma como os professores constroem a sua identidade socio-profissional/concebem a sua realidade. A opção feita no presente estudo teve por base o facto de os professores, pela sua legitimidade cultural e científica sancionada pela posse de um diploma, emergirem como um grupo cuja instrumentalidade, quer enquanto formadores de opinião, quer ao nível da produção e reprodução do saber, continua a ser decisiva na sociedade e também o facto de os professores aparecerem como um grupo a quem têm sido exigidas constantes adaptações sempre contextuais, sem que nenhuma intervenção estrutural tenha atravessado a sua prática profissional.

Entre as mudanças estruturais do sistema de ensino requeridas por um mundo em rápida evolução e transformação e as mudanças precárias que dominam a sua prática quotidiana, os professores surgem como um grupo cujo prestígio social tende a ser questionado.

O interesse por este grupo reside precisamente no facto de, no actual contexto do sistema de ensino e da própria sociedade, se questionar até que ponto os professores não emergem como um grupo fragilizado devido a todas as críticas, pressões e conflitos de que são alvo e protagonistas.

Com a escolha de professores de dois níveis de ensino pretendeu-se analisar, comparativamente, o peso dessa fragilização nos dois grupos de docentes, isto é, qual deles reflecte com maior acuidade, quer na produção da sua identidade quer na representação social da saúde e da doença, todo o conjunto de contradições que atravessam a sua prática profissional e o contexto institucional/organizacional onde exercem.

Tentar-se-á perceber quais as ligações que se estabelecem entre esta potencial fragilização e o mal-estar docente, que nalguns países (França, nomeadamente) é já considerado uma doença profissional dos professores e, simultaneamente, analisar como é experienciada essa realidade pelos docentes. A compreensão dessa experiência subjectiva é inseparável da forma como este grupo estrutura e organiza as suas concepções de saúde e de doença e as suas práticas de acesso à medicina.

O universo cultural da medicina dita e prescreve normas, elabora valores e modelos sobre a saúde e a doença e tende a ocultar (oculta) todas as outras concepções elaboradas sobre estas realidades. No entanto, a percepção quotidiana dos indivíduos sobre a saúde e a doença assume uma grande importância em momentos como o da experiência dos sintomas. Neste período, os sujeitos tentam encontrar uma definição e uma explicação para o seu estado e é a sua percepção da saúde e da doença que determina, de forma decisiva, a persistência do comportamento saudável ou a assunção do comportamento de doente - se não se necessita de ajuda profissional ou se se recorre ao médico e quando se recorre.

Também em relação ao tratamento e diagnóstico médicos, a representação da saúde e da doença elaborada pelos indivíduos determinará como e

quando é solicitada ajuda profissional/médica e qual o efeito desta experiência.

Enquanto doente, a cooperação, a confiança, a negociação ou a submissão ao médico voltam a ser determinadas pela percepção do indivíduo e é ela que medeia todo o processo de cura.

Através da análise do modo de estruturação da representação social da saúde e da doença não se obtém apenas a maneira como os indivíduos integram, constroem e reconstróem as suas imagens da saúde, da doença e da sociedade, mas torna-se possível descrever os conhecimentos e os resultados da ciência que penetram na percepção quotidiana e através disso na sociedade.

No seu quadro de vida o indivíduo tem uma relação permanente com o seu corpo. Nota-lhe mudanças, reage a estas e esforça-se, de uma maneira geral, para preservar a saúde. O recurso aos profissionais de saúde não tem lugar senão ao fim de um processo temporal, mais ou menos longo, no decurso do qual a experiência quotidiana se confronta com "problemas de saúde" ou após se ter recorrido a um sistema de aconselhamento no seio da rede social/referencial de amigos ou familiares.

A invisibilidade destas formas de gestão e representação da saúde e da doença advém da sua assimilação e integração no quadro de vida dos sujeitos e do papel "sempre negligenciável" que tiveram face ao paradigma médico legítimo que, cepticamente, as despreza. Diariamente, os indivíduos são confrontados com todo um conjunto de dados estatísticos (taxas de mortalidade, taxas de fecundidade, taxas de ocupação dos hospitais e tantas outras) que pretendem revelar o estado de saúde da população do país (do mundo ou de uma região). No entanto, nunca se lhes pergunta o que pensam disso. É um pouco como se todas as concepções profanas fossem o espelho das concepções médicas e, conseqüentemente, nada houvesse a questionar.

O objectivo deste trabalho é analisar como se constitui a representação social da saúde e da doença. Pretende-se compreender como é que os professores percebem, definem, organizam, integram e exprimem as suas experiências em matéria de saúde e de doença, no seu universo simbólico e no seu discurso colectivo. Trata-se de saber como é que representam a saúde e a doença antes, durante, e após a entrada em acção dos profissionais de saúde/médicos.

Numa sociedade mediática, como aquela em que vivemos, não se podem ignorar as fortes influências do modelo biomédico dominante. Assim, pretende-se também analisar qual o grau de autonomia da representação social da saúde e da doença produzida pelos docentes.

Ao analisar-se a representação social da saúde e da doença dos professores, aquilo que se pretende é verificar como é que se opera a articulação entre a organização cognitiva de um objecto social/realidade social e a elaboração de normas de comportamento. O que está em causa é compreender como é que os professores organizam o seu saber numa imagem significativa e como interpretam e estruturam o seu comportamento face à saúde e à doença. Esta organização e estruturação é indissociável quer das concepções causais da saúde e da doença quer das doenças que em cada época dominam "a consciência colectiva".

Nos últimos anos tem-se atribuído uma importância crescente à amplitude das agressões ambientais para a saúde e diversos estudos mostraram que as doenças cujas causas se relacionam com problemas ambientais passaram a integrar as concepções de saúde e de doença dos indivíduos. Nesse sentido, pareceu oportuno analisar quais são esses problemas e como integram a representação social da saúde e da doença produzida pelos professores, já que a representação social tem sempre por base os valores e os esquemas de referência dominantes num dado momento.

O estudo da representação corresponde à necessidade de melhor compreender a forma como o indivíduo constrói a realidade e aí se orienta, já que, através dela, é sempre a relação do indivíduo com a sociedade que está em causa.

I PARTE

1. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA DOENÇA

A medicina, herdeira directa do iniciatismo mágico, ocupa hoje um lugar central na sociedade contemporânea.

Porque a medicina é necessária e, como necessária, a medicina é poder e, porque poder, tende a perpetuar-se nos meandros de um discurso que mantém o mesmo hermetismo iniciático com que nasceu, recorrendo cada vez mais a técnicas sofisticadas que apenas a tornam mais inacessível ao indivíduo.

A medicina é necessária por dois motivos essenciais:

Em primeiro lugar porque, como na sociedade urbano-industrial o que conta é a produção, os ritmos e a produtividade, o estar doente é cada vez mais uma fonte de preocupação para as organizações empregadoras. A medicina tornou-se necessária porque o trabalhador saudável é fundamental para a subsistência da cadeia produtiva.

Em segundo lugar, porque a medicina passou a ser a instância reguladora do processo de se ser indivíduo desde o nascimento até à morte.

Começa-se a ser acompanhado por um médico ainda antes de se ter nascido e esse acompanhamento (também chamado preventivo) continua quando se nasce e durante a infância.

Raramente, no entanto, se questionam os métodos e as formas que esses serviços assumem.

O que é essencial é o boletim de saúde em dia, o papel do médico que declare que a criança não sofre de qualquer doença... os papéis que se

reproduzem anualmente, que por vezes mudam de cor, mas nunca deixam de crescer em número.

No ensino secundário e superior, para os alunos, os exames médicos anuais são obrigatórios.

Chega-se à idade adulta e não se consegue um emprego sem um atestado médico comprovativo da boa saúde física e mental do indivíduo.

A reforma só é conseguida depois de ser comprovada a incapacidade de trabalhar. São as juntas médicas, o papel de um tribunal onde os juizes, em vez de togas negras, vestem as batas brancas do poder de decisão clínico.

E, quando chega a morte, só se é enterrado após o passaporte definitivo ter sido emitido... a certidão de óbito.

Ora, por tudo isto a medicina é poder. Poder de decisão sobre a vida e o futuro do indivíduo, poder de ajuizar e dispor, um poder mais inamovível e sem recurso que o próprio poder judicial. Ser médico é saber administrar esse poder.

Mais, ser médico é perpetuá-lo!

A forma como isso se faz começa a ser aprendida bem cedo nos bancos das faculdades. Aí não se ensinam apenas as técnicas, não se aprende apenas a reconhecer doenças e doentes. Aí começam-se a cultivar as nomenclaturas precisas, a praticar os raciocínios mais ou menos sinuosos, aprendem-se a esconder as ideias e os conteúdos atrás de uma fraseologia apenas perceptível aos iniciados.

As práticas distintas e distintivas são o quotidiano de uma profissão impregnada pela aura do poder a perpetuar. O estetoscópio sobre os ombros, a letra ilegível, a linguagem imperceptível...

O médico formado para vigiar e tornar produtivo o doente no mais curto espaço de tempo, transforma-se no investigador mais interessado no estudo

da doença, na pesquisa das suas complicações, nas análises estatísticas dos seus factores de risco e da sua evolução.

Obrigado a confrontar-se com o percurso médico\instituição de saúde em todas as fases da vida, quer esteja ou não doente, o sujeito vai criando uma situação de dependência que não é apenas resultado das necessidades sentidas.

É-lhe inculcido diariamente, através dos discursos oficiais, a responsabilidade pela sua saúde, ou seja, as formas como se deve evitar a doença, em que ganham cada vez mais peso os comportamentos assépticos. Estar doente, deixar-se adoecer, torna-se cada vez mais um acto de irresponsabilidade individual.

O indivíduo deve recompensar os esforços e as acções das instituições de saúde que, no seu trabalho sem fim (desde as campanhas de vacinação, passando pelas campanhas anti-tabaco e álcool, até à roda dos alimentos) apenas visam a sua saúde - o seu bem-estar. Ao indivíduo apenas se pede que colabore. Afinal, tudo é para seu bem.

Perante esta situação, as questões que se colocam são:

- Quais são e como operam os elementos estruturantes da relação que se estabelece entre os sujeitos e as organizações de saúde?

- Como é que os indivíduos percebem e interiorizam os discursos oficiais veiculados pela instituição médica, sobre a saúde e a doença?

- Existe correspondência entre o discurso médico oficial e as experiências socio-culturais dos indivíduos ao nível da saúde e da doença?

- Como se elaboram as representações dos sujeitos sobre a saúde, a doença e a medicina?

1.1. Ecologia Humana e saúde

O cancro representa a rebelião de uma ecosfera agredida: a Natureza vingá-se do malvado mundo tecnocrático. Para isso agitam-se perante as massas estatísticas grosseiras que só fomentam falsas esperanças e terrores infantis: 90% de todos os cancros devem-se a causas ambientais.

[Sontag, 1981: 106]

A saúde e a doença dependem não só do património genético, mas também do enorme complexo de factores sociais e ambientais com os quais o homem deve manter uma relação ecológica compatível, que é indispensável à sua sobrevivência. Isto sucede na natureza, com todas as espécies vivas, sejam animais ou vegetais.

Vão longe os tempos em que o homem era considerado um ser independente do ambiente que o rodeava, em que se definia o homem como oposto do animal e a cultura como oposto da natureza. A sociedade humana, espelho da organização, era definida por oposição aos ajuntamentos gregários, às hordas e aos bandos.

As dualidades homem/animal e cultura/natureza defrontaram-se com o facto de o homem não ser apenas um indivíduo biológico ou psico-social, mas uma totalidade bio-psico-social.

Esta totalidade só passou a ser encarada como tal, quando a biologia se abriu ao universo social e quando as ciências sociais, em especial a antropologia, deixou de considerar que a sociedade humana era única na natureza. O universo social, embora presente no reino animal, era sempre relegado como singularidades de espécie e excepções surpreendentes. Para os antropólogos, a sociedade humana devia encontrar a sua inteligibilidade não só em si própria, mas também em antítese ao universo biológico.

A aproximação que a biologia fez às formas de organização consideradas metabiológicas, como sejam a sociedade e o homem, teve por base a aplicação e utilização das teorias da informação e da cibernética.

Através da teoria da informação, a biologia tomou contacto e passou a utilizar noções como informação, código, mensagem, programa, comunicação, expressão e controlo, entre outras. Estas noções, extraídas da experiência humana, pareciam indissociáveis da complexidade social. A cibernética permitiu uma aproximação às formas de organização que se consideravam metabiológicas como a máquina, a sociedade e o homem, para além de permitir a aplicação da noção de máquina à célula.

Se as novas teorias biológicas modificaram a noção de vida, que passou a estar ligada, implícita ou explicitamente, às ideias de auto-organização e complexidade, a teoria ecológica modificou a noção de ambiente ou meio. O meio era concebido essencialmente como um molde geoclimático ora formativo (Lamarck) ora selectivo (Darwin), no seio do qual as espécies viviam numa desordem generalizada e onde só reinava a lei do mais forte e do mais apto. Só recentemente a ecologia concebeu que as comunidades de seres vivos que vivem num espaço geofísico constituem, com este, uma unidade global que é o ecossistema (Morin, 1973).

O ecossistema caracteriza-se por um conjunto de interações, interdependências, acasos e incertezas e por uma auto-organização espontânea. Nele criam-se e recriam-se equilíbrios e estabelecem-se regularidades. Tal como nas sociedades humanas, em que as hierarquias, os conflitos e as relações de solidariedade fazem parte dos fundamentos do sistema organizado, a competição e o ajustamento contam-se entre os fundamentos do ecossistema que surge como uma totalidade auto-organizada.

Face a esta nova definição, as ciências biológicas passaram a considerar o ambiente como um ecossistema integrador, e não apenas como um

meio selectivo, e nas ciências sociais desmoronou-se a visão da natureza amorfa e desordenada.

Outra modificação deu-se ao nível da relação ecológica entre um ser vivo e o meio que o rodeava. Considerava-se que o ser vivo evoluía no ambiente, limitando-se a extrair-lhe a energia e a matéria das quais dependia para sobreviver. Porém, a relação ecossistémica não é uma relação entre duas entidades isoladas; trata-se de uma relação integradora entre dois sistemas abertos, em que cada um deles é parte do outro, embora constituam um todo. Quanto mais autónomo é um ser vivo, mais dependente é em relação ao ecossistema.

A sociedade humana, embora emancipada em relação à natureza, alimenta essa autonomia com múltiplas dependências. Isto significa que a relação ecológica do homem é sempre uma relação de interdependências entre um ecossistema social e um ecossistema natural.

A ecologia desempenhou um papel chave ao reabilitar a noção de ambiente/natureza, na qual inseriu o homem e mostrou que o ambiente não era só desordem e passividade. O ambiente tornou-se uma totalidade complexa e o homem, de entidade isolada, tornou-se num sistema aberto, com relações de autonomia e dependência organizadora face a esse ambiente (Wilden, 1972).

Se bem que historicamente o homem se tenha libertado de alguns constrangimentos do meio, graças à sua evolução cultural, continuou sempre a depender dos ecossistemas em termos de recursos, para assegurar a sua sobrevivência.

A cultura é o meio de adaptação mais eficaz do homem ao seu ambiente. Ela desempenhou um papel decisivo no duplo carácter da espécie humana, a sua unidade e diversidade. A diversidade cultural não é apenas a prova de que o homem soube adaptar-se a condições muito diferentes, inventando sempre que necessário uma solução original. Ela é também o ele-

mento essencial de uma selecção natural eficaz. Os genes não são em si mesmos "bons ou maus", podem sim vir a sê-lo relativamente ao meio no qual vive o indivíduo que os transporta consigo (Clarke, 1980).

A evolução cultural, apesar de ter sido muito importante, nunca ocupou o lugar da evolução orgânico-biológica. É provável que as duas formas se tenham ligado harmoniosamente. Tudo se passa, como se a evolução humana tivesse duas componentes, uma orgânico-biológica e outra cultural. Conforme as épocas, uma terá sido mais importante que a outra e vice versa, mas estiveram sempre ligadas. As transformações que construíram o homem, tal como ele é hoje, provém da interacção constante entre essas duas componentes (Clarke, 1980).

A ecologia humana visa compreender o homem e os seus problemas, estudando os indivíduos e as populações como entidades biológicas profundamente modificadas pela cultura. Por isso, estuda os efeitos do meio sobre o homem e os efeitos do homem sobre o meio. Neste sentido, ocupa-se da espécie humana e das suas relações extraordinariamente complexas com outros componentes do ambiente, tanto orgânicos como inorgânicos. O homem é aqui encarado como um elemento vivo, dependente de outros nos equilíbrios biológicos naturais, como um ser exposto a muitos perigos naturais e a outros criados por ele próprio (Sargent, 1974).

Qualquer que seja o prisma por onde se analise a interacção entre os atributos naturais e culturais do homem, a ecologia humana deve ter sempre em conta a flexibilidade do homem em matéria de conduta, a sua capacidade para controlar os seus vizinhos imediatos e a sua tendência para desenvolver actividades (sócio-económicas e culturais), independentemente do ambiente. Até porque essa flexibilidade é maior no homem do que nos outros seres vivos. Aos problemas ecológicos, o homem não só responde biologicamente mas também com a sua herança cultural e com o seu saber e

capacidade de previsão. É isto que permite ao homem escapar ao esquema "Darwiniano" da selecção natural (Clarke, 1980).

Durante a sua vida, o homem expõe-se permanentemente à acção que sobre ele exerce uma multiplicidade de factores que podem pôr em jogo a sua capacidade de adaptação (que tanto podem ser factores naturais, como factores gerados pela actividade humana como o ruído, as inundações, as contaminações). No entanto, a acção dos factores ambientais sobre o organismo humano não é unilateral, já que o homem pode modificar e transformar o ambiente, eliminando os factores que lhe são adversos e criando outros que, pelo menos no imediato, lhe são favoráveis. As probabilidades de sobrevivência, para as diferentes espécies, aumenta na medida em que elas se adaptam entre si e ao seu ambiente (San Martín, 1983).

Se se tomar como exemplo o caso da saúde, a manutenção deste estado no homem, através da sua adaptação ao ambiente, depende não só do indivíduo isolado, mas também da situação de equilíbrio ecológico-social de toda a comunidade. Isto acontece porque a relação ecológica é um processo de interacção população/ambiente (San Martín, 1983).

A ecologia humana considera que os estados de saúde e de doença têm subjacentes equilíbrios dinâmicos individuais. No entanto, deve ter-se em conta que o potencial genético e a capacidade de adaptação são fenómenos de grupo e de espécie, apesar de existirem importantes diferenças individuais.

Segundo o ponto de vista ecológico, ao lado da saúde do indivíduo deve considerar-se a saúde da comunidade humana. A rápida mudança das condições de vida das sociedades humanas e a aparição de novos factores de risco no ambiente, leva a que se estude o problema do ponto de vista colectivo. O que acontece no sujeito não é, senão, o reflexo do que se passa na comunidade.

Considerar a saúde como um estado biológico e social estático não é realista, já que a noção de saúde implica ideias de variação e adaptação contínuas, tal como a doença implica ideias de desadaptação. A saúde e a doença são dois graus extremos que resultam do êxito ou do fracasso do organismo em se adaptar física, mental e socialmente às condições do ambiente (San Martín, 1983).

A saúde requer mais do que uma definição biológica. Ela tem de ser definida em função de todos os factores físicos, sócio-culturais, psíquicos e ecológicos que intervêm na sua determinação. O conceito de saúde é dinâmico e tem mudado ao longo do tempo. A ideia que cada um tem de saúde está sempre limitada pela matriz social em que se gera.

A saúde é uma noção perfeitamente subjectiva que não repousa sobre nenhum critério objectivo de carácter biomédico ou socio-económico. Ela é um estado de tolerância e compensação física, psicológica e social, fora do qual todo o outro estado é compreendido pelo indivíduo ou pelo grupo como a manifestação de um estado mórbido (Cornillot, [1985] *in* San Martín, 1983).

Dubos (1973) considera que a saúde é uma situação na qual o organismo reage por uma adaptação, preservando sempre a sua integridade individual. A adaptação é definida como a capacidade de funcionar nas melhores condições com o meio. O mesmo autor ressalta o carácter subjectivo da noção de saúde, dizendo que "não há definição universal de saúde; cada um de nós quer fazer qualquer coisa da sua vida e necessita para isso de uma saúde que lhe é particular" (Dubos, [1963], *in* Carapinheiro, 1986:12).

Através destas definições, observa-se que a saúde assume sempre um carácter de subjectividade e tem sempre subjacente o ambiente no qual o indivíduo está inserido e com o qual se inter-relaciona.

A doença é considerada como um desequilíbrio bio-ecológico que se traduz por uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo e por uma incapacidade de reacção aos estímulos exteriores a que está exposto. Este

processo acaba por gerar perturbações psico-fisiológicas e sociais no indivíduo (San Martín, 1983).

No meio existem factores naturais ou artificiais que favorecem e prejudicam a saúde, o que pode levar (ou não) à desadaptação do indivíduo. Os factores ou agentes predisponentes da doença podem também actuar como agentes predisponentes da saúde. Eles são os mesmos (água, alimentação, higiene), o que muda é o sentido da sua actuação e, assim, o processo de adaptação biológica pode ser influenciado pela constituição individual e pelas experiências (passadas ou presentes) face à saúde e à doença.

Como o homem moderno se transformou num animal eminentemente social, passou a depender, na maior parte dos fenómenos da sua vida, da sociedade em que vive. Assim, para além dos factores ambientais, há condicionantes culturais, económicas e sociais que influenciam o nível de saúde das comunidades.

A saúde do indivíduo depende da forma como ele satisfaz as suas necessidades de adaptação, a qual, por sua vez, depende da organização social em que está inserido. Considerada à partida como um fenómeno essencialmente biológico, a saúde passou a ser abordada como um problema que depende sempre, directa ou indirectamente, de situações socio-culturais e ecológicas.

Nas sociedades humanas, a saúde e a doença são o resultado da relação estabelecida entre o ambiente e o meio social. Existe sempre da parte do homem, enquanto animal social, uma apropriação, exploração e transformação do ambiente, visando a sua sobrevivência. Nesta relação, a saúde da população pode também ser concebida como um subproduto do tipo de desenvolvimento económico-social predominante na sociedade (San Martín, 1983).

A actividade humana gera situações contraditórias face ao meio. Ela é capaz de neutralizar ou eliminar perigos reais, ao mesmo tempo que introduz

no ambiente novos factores de risco para as comunidades humanas ou para as populações vegetais e animais.

Na sociedade nenhum indivíduo está sujeito a um programa pré-estabelecido. Isto significa que o homem pode ajustar, sem cessar, os seus comportamentos às exigências sociais e ambientais, tal como as sociedades podem modificar as suas estruturas, normas ou valores. A conduta humana baseia-se na inter-relação e interdependência entre o sistema ecológico, biológico, social, cultural e psicológico.

Existem importantes variações socio-culturais nos comportamentos humanos relativamente aos problemas de saúde e doença que cada indivíduo e comunidade enfrentam. Não é uniforme o modo como, numa dada comunidade e numa dada época, os indivíduos definem os problemas de saúde, utilizam os serviços de saúde, se relacionam com a doença, percebem a dor, procuram tratamento curativo ou preventivo e recorrem ao médico ou a formas de medicina alternativa.

Aparentemente, o indivíduo e a população têm liberdade para escolher os seus comportamentos e estilos de vida de adoecer e de morrer. Esta situação é ilusória porque a pretensa liberdade para escolher os comportamentos é limitada e não se toma uma decisão de forma simplista e consciente. Ela é sempre consequência de múltiplos factores (económicos, sociais, culturais, ambientais) que induzem o indivíduo, nomeadamente, a beber, a fumar ou a suicidar-se (San Martín, 1983).

As motivações que impulsionam o sujeito a actuar de determinada maneira reflectem, directa ou indirectamente, a estrutura socio-económica e cultural da sociedade. A grande variabilidade dos comportamentos humanos responde a pautas culturais adquiridas, e é esta variabilidade e a possibilidade individual para mudar os comportamentos que produz a relação, aparentemente causal, entre comportamentos, saúde e doença.

De facto, o papel dos comportamentos humanos face à saúde e à doença não é causal. As diferenças em termos de mortalidade e esperança de vida não são só devidas a comportamentos apreendidos desde a infância, o problema é muito mais complexo e está directamente relacionado com condições de vida socialmente diferentes.

A situação de dependência que a saúde da população tem da estrutura socio-económica e cultural, fixa os limites e as possibilidades do indivíduo conseguir uma autonomia completa face à sua saúde. São estes os limites da capacidade individual, preconizada por Illich (1977), para que cada indivíduo se torne responsável pela sua saúde. Estes limites baseiam-se sumariamente, em dois factores: a origem social da saúde e da doença, e o avanço do conhecimento médico, que está fora do alcance de cada indivíduo, por razões de especialização e de quantidade.

1.2. Da construção social da doença ao corpo produtivo e submisso

O indivíduo emerge como objecto e saber da prática médica.

[Foucault, 1992:111]

A doença é um fenómeno que ameaça o indivíduo, o grupo ou até a própria sociedade no seu conjunto. Por isso todas as sociedades desenvolveram mecanismos de defesa contra a doença (nomeadamente a medicina e a magia) e criaram teorias mais ou menos elaboradas para a diagnosti-

car e justificar. Existe uma tendência universal não só para tratar a doença, mas também para compreendê-la e explicá-la.

Para a medicina a compreensão da saúde ou da doença situa-se em torno de uma prática que se organiza num espaço delimitado (no Hospital, Centro de Saúde ou Consultório) e sobre um objecto concreto que é o corpo do indivíduo. Nesta perspectiva, o corpo transforma-se no material objectivável e sujeito a regras em que o médico é o único detentor de saber. É neste saber, que concede ao médico o direito exclusivo da abordagem do corpo, que se funda o poder da medicina. Para o indivíduo, no entanto, quer esteja doente ou não, a compreensão do estado do seu corpo não se reduz ao conhecimento dos mecanismos fisiológicos e às acções exercidas sobre ele.

No seu relacionamento com a saúde e a doença, o indivíduo apela sempre a uma interpretação que ultrapassa o corpo individual e o próprio estado orgânico. O indivíduo tem necessidade de dar sentido à doença, de compreender porque é que lhe aconteceu a ele, de explicar e encontrar as causas que justifiquem o mal que o atingiu. Ou seja, o indivíduo tem sempre necessidade de negociar uma nova relação com o social (Herzlich, 1991).

Actualmente, a representação social da doença exprime sempre uma linguagem que não é a do corpo, mas a da relação do indivíduo com a sociedade. Em particular no plano etiológico, a doença é imputada à sociedade agressiva que impõe o seu modo de vida doentio ao indivíduo. A doença surge como o produto do modo de vida, de uma sociedade nociva, que ataca uma natureza, intrinsecamente saudável, do indivíduo. Deste modo, o doente é a vítima da sociedade moderna e a doença cristaliza a agressão social.

As noções de modo de vida e sociedade moderna funcionam como o princípio de coerência que estabelece as diversas relações entre o biológico e o social, quer como causa específica de determinados problemas, quer

como fundamento da reinterpretação global de todas as falhas do corpo (Augé, 1991). De facto, aquilo que expressa a visão do mal biológico, é sempre uma determinada situação social e as relações que os indivíduos estabelecem com ela. A doença objectivada sobre o corpo, encarna a relação conflitual dos indivíduos com o social (Herzlich, 1991).

Em cada época é o indivíduo que está doente, mas ele está doente face à sociedade, em função dela e segundo as modalidades que ela define. Portanto, a saúde e a doença não são realidades objectivas que se reduzem apenas à sua evidência física e natural. A doença é uma realidade social construída e o doente um personagem social (Herzlich e Pierret, 1991).

Esta construção tem subjacente, como refere Carapinheiro (1986), a ideia de doença como "fenómeno social total".

Cada sociedade e cada cultura têm procurado cristalizar o confronto permanente com a doença em formas de organização social peculiares. Na sociedade contemporânea, a saúde e a doença são colocadas no domínio legítimo da prática médica oficial. O Estado assume a função de segurança social, garante da protecção e bem-estar dos cidadãos, pondo à sua disposição um amplo sector sanitário com uma organização complexa de recursos materiais e humanos capazes de, em princípio, responderem às necessidades de saúde e doença dos indivíduos - os equipamentos colectivos de saúde.

Os equipamentos colectivos têm como função produzir um sujeito social normalizado e controlado, não apenas apto a produzir mas também a reproduzir-se. O sistema de saúde, tal como todas as formas de organização da vida social, para além de contribuírem para a produção de indivíduos capazes de se inserirem na organização da produção, contribuem igualmente para a aprendizagem da sociedade no seu conjunto.

Se um dos objectivos dos equipamentos é assegurar a reprodução da força de trabalho, o seu papel é, porém, mais amplo. O hospital, como a

escola, contribuem para a normalização e controle do indivíduo, atribuindo-lhe um papel, um lugar, uma responsabilidade e um status conforme à ordem social.

Nos equipamentos inscrevem-se hierarquias que estruturam todo o corpo social. É o caso dos equipamentos de saúde que funcionam segundo as hierarquias do corpo médico e do saber médico, assentando este saber na manutenção de uma relação desigual entre médico e doente.

O discurso sobre os equipamentos instaura uma política da cooperação social e consolida a ideia de Estado como garante do interesse colectivo ao serviço de todos.

O imaginário social sobre os equipamentos articula-se em torno de três temas:

- Os equipamentos colectivos aparecem como uma contribuição do Estado para a colectividade. A sua teatralidade e a sua monumentalidade difundem a ideia de um Estado garante de uma marcha ordenada para o progresso e inscrevem, sobre o espaço, a separação público/privado.

- Os equipamentos contribuem para a representação de uma sociedade na qual a diferenciação social se esbate. Gratuitos (ou tendencialmente gratuitos) e abertos a todos, eles parecem garantir a acessibilidade a uma melhor qualidade de vida e a uma igualdade de tratamento.

- Os equipamentos propagam uma sociedade onde a comunicação e o reencontro será possível, onde as relações interpessoais quotidianas permitem a cada um romper a solidão e a competição que regem a sociedade actual.

Se é possível, às organizações que produzem os equipamentos colectivos e que os gerem, programar o espaço-tempo dos utilizadores e dar a cada um o lugar que lhe é devido na rede de hierarquias constitutivas da sociedade, não é certo que esta programação se veja confirmada e alcance

o resultado desejado; não é certo que o sujeito social aceite sem resistência a violência da ordem na qual se deseja integrá-lo.

Para ser eficaz, esta programação deve ser reconhecida como legítima pelos indivíduos e responder às suas aspirações. Só assim se poderá evitar que surjam movimentos que coloquem em causa as formas que assume esta programação.

A generalização das ideias de Foucault (1984) sobre as "disciplinas e a dominação-normalização" levou a que se olhasse o sistema de equipamentos colectivos como um instrumento de dominação e a propor a função de "dominação-normalização-repressão" como modelo de análise dos mesmos.

No final dos anos 60 dominava a concepção positiva dos equipamentos, ligada à ideologia do *Welfare State* - justiça social pela redistribuição. Esta concepção começou a ser questionada, sobretudo após 1968, devido ao aparecimento de diversas correntes críticas, nomeadamente a de Baudrillard (1968) e as ecologistas, que denunciavam o tipo de produção da sociedade industrial, o desperdício, os consumos ostentatórios e onde o abuso/consumo de medicamentos são a principal manifestação ao nível sanitário. Alertam também para a "invasão tecnológica" e para a poluição química que atinge a sociedade, ao mesmo tempo que proclamam a necessidade do Homem "regressar" à Natureza e consumir apenas produtos naturais (alimentos e medicamentos).

O que a análise nascida a partir dos trabalhos de Foucault (1984) incitou a desenvolver, é que a tendência à dominação pelo consumo colectivo não está somente ligada à reprodução ideológica da submissão. Ela pode também inscrever-se na materialidade dos equipamentos e das práticas que aí se desenrolam.

Para apreender o sentido das práticas sociais a partir do interior dessas mesmas práticas, Foucault (1984) utiliza o "método genealógico". Com ele surge a noção de dispositivo que define um conjunto heterogéneo,

constituído por discursos, instituições, leis, enunciados científicos... ou seja, um articulado de elementos ditos e não ditos.

Mostra também que o corpo está inserido num campo político e que as relações de poder "... o investem e marcam, o dirigem, o supliciam,... obrigam-no a cerimónias, exigem-lhe sinais" (Foucault, 1984: 28). O corpo, para ser útil, tem de ser simultaneamente produtivo e submisso.

A sujeição é obtida através de um saber sobre o corpo e sobre o controle das suas forças; através da "tecnologia política do corpo" que, segundo o mesmo autor, se situa entre o funcionamento biológico do corpo e os aparelhos institucionais de poder.

Um último ponto importante, para o qual o debate sobre as teorias da dominação foi útil, é o da reflexão sobre os processos de interiorização, através dos quais se opera a dominação e que Foucault (1984) designa por "disciplinas".

As "disciplinas" funcionam essencialmente sobre o corpo e o que caracteriza a sociedade disciplinar é a forma de que se reveste o controle. O corpo torna-se o objecto a analisar. O objectivo da tecnologia disciplinar é formar um corpo dócil que se possa submeter, transformar, utilizar e aperfeiçoar. Ao mesmo tempo que individualiza, a disciplina controla o corpo. Ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos como objecto e como instrumento do seu exercício.

Um dos procedimentos específicos que garante o sucesso do poder disciplinar é o exame (por exemplo o exame médico) o qual transforma cada indivíduo num caso e em objecto de conhecimento. O exame é o meio de fixar ou repor a norma, a regra, a exclusão, e é também a matriz de todas as ciências humanas (Foucault, 1984).

O conhecimento que assenta no exame traduz-se numa verdade científica, sobre os sujeitos e objectos, que se exerce e se confirma através das formas de controle do comportamento destes. O exame é, portanto, uma



forma de poder-saber ligada aos sistemas de controle e de exclusão próprios das sociedades modernas.

A prisão, tal como o hospital, aperfeiçoando-se com base, por um lado na emergência do novo discurso sobre o homem e, por outro, no desenvolvimento tecnológico do poder disciplinar, tornaram-se o lugar ideal de transformação do sujeito social em objectos de investigação científica e de poder disciplinar.

Ao controle na escola segue-se o controle na fábrica, e se qualquer deles falhar é substituído pelo controle na prisão ou no hospital, conforme os casos.

Após a abordagem dos conceitos de Foucault ressalta que, na análise dos equipamentos colectivos, nomeadamente nos da saúde, há a necessidade de não pensar a dominação apenas como uma pressão puramente exterior, mas como um processo social cuja eficácia depende da sua interiorização pelos indivíduos dominados.

Esta interiorização não é somente um efeito da inculcação ideológica, conduzindo à aceitação passiva da representação dominante do mundo e das relações sociais. Ela provoca, como o propõe a análise gramsciana da "hegemonia", o consentimento activo dos dominados, "enfeitados" pela capacidade da classe dominante, que aparece a todos como traçando, intelectualmente e na prática, o movimento da sociedade (Femia, 1981).

Neste contexto, é fundamental ter em conta a representação social da saúde e da doença, já que esta pode subverter o controle (institucional normativo) que procura inculcar no utente uma utilização estandardizada, quer através do que é saúde e doença, quer através do modo de funcionamento, das regras e hierarquias da instituição de saúde.

Subjacente às práticas de consumo dos equipamentos colectivos, encontram-se representações da saúde e da doença que traduzem o universo cultural e simbólico resultante das condições passadas e presentes dos su-

jeitos e da sua relação com o mundo social. Só assim se compreende que, num mesmo espaço urbano, coexistam não só diferentes estratégias de acção como também diferentes formas de representação da saúde e da doença.

1.3. As representações sociais

As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e para o domínio do ambiente social, material e ideal.

[Jodelet, 1984: 361]

O objectivo deste trabalho é analisar como se constitui a representação social da saúde e da doença dos professores. Pretende-se compreender como é que estes indivíduos percebem, definem, organizam, integram e exprimem as suas experiências em matéria de saúde e doença, no seu universo simbólico e no seu discurso colectivo.

O universo cultural da medicina dita e prescreve normas, elabora valores e modelos sobre as duas realidades sociais que são a saúde e a doença. Estudar a representação social da saúde e da doença é observar como é que os indivíduos elaboram e estruturam, com base nestes valores, normas e modelos, a imagem destas duas realidades sociais e como é que as apreendem.

Esta análise é inseparável da concepção de saúde e doença, típica do modelo que traça a hegemonia cultural das sociedades actuais. Hoje estas realidades deixaram de ser pensadas exclusivamente em termos do corpo

objectivável, do ponto de vista orgânico, para passarem a ser consideradas sob um ângulo psico-social.

Para estudar a relação que se cria entre o indivíduo a saúde e a doença torna-se necessária uma abordagem psico-social, centrada na articulação do indivíduo com o sistema socio-cultural. Nesta perspectiva, há que estudar a percepção que o indivíduo elabora e o sentido que têm para ele os factores sociais de que depende a saúde e a doença, as instituições de saúde e todo o universo que lhe está associado. Ao estudar a representação social da saúde e da doença, tentar-se-ão compreender as atitudes, os comportamentos e os saberes que circulam sobre estas duas realidades ao mesmo tempo que se procurará interpretar os universos socio-culturais que lhes estão subjacentes.

Qualquer que seja a dependência do indivíduo face ao saber e às práticas médicas, a sua perspectiva mantém-se autónoma. Isto apesar de se reconhecer que, na sociedade actual, as concepções profanas sobre a saúde e a doença são inseparáveis e estão fortemente marcadas pelo desenvolvimento da medicina que, em cada época e hoje mais do que nunca, contribui para as modelar.

Esta relação não opera apenas num sentido, ou seja, do universo cultural da medicina para o indivíduo. De facto, opera também das concepções profanas para as concepções médicas. Se se compreende que isto acontecesse no passado, em que o saber médico era instável, hoje, em que esse saber se impõe graças à legitimidade da sua ciência, a medicina inscreve-se no social e o médico depende, no seu saber e prática, do universo socio-cultural e simbólico dos sujeitos, da percepção que estes têm da saúde e da doença e do discurso colectivo sobre esta duas realidades.

Segundo Moscovici (1961), a representação aparece como um "universo de opiniões" organizadas à volta de uma significação central. Enquanto sistema simbólico, organizado e estruturado, este conceito aparece

como primeira forma de conhecimento. É um mundo de significações e de interpretações que, na sua função adaptativa, visa dominar o meio, compreender e explicar os factos e as ideias que movem o nosso universo de vida . É um conhecimento prático (construção social do real) que reflete as relações sociais e contribui para as consolidar. Concomitantemente, é uma forma de pensamento social cujo conteúdo manifesta valores socialmente marcados.

A representação social traduz-se, para cada indivíduo ou grupo, na apropriação do mundo exterior e na procura de um sentido para a sua acção. Mas esta apropriação não parte de uma análise racional e sistemática. A tendência é sempre de se chegar a soluções rápidas, não apenas porque a racionalidade e abstracção exigem esforço, mas porque as soluções rápidas parecem ser suficientes para fazer face às necessidades da vida quotidiana (Moscovici, 1961).

A construção de uma representação é um processo que reenvia para as experiências da vida quotidiana e para a actividade cognitiva que os indivíduos, a partir daí, desenvolvem. A representação surge, assim, como uma modalidade de conhecimento construída na interacção quotidiana e que se alimenta não só das teorias científicas, da ideologia e cultura dominantes mas também das experiências e comunicações quotidianas ou, como refere Jodelet (1989: 36), "uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

A representação é social na medida em que é colectivamente produzida e partilhada. Logo, ela é o produto das interacções e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, relectando a situação desse grupo em termos dos seus problemas, projectos e estratégias. O carácter funcional das representações sociais advém das possibilidades que encerram para a resolução de problemas, para oferecerem instrumentos de

orientação dos comportamentos e para darem forma às relações sociais. As representações sociais são, conforme diz Jodelet (1984: 360-361) "um saber prático que ajuda à construção social da nossa realidade".

Se bem que o indivíduo tenha um papel activo na produção das representações sociais, não se pode ignorar a relação entre estas e as configurações culturais dominantes e a dinâmica social no seu conjunto, as quais tendem a gerar pressões hegemónicas e homogeneizantes em certas representações sociais. Por isso se assiste a profundas transformações nalgumas representações, enquanto que outras se caracterizam pela sua longa permanência temporal (Vala, 1993).

A representação, segundo Di Giacomo (1981:33), informa-nos sobre os critérios que um grupo utiliza para julgar o seu meio, sobre os modelos comportamentais e sobre os valores que orientam a sua existência. Para este autor, "as representações apresentam-se como juízos avaliativos fundados sobre critérios simples e categorizantes". É esta aplicação de esquemas avaliativos a diferentes objectos do meio que fornece à representação o conteúdo figurativo, ou seja, as características imaginadas que situam e ordenam os objectos.

As representações sociais constituem uma orientação para a acção na medida em que modelam e constituem os elementos do contexto em que um comportamento terá lugar. Ou seja, a acção envolve um sistema representacional, uma rede de relações que ligam o objecto ao seu contexto. Em certas situações, no entanto, a acção é sobretudo o resultado de factores externos e pressões situacionais. Nesses casos, a correspondência que o indivíduo faz entre a acção e a representação, para dar sentido ao comportamento observável, é sempre feita à posteriori (Vala, 1993).

A representação não é uma reprodução do mundo exterior mas envolve um processo de construção. Com efeito, as representações são factores produtores da realidade, que têm repercursões na forma como os indivíduos

interpretam o que lhes acontece e aquilo que acontece à sua volta, bem como sobre as respostas que elaboramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido. Após a constituição de uma representação, os indivíduos procurarão "criar" uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação (Moscovici e Hewstone, 1984).

A formação e o funcionamento das representações sociais têm subjacente o processo de "objectivação" e de "ancoragem", que evidenciam a maneira como o social transforma o conhecimento em representação e como esta transforma o social, ou como o saber científico se transforma em senso comum.

A "objectivação" traduz-se num ajustamento dos conhecimentos relativos ao objecto da representação social. Este processo traduz-se em duas fases. Na primeira, há uma retenção de informação que circula sobre o objecto da representação e a reorganização dos elementos retidos, constituindo-se um modelo figurativo. Na segunda fase, o modelo figurativo deixa de ser uma elaboração abstracta para passar a ser a construção da realidade concreta. Como refere Vala (1993), a "objectivação" permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em realidades exteriores ao indivíduo.

O processo de "ancoragem" permite aos indivíduos compreender como é que os elementos teóricos contribuem para exprimir e constituir relações sociais, ao mesmo tempo que provoca um reajustamento do seu sistema de categorias, fornecendo-lhes novas categorias que vão agir sobre o meio através de novos comportamentos e novas orientações da conduta social. A "ancoragem" constitui, portanto, a dimensão funcional e prática das representações sociais que se manifesta na organização dos comportamentos, nas actividades comunicativas e na diferenciação dos grupos sociais.

A importância da representação social assenta no facto de ela nos dar acesso a um novo tipo de entendimento sobre as actividades cognitivas e simbólicas dos indivíduos nas suas interacções quotidianas.

Para Herzlich (1969), a representação social da saúde e da doença, consiste numa elaboração psicológica complexa onde se integram, numa imagem significativa, a experiência de cada um (nomeadamente a da doença), os valores e a informação (sobretudo médica) que circulam numa sociedade.

Ao estudar a representação social da saúde e da doença num grupo profissional, o que se pretende é captar o discurso onde os indivíduos explicitam sobre diversas formas (opiniões, sentimentos, informações, experiências e comportamentos) a sua imagem de saúde e doença e o sentido que ela tem para o grupo.

Nos seus estudos sobre as representações sociais da saúde e da doença, Herzlich (1969) e Pierret (1981) mostram que as representações que os indivíduos elaboram sobre a saúde - saúde como ausência de doença, saúde equilíbrio, saúde como reserva, saúde como instrumento, saúde como produto, saúde instituição - se afastam da definição cientificamente aceite, para se afirmarem como a expressão dos diferentes universos práticos e simbólicos dos indivíduos e dos seus grupos de pertença.

Com efeito, as representações dos indivíduos e as práticas que acionam face à saúde e à doença não se traduzem em reproduções do discurso médico, mas são construções que permitem aos indivíduos orientarem-se e dominarem o meio social e material que os envolve. Retomando Herzlich (1969:178), "a saúde e a doença apresentam-se sempre como um modo de interpretação da sociedade pelo indivíduo e como um modo de relação do indivíduo com a sociedade".

1.4. As representações da doença enquanto expressões da relação com a sociedade

A doença encarna e cristaliza a agressão social.

[Herzlich, 1991: 204]

Para se compreender como é que os indivíduos percebem, definem, organizam, exprimem e integram as suas experiências em matéria de saúde e de doença, no seu universo simbólico e no seu discurso colectivo torna-se necessário abordar a forma como em cada época a doença (como é o caso das epidemias na antiguidade, da tuberculose pulmonar no século XIX e do cancro e da sida nos nossos dias) domina e estrutura a realidade social e as representações colectivas. O que nos remete para o conjunto de valores e concepções de existência dos sujeitos num dado momento, para a forma como foram vivenciadas as experiências dos doentes e como foi modelada, em função disso, a sua consciência e identidade. Como referem Herzlich e Pierret (1991), "se numerosos males existiram em toda a eternidade, cada época teve as suas doenças".

As diferentes formas de ler e interpretar a doença, o modo como os indivíduos percebem a inscrição da doença no corpo, como apropriam e recriam os conhecimentos médicos do momento, como se interrogam sobre as causas da doença, qual o sentido que lhes dão e qual o papel que atribuem à saúde, têm sempre por base os valores e esquemas de referência dominantes na sociedade num dado momento.

Através de diversos trabalhos realizados por epidemiologistas pode verificar-se que certas patologias aparecem, difundem-se, tornam-se raras e acabam mesmo por desaparecer devido a um conjunto de razões complexas dificilmente destrincháveis. Esta dinâmica reflecte-se nas representações dos indivíduos. Ao longo da história, por diversas vezes, uma doença específica

encarnou, aos olhos de todos, o mal absoluto, devido à sua frequência, ao perigo que representava e porque, de diversas formas, ela materializava as condições de vida e as concepções de existência do momento.

Na idade média, a peste fez milhões de vítimas e mostrou, melhor que qualquer outro flagelo, a fragilidade das condições de existência de cada indivíduo e cristalizou também, através da personagem dos flagelados, uma concepção do mundo dominada pela ideia da punição divina.

Esta ideia não impediu, no entanto, que durante o século XVIII surgissem outras concepções sobre a etiologia da doença, como foi o caso do contágio. Nesta nova explicação, as causas da doença eram frequentemente associadas ao ar poluído. Na própria linguagem popular, o termo contágio era sinónimo de peste.

Foi só com a elaboração do modelo pasteuriano da etiologia específica que o conjunto das concepções médicas se transformou e o higienismo adquiriu um novo conteúdo. Segundo Herzlich e Pierret (1991), o modelo microbiano, sempre presente nas afirmações dos doentes de ontem como de hoje, identifica-se sem equívocos nas representações sobre a causa preponderante do mal biológico.

Porém, o modelo microbiano pareceu não ser capaz de conjugar cabalmente toda a explicação etiológica da doença, pois não referia qual era a causa primeira da presença e qual era a acção do micróbio. Este modelo, demasiado específico, não permitiu aos indivíduos integrar as múltiplas causas da doença. Ou seja, não permitiu que os indivíduos atribuíssem sentido à doença, porque aquele não a enquadrava no conjunto das suas condições de vida. Só através da integração num modelo pluri e multicausal é que a doença pôde ser verdadeiramente explicada (Herzlich e Pierret, 1991).

O modo de vida contemporâneo encontra-se hoje no centro da causalidade da doença e é, através dele, que os indivíduos fazem a integração dos diversos factores que estão na origem daquela. É também assim que a

causalidade (multicausalidade) alcança o seu verdadeiro significado na explicação da doença.

A presença da poluição, - entendida como os dejectos da concentração urbana e das actividades produtivas específicas da sociedade industrial - o paradigma da alimentação, - entendido como sobrealimentação calórica e má alimentação, sobretudo em termos qualitativos - e o problemas dos excessos, entendido como o resultado do modo de vida contemporâneo que tem como preço a pagar, a doença. Assim, o factor específico da doença passou a ser integrado numa causalidade mais vasta que toma em conta o ambiente do indivíduo e, frequentemente, exprime o antagonismo entre o modo de vida urbano e o modo de vida rural.

A concepção de que o modo de vida contemporâneo causa a doença deixa de pertencer ao domínio médico e das elites que se abrigam no seu modelo de racionalidade, passando também a ser integrada na representação colectiva, formulada quer ao nível individual (o modo de vida é causa de doença), quer ao nível da sociedade no seu conjunto (onde o modo de vida modela as formas de doença e a sua distribuição social). Ao mesmo tempo, o modo de vida passou a integrar e a determinar da mesma forma, muitas vezes pervertendo-os, todos os factores que podem agir sobre a saúde. O modo de vida tornou-se, assim, o conceito integrador, paradigma principal da (multi)causalidade da saúde e da doença.

O modo de vida contemporâneo é, em última análise e perante a consciência colectiva, o responsável pelas doenças consideradas típicas na sociedade actual. Através da abordagem do cancro e da sida, pode compreender-se a forma como estas doenças conjugam as imagens dos flagelos de antigamente e dos males de hoje (Herzlich e Pierret, 1991).

A associação destas doenças à morte e o conseqüente medo que suscitam remetem-nas para as imagens do passado. Porém, elas adquirem uma imagem actual devido ao sentido atribuído à sua causalidade que as

torna, ao nível das concepções profanas e médicas, doenças do indivíduo, do modo de vida e da sociedade. Neste sentido, segundo Herzlich e Pierret (1991), o cancro e a sida são, por excelência, as doenças do indivíduo na sua relação com o social - doenças do indivíduo, mas do indivíduo que não pode ser concebido a não ser na sua relação com o social.

Como refere Herzlich (1991:202), "através das nossas concepções de doença nós falamos, com efeito, de outra coisa: da sociedade e da nossa relação com ela".

De facto, a doença é, relativamente à sua origem, um produto do modo de vida e, em última análise, da sociedade. A doença surge sempre do conflito que se estabelece entre um modo de vida agressivo e um indivíduo intrinsecamente saudável. Ela surge a partir dos elementos exteriores e nocivos que atacam o indivíduo, o qual resiste opondo-lhe a sua saúde. O resultado deste conflito traduz-se nos estados de saúde ou doença, conforme o vencedor.

As representações sobre a saúde e a doença revelam-nos o relacionamento que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade, o qual parece adquirir o sentido de uma defesa e, ao mesmo tempo, acusação do indivíduo contra a sociedade e a doença. Ou seja, as representações dos indivíduos estruturam-se na dupla oposição entre o indivíduo e a saúde de um lado, e a doença e a sociedade do outro.

As interpretações causais da doença têm também sempre implícitas a noção de causalidade exógena e endógena. Nas concepções exógenas, a doença é causada pela intrusão, real ou simbólica, de algum objecto no corpo do indivíduo. As concepções endógenas centram-se sobretudo na ideia da resistência do corpo à doença, na predisposição e na hereditariedade. Estas reflectem também uma interpretação do mundo, em que o corpo é o cenário onde permanentemente se travam batalhas entre as forças do Bem e do Mal (Durán, 1983).

Através destas concepções pode observar-se a convergência entre as teorias médicas e as representações colectivas. Se durante a idade média e até ao século XVI a interpretação das epidemias e do contágio já era fundamentalmente externa, a contribuição decisiva para a afirmação científica das interpretações exógenas da doença viria a emergir com as teorias pasteurianas.

Como refere Herzlich (1969: 70), as concepções dos indivíduos não podem desligar-se da "grande corrente histórica que, até ao século XIX, via na saúde e na doença o resultado da harmonia, ou da falta dela, entre o homem e o seu meio".

O sentido global da representação parece residir na recusa do indivíduo em assumir a responsabilidade no desencadear da doença. Esta é sempre atribuída ao modo de vida, independentemente da importância dos estados físicos na sua génese, já que é dele que vêm os estímulos nocivos, as causas da tensão nervosa, a ansiedade e o stress. Se, em relação à doença, o indivíduo se sente mais atacado que culpado, o mesmo já não se passa em relação à saúde, pela qual se sente responsável. De facto, o indivíduo assume as culpas de ter perdido a saúde, mas não se sente culpado por ter adquirido uma doença (Herzlich, 1969).

1.5. A socialização e a gestão da doença

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.

[Foucault, 1992:80]

Na sociedade actual, dominada pela ciência e pela técnica, as representações dos indivíduos articulam-se, também, com a incapacidade da medicina em dominar as doenças. A doença, actualmente, está longe dos flagelos colectivos que dizimavam os nossos antepassados e o facto de um indivíduo estar doente não afecta aqueles que o rodeiam; não implica que os seus vizinhos, familiares ou amigos também fiquem doentes. A doença deixou de constituir uma advertência ou ameaça para o meio. Na sua realidade orgânica, ela apenas diz respeito ao indivíduo.

A construção social do *status* do doente e a estruturação da sua identidade reporta-nos para a análise da forma como, nas diferentes épocas, se estruturou essa identidade a partir das patologias dominantes, não só em função do estado dos conhecimentos médicos e das organizações de saúde, como também dos valores e sistemas de referência dominantes de uma sociedade.

Durante a idade média e até ao século XVIII, a doença era inteiramente concebida na sua relação com o divino e com a natureza, através do pecado e da falta. Estas noções, para além de atribuírem um lugar ao doente, davam sentido à totalidade do universo.

Com a emergência do carácter biológico da doença, pelo qual o indivíduo é responsável, desenha-se uma nova relação, entre este e a sociedade. A doença socializada marca o aparecimento e o reconhecimento do doente como personagem social, face ao qual a sociedade passa a ter diversas obrigações/deveres. Além disso, a doença passa também a ser

apreendida através das suas relações com a ordem social, que deixou de ser concebida exclusivamente em termos de referências transcendentais (Herzlich e Pierret, 1991).

A individualização da doença caminhou, a par com a sua socialização. A partir do século XIX a doença ganhou sentido pela relação com o trabalho. Para assegurar o desenvolvimento industrial, era fundamental ter uma mão de obra capaz de responder às necessidades da produção. A saúde foi assimilada à capacidade de trabalho e a doença à incapacidade, ao ponto de estar doente e parar de trabalhar se terem tornado equivalentes.

Quando a doença se tornou na incapacidade de trabalhar e a saúde numa condição da produção, foi necessário encontrar os meios de conservar e restaurar a saúde quando esta se encontrava ameaçada. Foi assim que surgiram as leis sociais e as políticas de segurança social. A doença, tal como a saúde, passaram assim a ser "*prise en charge*". Como referem Herzlich e Pierret (1991), a segurança social tornou-se numa das instituições mais importantes da sociedade moderna, já que ela transformou, de forma quase irreversível, a relação entre o indivíduo e o social e esteve mesmo no centro de um novo modelo de sociedade, dominado pelo funcionamento do *Welfare State*.

Ao ser "*prise en charge*" a doença medicalizou-se automaticamente. No fim do século XIX a medicina desabrocha como disciplina científica e assiste-se à profissionalização dos médicos. Estar doente e curar-se tornaram-se sinónimos, e a doença não era concebida sem o recurso ao médico e ao tratamento que este impunha.

Neste sentido, a doença aparece também como uma ruptura que é imposta na vida quotidiana do indivíduo, que interrompe (a curto ou longo prazo, ou mesmo de uma forma definitiva) a sua actividade familiar, social ou política e que o impede de desempenhar os seus diversos papéis, pela inac-

tividade e imobilidade que lhe impõe. A partir desse momento, só se pede ao indivíduo que desempenhe um papel: o de doente.

Em consequência da inactividade obrigatória, a doença quebra os laços sociais e isola o indivíduo, pelo que tende sempre a ser percebida como exclusão social. Esta intromissão social é tanto mais sentida, quanto maior for o envolvimento e a identificação com o seu papel social.

Através do direito à doença, ao qual a actividade profissional dá acesso, definiu-se o novo *status* do doente. Neste processo a medicina está sempre presente, já que é ela que, em última instância, identifica e legitima a doença. Ela é ponto de passagem no itinerário através do qual a doença se exhibe e se inscreve na ordem social. A doença socializada é, portanto, concebida na dupla referência com o trabalho e a medicina.

Hoje, estar doente equivale a entrar numa das instituições mais importantes da sociedade - a Medicina - que de instituição de diagnóstico e tratamento, se transformou numa instituição dotada de um poder e de um saber que tem como objectivo "disciplinar" o indivíduo. Estar doente é submeter-se às regras, obedecer às prescrições, respeitar conselhos, já que é necessário ser um bom doente (no sentido parsoniano do termo: procurar ajuda competente e cooperar) para se conseguir alcançar a cura. Esta, como diz Herzlich (1991), assume mesmo o valor de uma obrigação moral. De facto, a cura não apela à vontade do indivíduo ou ao seu desejo de se curar, ela é um imperativo ao qual ele se deve submeter com inteira docilidade

O médico, depositário do saber, identifica a doença, acciona os meios de diagnóstico, legitima a inactividade, assinando a baixa, e dá início ao restabelecimento e à cura prescrevendo tratamentos. Os cuidados de saúde são a resposta obrigatória à doença e, ao indivíduo, é incutido e imposto o dever de procurar a cura e de se curar.

Embora a luta contra a doença tenha sido uma conduta sempre presente na sociedade, a importância da medicina em termos sociais é um fenómeno recente.

No passado, a procura de ajuda em caso de doença oscilava entre os curandeiros e os padres, sempre omnipresentes no campo da doença até ao século XIX. A imagem da medicina, transmitida ao longo dos tempos, não é tanto a da ineficácia face à doença, mas a de uma brutalidade impiedosa face aos métodos utilizados.

Foi a partir do fim do século XIX que o status do médico e da medicina se afirmaram definitivamente. As primeiras leis de saúde pública vêm confirmar a crença da sociedade sobre os efeitos benéficos da medicalização.

O médico tornou-se uma pessoa respeitada e notável, que dispunha de rendimentos confortáveis, com importante influência na comunidade. Paralelamente a sua imagem idealizou-se a partir das características que dominavam o profissional dessa época: a caridade e a devoção. O médico era, sobretudo, aquele que, mesmo sem libertar da doença, aliviava, acalmava, tranquilizava e animava. No imaginário colectivo, a brutalidade até aí atribuída à intervenção médica esbate-se, ao mesmo tempo que se afirma o poder intrinsecamente seguro da sua presença. A conduta do médico, nesta altura, traduz-se numa resposta ao apelo do doente que, mesmo quando não eficaz, é tranquilizador.

Das ideias elaboradas em torno da medicina ressalta, também, aquela que tece uma relação quase religiosa entre o poder e a ciência médica e que assenta no sacerdócio do médico-cientista (Herzlich e Pierret, 1991). Daí deriva, segundo estas autoras, o seu poder de normalização. Confiante dos valores que lhe são atribuídos e que ela encarna, a medicina passou a enunciar um conjunto de regras e normas que a sociedade acabou por reconhecer e aceitar. Estas ganham forma sobretudo com as correntes higienistas que, ao estabelecerem a relação entre a saúde, o ambiente natu-

ral e as condições sociais, penetram no espaço público para estabelecer as leis da sua harmonia.

Posteriormente, opera-se a penetração da medicina no espaço privado, nomeadamente ao nível da sexualidade (devido à sífilis) e da família (através da pediatria e da puericultura).

O prestígio científico adquirido através da revolução pasteuriana, o seu concomitante reconhecimento e a sua penetração em todos os domínios da vida pública e privada, fez com que, dos simples conselhos, o médico passasse a estipular normas e regras, ao mesmo tempo que quase toda a nossa existência passou a ser sempre, de uma forma ou de outra, mediada pela prática médica.

Apesar disto, ao longo dos últimos anos tem-se assistido a um questionamento crescente do poder médico e do papel da medicina, em que são pontos sensíveis a relação de poder que o médico mantém com os doentes, o seu discurso esotérico, só acessível aos iniciados, a incapacidade da medicina em dominar certas doenças, o lugar que ocupa em relação às doenças crónicas e a sofisticação técnica que alcançou.

Com o aumento sempre crescente das doenças crónicas, a medicina, embora ainda continue a demonstrar o seu poder, nomeadamente através de terapêuticas complexas que prolongam a sobrevivência de doentes, outrora condenados, encontra os seus limites face ao novo doente que, entretanto, emergiu e com o qual ela tem de negociar diferentes estratégias.

Também a concepção parsoniana do papel do doente tornou-se inadequada já que, apesar do doente crónico procurar a ajuda da medicina e cumprir escrupulosamente o tratamento, não alcança a cura. O novo modo de relação que se estabeleceu entre a doença e a medicina passa pelo reconhecimento da inadequação da ideia de cura.

Esta ideia é substituída pela noção de gestão da doença e é sobre ela que se funda a concepção do novo doente, que se define a partir da relação

que mantém com o médico, os seus saberes e as suas técnicas e, através dela, com toda a sociedade (Herzlich e Pierret, 1991).

Para estes doentes, gerir a doença é, sobretudo, aprender a conhecê-la e a adquirir, sobre ela, um saber. Este conhecimento e a independência (que ele frequentemente fornece) ambicionada pelo doente derivam do duplo papel do indivíduo portador de doenças crónicas: um papel social - familiar, profissional - e um papel de doente.

A gestão pessoal da doença implicou, portanto, um novo modo de relação com o médico e a medicina, únicos detentores legítimos do direito de diagnosticar e tratar a doença. É neste contexto que surgem os doentes que assumem o controlo e tratamento da sua doença (p. ex. diabéticos insulino-dependentes) e aqueles que se associam em grupo (de *self-care*, de *self-help*) para uma interajuda colectiva no controlo de uma doença comum. Em ambos os casos há a assumpção da necessidade, não só de construir um discurso específico sobre o corpo do indivíduo, mas também de exigir o reconhecimento de uma outra visão da doença, diferente do discurso médico corrente. Como consequência desta tendência é abolido o papel passivo do doente e a distância que separa habitualmente o profissional do profano, ou seja, é abolida a dicotomia entre os que sabem e que impõem o seu poder e os que não podem fazer mais nada senão submeter-se.

O objectivo sempre presente nestes novos doentes é, não só a gestão individual ou colectiva da doença, mas própria participação na gestão do sistema de saúde.

Se é verdade que no contexto actual, dominado pelas doenças crónicas e pelos novos doentes, se operaram mudanças significativas na repartição dos papéis sociais e na microfísica do poder, o facto é que o novo doente acaba sempre, num momento ou noutro, por ter que voltar a recorrer ao modelo tradicional da medicina.

Sob diversas formas, todos os conflitos e movimentos que surgem hoje em torno do papel do médico e da medicina têm como objectivo tornar reconhecida a existência de representações e discursos de uma outra cultura que não a médica, sobre os fenómenos do corpo. É o caso da bio-ética, que engloba um conjunto de profissionais das mais diversas formações, que aborda os dilemas que a doença e a medicina geraram na sociedade actual, dilemas esses (definição da vida e da morte, manipulação genética, experimentação terapêutica) que não são mais do que a expressão da ambiguidade das nossas relações face à evolução científica e social.

1.6. O dever de ter e de manter a saúde

A luta pela saúde, no confronto com a angústia da morte... utiliza o fantasma da prevenção para combater prazeres reprováveis, abrindo terreno para que a medicina reforce o seu papel de normalização do comportamento humano.

[Barbosa, 1987:181]

A medicina construiu-se, desenvolveu-se e adquiriu a sua legitimidade a partir da doença, mas hoje é a partir da saúde que ela se impõe à sociedade.

Esta deslocação da doença para a saúde dá-se quando se desmorona o cenário idílico do esquema doença-cura (hoje circunscrito apenas a algumas doenças infecciosas) para se encarar o aspecto mais vasto da doença-estabilização. A própria diminuição do peso das doenças infecciosas, com o aumento relativo e progressivo das doenças imunológicas e degenerativas

(crónicas), ao alterar os quadros de morbilidade e mortalidade, contribuiu decisivamente para esta deslocação de objecto (Pierret, 1991).

Também o aumento dos orçamentos da saúde, absorvendo proporções cada vez maiores do rendimento nacional, devido à progressão da tecnologia médica e dos encargos sociais da saúde assumidos pelo Estado, e a impossibilidade dos sistemas sociais tomarem a seu cargo a totalidade das expectativas de saúde dos indivíduos, tiveram um papel importante na emergência da saúde no domínio da prática médica.

A saúde passa a ser um património colectivo que é necessário proteger e transforma-se também num dever de cada indivíduo, quer em relação a si próprio, quer em relação à sociedade.

O direito à saúde, conquistado com as políticas de segurança social, mudou de sentido.

A partir de finais dos anos 70 tornou-se prioritária a protecção do património colectivo que representa a saúde. Nesse sentido surgiram e desenvolveram-se políticas de saúde que privilegiavam as medidas de prevenção da doença e de promoção da saúde, ao mesmo tempo que se convidavam e incitavam os cidadãos a preservar o seu capital saúde.

Os dias de hoje parecem marcados pela intervenção da medicina no sentido de alterar comportamentos e hábitos de vida e, sobretudo, pela responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde.

O comportamento individual assume um carácter nuclear (chamado racional) de modo a fazer face aos factores patogénicos do modo de vida. O dever do indivíduo é excluir e eliminar todas as condutas susceptíveis de desencadear a doença já que, na ausência de descobertas científicas importantes na etiologia das doenças, é na mudança das atitudes e comportamentos dos indivíduos, que residem as possibilidades de melhorar a saúde. Estas concepções conduzem a uma abordagem reducionista, que acaba por legitimar a diminuição das responsabilidades das organizações de saúde e

as políticas cada vez mais restritivas dos Estados e têm um efeito penalizador nas categorias sociais mais desfavorecidas. Além disso, esta ideologia esquece que nem todos têm os mesmos recursos e as mesmas oportunidades para reorientarem os seus comportamentos e, mais profundamente, ignora as determinantes sociais da doença, ou seja, que a doença também traduz uma relação conflitual entre o indivíduo e a sociedade (Barbosa, 1987).

Se se assimilar a saúde à própria vida, verifica-se que o seu sentido passa a ser ditado pela ciência médica. A saúde, transformada em normas, obriga os indivíduos a cuidarem da sua vida como se fosse a própria vida que é imperativo curar. O problema deixou de ser corrigir um disfuncionamento ou tratar uma doença para se passarem a propor novos hábitos de vida e novos comportamentos para garantir a saúde - aquilo que Herzlich e Pierret (1991: 288) denominam "ortopedia comportamental".

Esta nova norma tem como corolário uma culpabilização da própria vítima. Ao atribuir a responsabilidade das causas e das consequências ao indivíduo está-se a defender a liberdade e a independência dos indivíduos face aos contrangimentos sociais. O que tem implícita uma idealização do social, apreendido como totalidade omnipresente que se impõe a tudo, de modo uniforme, sem tomar em conta a diversidade das situações.

Dá-se também uma transferência do conceito risco-doença *a posteriori* para um conceito de risco de doença *a priori*. Esta mudança leva a que os próprios agentes referidos como factores de risco recebam a qualificação de agentes etiológicos (epíteto nem sempre demonstrado), o que permite a identificação dos riscos, das causas e da própria doença (Pierret, 1991).

De um ponto de vista estritamente científico, reconhece-se que um factor de risco aumenta, em proporções variáveis e apenas sob o ponto de vista estatístico, a probabilidade de se adquirirem certas doenças. Quando se pretende inculcar a ideia que é o factor de risco que causa a doença, não

se está senão a construir uma versão redutora da própria ciência. Os exemplos são múltiplos. É isso que ocorre quando se considera o consumo de álcool, factor de risco na cirrose hepática, causa da doença ou mesmo doença. O mesmo se pode dizer das relações sexuais no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis que, de factor de risco, se transformam em causa da sida. O exemplo mais paradigmático destas situações é o que ocorre com o consumo do tabaco, considerado comumente como factor de risco do cancro do pulmão e, pela mesma ordem de ideias, causa da doença. No entanto, e de um modo estatisticamente mais evidente, é às doenças cardio-vasculares que ele se encontra associado como factor de risco (Braunwald, 1988).

Se para as variáveis biológicas ou químicas, se conseguiram delimitar alterações fisiopatológicas de incidência directa (consumo de analgésicos e insuficiência renal; hipertensão arterial e doenças cardiovasculares) para as variáveis socio-culturais não existe uma compreensão plena das suas repercussões sobre o corpo. As vias pelas quais os estilos de vida influenciam a saúde são múltiplas e variadas e, quando elas são integradas nos estudos epidemiológicos, as suas relações com os factores de risco não aparecem explicitadas, devido à inexistência de modelos explicativos, excepção feita às práticas que decorrem na esfera profissional. Isto resulta do facto de esta especialidade continuar ainda muito presa à tradição do modelo biomédico curativo.

A entrada da saúde no domínio das práticas médicas fez surgir uma especialidade suplementar da medicina que centra toda a sua actividade na prevenção da doença ou, mais apropriadamente, nos factores de risco da doença.

Ao limitar a prevenção ao nível da doença, reforça-se o poder normativo da medicina e evita colocar-se o problema da responsabilidade colectiva

em questões de saúde ou seja, tudo o que na sociedade for definido como indesejável pode tornar-se objecto de prevenção.

Além disso, a difusão do saber médico, feita através das sessões de prevenção, mais do que estabelecer uma nova relação entre o poder e o saber médicos parece traduzir-se antes numa ampliação do consumo médico, da medicalização e da dependência e, conseqüentemente, num reforço do poder do médico (Barbosa, 1987).

As estratégias de prevenção podem também transformar-se em campanhas de moralização (como aconteceu com os higienistas do século passado e actualmente em relação ao sida) e de culpabilização, em que o facto de se pertencer a um grupo de risco poderá justificar toda uma série de controlos e de intervenções (como o ser homossexual p. ex.), ocultando desta forma o aspecto funcional dos comportamentos face aos papéis sociais que o corpo desempenha.

Na prevenção, ao sistema de saúde cabe a função de vigiar o cumprimento de um código rígido e autoritário, que veicula toda uma série de preceitos e que, sem responsabilizar directamente os indivíduos, lhes cria uma situação de dependência absoluta em relação aos técnicos de saúde, inculcando-lhes o cumprimento cego das regras, ao mesmo tempo que os culpabiliza por terem aplicado mal os conselhos (Barbosa, 1987).

A saúde tornou-se num super-valor e numa finalidade que todos têm obrigação de tentar atingir. Como refere Herzlich (1986:353), "aspectos cada vez mais amplos da existência individual e da vida colectiva são hoje expressos, avaliados e regulados em termos de saúde. A saúde está em tudo e tudo se encontra na saúde: falar de saúde representa hoje, para nós, uma das melhores maneiras de nomear e de reclamar a felicidade". Crawford ([1980], *in* Herzlich 1986:353), fala mesmo da "saudificação da nossa sociedade ao nível dos valores".

Cada um tem a obrigação de seguir as recomendações normativas da medicina, que se traduzem em tudo fazer para não se deixar adoecer - para se manter saudável. Do combate à doença passou-se para a defesa da saúde. Para tal "basta" alimentar-se de forma dietética, respeitar os conselhos dos nutricionistas, suprimir consumos inúteis e perigosos como o tabaco e o álcool, levar uma vida sã e higiénica, eliminando os excessos, fazendo exercício e respeitando um ritmo de vida equilibrada. Passar-se-á assim, do direito de estar doente e de ser tratado de maneira adequada, ao dever de ter saúde; de ser e manter-se saudável (Renaud [1981] *in* Herzlich e Pierret, 1991).

Graças à prevenção, a medicina estendeu progressivamente o seu poder a outros campos, que não o da decisão sobre o normal e o patológico. Ela tende, cada vez mais, a prescrever o conjunto de normas para se ter uma vida higiénica e a ditar a adopção de comportamentos saudáveis (assépticos) e racionais com o objectivo de se conservar a saúde. Isto porque só uma vida vivida sem vícios, sem excessos, sem depravação... "sem nada", é uma vida que promove a saúde.

Ao mesmo tempo, a saúde entra na esfera da economia e, não é por acaso, que se fala de consumo medico-sanitário e que as despesas familiares em matéria de saúde crescem na mesma proporção que as despesas em bens de consumo como as televisões, os frigoríficos e as máquinas de lavar.

Já não se trata apenas de manter ou restabelecer (ao nível da saúde) o indivíduo em estado de produzir, é também decisivo mantê-lo em estado de consumir e incitá-lo a consumir cuidados de saúde.

A publicidade proporciona todos os dias tipos ideais de boa saúde: o condutor de carros de desporto, jovem e cheio de força, a jovem executiva em estado de bom humor obrigatório, o homem público que assiste a inúmeros banquetes e sabe sempre superar os efeitos do álcool, etc.. Todas estas imagens são outras tantas incitações ao consumo de cuidados de

saúde. Tudo se resume à afirmação: pergunte ao seu médico que ele saberá e estará sempre disponível para resolver o seu problema.

O desenvolvimento e a acessibilidade facilitada à medicina privada, com a possibilidade de consultas sem marcação prévia, aos centros de diagnóstico rápido, às clínicas "SOS", aos sistemas convencionados de saúde, levaram a uma rápida comercialização da medicina que se associa sempre ao apelo publicitário constante ao consumo de cuidados preventivos e à vigilância de sinais precoces de doença. Esta nova forma de gestão da medicina, desenhada à semelhança do modelo de restaurantes de *fast-food*, é o que Ritzer (1993), designa por "McDonaldização dos cuidados de saúde".

O aumento, em número e em especialização, deste tipo de centros de atendimento tipo "walk-in/walk-out" permite aos utentes, com problemas de saúde "menores", vê-los resolvidos com eficácia e com um consumo mínimo de tempo. Se bem que um doente não possa ser tratado, independentemente da causa da sua doença, tão eficientemente como um cliente que pretende ver servido um hambúrguer, muitos dos mesmos princípios podem ser aplicados em ambas as operações. É mais eficiente para o doente ser observado e medicado, sem ter de aguardar por uma marcação prévia no seu médico privado ou, no caso de uma emergência "menor", é mais simples e rápido recorrer a um dos "McDoctors", do que ter de atravessar os labirintos do Banco de um Hospital. Do ponto de vista organizacional, os "McDoctors" ou "Docs-in-the-Box" funcionam de modo mais eficaz, não só do que os Bancos dos Hospitais, mas também do que os próprios médicos privados pois, ao não se encontrarem estruturados para permitir um tipo de cuidados personalizados que os doentes particulares esperam dos seus médicos privados, produzem uma resposta eficiente e providenciam a solução pretendida pelo doente no menor espaço de tempo (Ritzer, 1993).

A "McDonaldização" da medicina é apenas um dos aspectos que atravessa o incremento do consumo dos cuidados de saúde, neste caso referentes aos cuidados curativos. Porém, é nos cuidados preventivos que, hoje, se regista o sinal major do consumo de saúde.

A ideologia da prevenção baseia-se na moral e nos valores das chamadas classes médias, donde provém as normas que abafam outras formas de saber e originam, à medida que se desenvolve a dependência e a culpabilização, a destruição da criatividade de pessoas e grupos.

Hoje parece impossível desmentir o facto de a saúde ser um bem comercializável. Produz-se, vende-se e consome-se. Porém, há questões que se colocam, tais como: se a saúde é um bem económico, como se calcula o seu preço? Qual é o seu preço de mercado? Quais são os mecanismos que afectam o seu preço? Ela tem o mesmo preço para todos, ou a saúde do padeiro é mais barata do que a do engenheiro? Podem comprar-se x quantidades ou n peças de saúde? Que tipos de saúde existem, apenas um modelo ou vários? Como é que os consumidores se decidem por um modelo ou pelo outro, no caso de existirem vários? Como estas, existem muitas outras questões que se poderiam levantar. Aqui apenas se pretende mostrar como, na prática, se torna difícil equacionar a saúde ao mesmo nível de qualquer outro bem (pão, batatas, camisolas, frigoríficos, livros) transaccionado no mercado.

Esta dificuldade advém de a saúde ser um bem frágil, isto é, um bem cujas componentes são difíceis (senão mesmo impossíveis) de quantificar. São exemplos destes bens a vida humana, uma igreja antiga, a beleza de um rio ou de uma montanha ou a preservação de uma espécie (Ashby, 1981).

A função do economista é quantificar o inquantificável; esforçar-se por substituir adjectivos como "saudável", "raro", "bonito", "tranquilo" por medidas facilmente quantificáveis, geradoras dos qualificativos "barato", "caro",

"supérfluo" e "eficiente". A maneira como o faz é perguntar quanto é que os indivíduos estão dispostos a pagar para estarem tranquilos, para se manterem saudáveis ou para conservarem esta coisa rara e bonita. Afinal, para se quantificar um valor frágil, tem que se simplificá-lo, despojando-o das qualidades que são a essência do valor que se pretende medir. Aquilo que se acaba por quantificar já não detém o valor de partida, mas sim um resíduo esvaziado de grande parte do seu significado (Ashby, 1981).

O mundo dos economistas é um local no qual as avaliações subjectivas, desde o preço a pagar pela cerveja até ao preço a pagar pela saúde, se medem pela bitola das preferências dos consumidores. Levar a este mundo algum altruísmo, sentimento ou subjectividade, é confrontar estas qualidades com o critério implícito da análise custo-benefício, quer dizer da eficiência económica, na realidade o mesmo que decidir sobre o preço de um sentimento (Schumacher, 1985).

Portanto, para os economistas, os valores frágeis só têm peso quando se convertem em valores monetários. Mas o que acontece é que, os valores frágeis não quantificados, destroem frequentemente os estudos sofisticados de custo-benefício de dados quantificáveis.

Para Ashby (1981) isto acontece, não porque a análise de custo-benefício seja uma técnica não fiável, mas porque ela assenta na premissa de que aquilo que é aceitável para a sociedade no seu conjunto, é igualmente eficaz para os indivíduos tomados isoladamente.

São estas as principais linhas temáticas que enquadram, sob o ponto de vista teórico, a saúde e a doença. Passarei, de seguida, a analisar o percurso, passado e presente, do grupo alvo deste estudo: os professores.

2. PROFESSORES: DO ELITISMO À DESVALORIZAÇÃO

Actualmente, todos os debates em torno da educação têm como pólo de referência o professor, exigindo-lhe determinadas actuações ou projectando sobre a sua figura um conjunto de aspirações tidas como condição para a melhoria da qualidade da educação. Esta situação reflecte a realidade de um sistema escolar centrado na figura do professor como condutor dos processos institucionalizados da educação.

A análise da situação actual do professor tem de se situar num processo histórico em que as mudanças sociais transformaram profundamente o seu trabalho e a sua imagem social. Pretende-se, assim, demonstrar a complexidade da função docente na sociedade actual e analisar o impacto das mudanças do sistema educativo no quadro de vida dos professores do ensino secundário e superior.

2.1 A emergência da profissão

É o enquadramento estatal que erige os professores em corpo profissional, e não uma concepção corporativa do ofício.

[Nóvoa, 1991:14]

A origem histórica dos professores situa-se no interior das congregações religiosas, de um modo subsidiário e não especializado. A estruturação do saber e das técnicas como um corpo associado a um conjunto de

normas e valores específicos da própria profissão ocorreu ao longo dos séculos XVII e XVIII no seio dos Jesuítas e Oratorianos.

Esses primeiros professores, religiosos ou leigos das mais diversas origens, encaravam a própria actividade como uma ocupação secundária e aderiram desde logo a uma ética e a um sistema normativo essencialmente religioso que não se modificou, mesmo quando essa missão educativa foi substituída pela prática de um ofício e a vocação se transmutou em profissão. Por isso, os professores nunca procederam à codificação formal das regras deontológicas (Nóvoa, 1991).

O corpo de saberes e de técnicas organizou-se sobretudo em torno da aplicação dos princípios e das estratégias do ensino, produzido no exterior do próprio mundo dos professores pelos teóricos da pedagogia.

Com o aperfeiçoamento dos instrumentos e das técnicas pedagógicas surgiram novos métodos de ensino e um desenvolvimento cada vez maior dos próprios *curriculae* escolares. Foi esse desenvolvimento que obrigou à profissionalização dos docentes, cada vez mais incapazes de assegurarem as suas funções de um modo secundário ou subsidiário.

Assiste-se, a partir do século XVIII, à estatização do ensino como forma de modificar a situação até então existente, isto é, um sistema de ensino baseado em professores religiosos ou sob o controle da Igreja.

O modelo religioso (tradicional e reconhecido) tinha criado um professor com um perfil que era necessário reequacionar. Discutia-se então se o professor ideal deveria passar a ser laico, se deveria agir a título individual ou, pelo contrário, se deveria integrar um corpo docente estruturado e ainda se deveria ser nomeado ou escolhido. Nesta altura surgiu também a necessidade de definir de que autoridade deveriam os professores depender.

O que os Estados pretendiam era instituir um controle mais eficaz e rigoroso dos processos educativos com consequentes repercussões no

modo como se poderiam reproduzir as concepções do mundo por parte dos seus cidadãos.

O modelo inicialmente implementado acabou por copiar o utilizado pela própria Igreja, apenas introduzindo como novo facto um corpo de professores recrutados pelo próprio Estado. Motivações, normas e valores originais acabaram por não serem transformados e, assim, o novo professor mantinha um modelo muito próximo ao do padre.

Estes novos professores, cuja ética e sistema normativo que os regia eram essencialmente influenciados por crenças e atitudes morais, a exemplo do que acontecia com os que ensinavam sob o domínio da Igreja, não procederam à codificação das regras deontológicas que lhes acabaram por ser impostas do exterior, primeiro pela Igreja e depois pelo Estado, afinal instituições que mediavam as relações internas e externas da profissão docente (Nóvoa, 1991).

Para os reformadores do século XVIII foi fundamental definir regras uniformes de recrutamento e nomeação de docentes, retirando-os das comunidades locais e organizando-os como um corpo de estado, isto é, como um corpo de profissionais isolados e submetidos à disciplina do próprio Estado. Este estatuto acabou por agradar aos próprios professores, já que essa era a melhor forma de eles próprios ganharem autonomia em relação às comunidades locais, aos seus párocos e notáveis e em relação às suas populações.

Segundo Nóvoa (1991), a funcionarização do professor deve ser encarada como uma vontade igualmente partilhada pelo Estado e professores, se bem que estes sempre objectivassem como modelo ideal um lugar equidistante entre o funcionalismo e a profissão liberal, de tal modo que ao longo de toda a sua história sempre procuraram conjugar os privilégios de ambos os estatutos. É esta intervenção do estado com a consequente estatização

do ensino e funcionarização dos docentes que acaba por erigir os professores como grupo profissional.

A partir do fim do século XVIII deixa de ser permitido ensinar sem autorização/licença do Estado (concedida mediante condições que vão desde as habilitações ao bom comportamento moral).

A criação desta licença é decisiva no processo de profissionalização e na definição de um perfil de competências (não apenas técnicas), tal como no delinear dos contornos de uma carreira.

Ser professor passa por adquirir um "título" com o aval do Estado, título esse que dá reconhecimento social e, ao mesmo tempo, demonstra o apoio daquele ao desenvolvimento da sua profissão.

Os professores tornam-se personagens chave nos percursos de ascensão social dos indivíduos, personificando as esperanças de mobilidade de diversas camadas da população. Devido aos projectos e finalidades sociais de que são portadores, os professores de agentes culturais transformam-se em agentes políticos. A essa acção impregnada de intencionalidade política não é alheia a tarefa histórica da escolarização de que os professores são protagonistas privilegiados. Ao realizá-la, os professores também criam as condições para valorizarem, quer as suas funções, quer o seu *status* social (Nóvoa, 1991).

As tarefas docentes, para além de serem encaradas como um trabalho com grande relevância social, passam ao mesmo tempo a ter características cada vez mais especializadas. Estes são os dois grandes argumentos que fundamentam a defesa das reivindicações socioprofissionais dos professores, cujo objectivo principal é uma formação específica cada vez mais longa e especializada, etapa decisiva no processo de profissionalização.

No século XIX, através da conjugação de esforços dos professores e do estado, são criadas instituições de formação dos professores que geram

um duplo efeito: por um lado, consolidam a imagem e o estatuto dos professores e, por outro, originam um controle estatal mais estreito dos docentes.

A criação de escolas com maiores exigências curriculares, tal como a melhoria do nível académico, possibilitaram estruturar instituições onde se reproduz o corpo de saberes e o sistema de normas da profissão, homogeneizando os professores como grupo, e contribuíram para a socialização dos docentes e para a formação de uma cultura profissional.

Apesar disso, os professores têm dificuldade em escapar à relação ambígua que o seu funcionalismo lhes cria. Possuidores de uma certa erudição, não podem reivindicar o estatuto de intelectuais, não tendo o prestígio dos notáveis locais, detêm poder de influência nas comunidades e, não podendo ser ostentatórios, devem evitar um estatuto miserabilista. Esta ambiguidade só é comparável com o limite estreito em que decorre a sua acção, sempre balizada pela relativa autonomia que gozam e a independência de trabalho que nunca conseguem alcançar (Nóvoa, 1991).

O carácter peculiar do tipo de funcionalismo dos professores, com as suas ambiguidades e dilemas, promove um relativo isolamento social que, associado à implantação do ensino normal, acaba por criar, em meados do século XIX, o aparecimento de um reforço de solidariedade interna de corpo e a criação de um movimento associativo docente que consubstancia uma tomada de consciência dos seus interesses como grupo profissional (Nóvoa, 1991).

Os três eixos fundamentais das reivindicações deste grupo profissional diziam respeito ao controlo da profissão, à definição de uma carreira e à melhoria do seu estatuto.

Com o século XX aparece a crença generalizada nas potencialidades da escola e da instrução que passam a encarnar o progresso. Como corolário, os professores são investidos de um poder simbólico acrescido.

2.2. A crise da função docente tradicional

A escola não está morta, mas morreu uma certa ideia de escola.

[S. Mollo, 1979: 54]

Ao mesmo tempo que os professores são investidos deste poder simbólico, a função docente tradicional conhece uma crise que se tem mantido até aos nossos dias e cujos contornos só podem ser compreendidos através da análise de múltiplos factores causais.

O primeiro ataque à função tradicional docente remonta aos fins do século passado, início do século XX, e tem como protagonista o movimento Escola Nova. Este movimento insurge-se contra o ensino didático, livresco, memorístico e uniforme, propondo métodos activos de educação próximos da vida dos alunos e das suas necessidades.

Encarnam este movimento figuras como Montessori, Binet, Decroly, e Ferrière, entre outros. Sem colocarem em causa a escola, que eles pretendem renovar, a sua reacção dirige-se sobretudo contra a função dos professores, preocupados apenas com a transmissão do saber. O mote da Escola Nova consubstancia-se no aprender-agindo (Debesse, 1979).

Nos estabelecimentos escolares que aderiram a este movimento, a função do professor mudou radicalmente de sentido. Porém, esta revolução pedagógica não atingiu a grande massa dos professores, já que as escolas secundárias e as universidades, em geral, continuaram surdas às inovações e fiéis aos hábitos do ensino clássico (Debesse, 1979).

Outro factor desencadeante da crise da função docente tradicional teve a sua origem na própria evolução morfológica do corpo docente. A "explosão escolar", a que se assistiu no início dos anos 50 na maior parte dos países europeus, gerou a necessidade de um recrutamento massivo de professores,

a maior parte dos quais não tinham recebido uma formação pedagógica prévia.

Em Portugal este fenómeno viria a desencadear-se, com um atraso marcante (no fim da década de 60), devido a uma conjuntura duradoura de expansão do sistema educativo, onde a uma generalizada procura social da educação se associou uma política de alargamento da escolaridade obrigatória. Esta situação tornou possível e frequente o acesso ao exercício da docência por parte de jovens sem habilitação própria ou qualquer tipo de formação pedagógica, nomeadamente estudantes ou outros indivíduos, possuindo ou não frequência universitária. Esta inserção precoce na profissão gerou uma sub-qualificação relativa dos seus agentes.

Na ausência de instituições de ensino vocacionadas para a formação de professores, o acesso à profissão tornou-se uma perspectiva socialmente valorizada para muitos jovens e, um emprego na educação, para além de ser uma hipótese quase certa, conferia *status*. Estes factos tiveram uma repercussão negativa já que puseram em causa as representações tradicionais do professor e alteraram o perfil profissional dessas mesmas representações, que assentava em três aspectos essenciais: numa competência científica comprovada e sancionada por um diploma; numa imagem de autoridade associada à competência pedagógica; e num espírito de missão/vocação que fazia com que o professor vivesse mais para o ensino do que do ensino (Relatório da Comissão criada pelo Despacho 114/ME/88 do Ministro da Educação, 1988).

As Ciências da Educação, que progressivamente se foram edificando, transformaram a docência num conceito altamente problemático, graças às suas análises teóricas e metodológicas e, implicitamente, questionaram as atitudes tradicionais da função docente. É de destacar a importância da Sociologia do *Curriculum* que relativizava e contextualizava os conhecimentos em função das situações sociais e pessoais concretas, centrando a ac-

tividade da docência no aluno e na sua interação com o meio (Garcia, 1986).

Também a irrupção e a acessibilidade dos novos *mass-media*, tiveram um papel fundamental na mudança da função tradicional do professor, até aí considerado o detentor exclusivo do saber.

O professor perdeu o privilégio de ser a única fonte de informação em consequência do desenvolvimento dos meios de comunicação. Assim, entra em crise o status do único detentor e único transmissor de informação, e o seu discurso tende a integrar-se com o dos outros naquilo a que Debesse (1979) denominou "educação paralela". Hoje, como risco decorrente desta situação, ao professor não resta senão o ministrar de uma educação meramente residual. Mais, não só o professor perdeu o privilégio do saber, como este saber se desvalorizou na luta da concorrência directa com todos os meios de informação e de difusão cultural e científica. A partir de aqui estavam criadas as condições para se poder questionar o próprio saber dos professores.

Segundo Mollo (1979), até aos anos 60 ainda parecia ser possível repensar a escola a partir do seu interior, já que o fecho da instituição escolar sobre si própria tinha permitido aos professores manter as questões escolares afastadas do campo político, pois as dificuldades e as incertezas dos docentes relacionavam-se, sobretudo, com os meios e técnicas pedagógicas.

Com a chegada dos anos 60, a função docente tradicional torna-se um lugar político privilegiado que recebe críticas de todas as partes. Pais e alunos, por razões frequentemente opostas, acusam a escola como responsável pelos falhanços educativos e sociais e agridem a instituição através daqueles que aos seus olhos mais directamente a representam: os professores.

Pressionados pelas críticas constantes de pais e alunos, os professores questionam e desmistificam os objectivos da escola e centram a sua atenção não só sobre o campo das técnicas pedagógicas, mas também sobre o plano político e sobre as estruturas internas da instituição (Mollo, 1979).

A revolta estudantil de Maio de 68 contribuiu, igualmente, para a crise da função docente tradicional. Este acontecimento paradigmático, ao nível da instituição escolar, não só pôs em causa a função docente, como também o próprio sistema de ensino, o que se traduziu num dos maiores abalos que a instituição escolar sofreu neste século.

Outro factor desencadeante da crise da função docente tradicional, relaciona-se com as críticas de teor marxista às funções da escola e do papel do professor na sociedade ocidental. Para estas teorias (Bourdieu e Passeron, 1970; Baudelot e Establet, 1971) os professores são os agentes privilegiados da reprodução da sociedade de classes e, simultaneamente, os garantes da manutenção da mesma.

Definindo tradicionalmente o sistema educativo como "um conjunto de mecanismos tradicionais através dos quais se encontra assegurada a transmissão entre gerações da cultura herdada do passado (informação acumulada), os teóricos clássicos tendem a dissociar a reprodução cultural da sua função de reprodução social, ou seja, a ignorar o próprio efeito das relações simbólicas na reprodução das relações de força". (Bourdieu e Passeron, 1970: 25).

Estes autores apresentaram, portanto, uma visão antagónica à imagem idealista do professor como guardião do conhecimento, sempre na busca da verdade, e guia de jovens mentes curiosas (Carlson, 1987).

As críticas mais virulentas endereçadas à escola capitalista, cúmplice da desigualdade de oportunidades, serão ultrapassadas pelas teorias anti-escola que têm em Illich (1970) o seu representante mais célebre. Este autor

propõe uma sociedade sem escolas, em que os professores desaparecerão em benefício de um novo estado social, onde a "convivialidade" teria um lugar central. As teorias anti-escola negam a própria função docente, numa crítica radical, argumentando que a maioria das pessoas adquire os seus conhecimentos fora da escola e que esta não passa de um espaço que limita e deteriora as aptidões humanas, num processo conjugado de subordinação, alienação e aborrecimento (Illich, 1970). Da ideia de cultura passa-se à de contra-cultura, e dos cursos de professores aos contra-cursos preparados pelos alunos.

Outro factor que pôs em causa a função docente prende-se com a incerteza gerada sobre os próprios objectivos da escola. Esta incerteza permite diversas manipulações e, como refere Mollo (1979: 54), "ao ritmo de uma reforma por ano, compreende-se a dificuldade que há em ser e manter-se professor".

Ao longo da sua história, o papel do professor foi-se transmutando, quer devido à emergência de novas funções, quer devido à integração de novos papéis que requereram novas competências, quer ainda devido ao processo de diferenciação e especialização que ocorreu dentro das escolas.

A própria profissionalização, assumida de um modo mais consistente num modelo configurado nos anos 20 sofreu, a partir daí, várias tentativas de desprofissionalização que tiveram, como corolário, a imagem do "professor polivalente" que se encontra consagrada, em Portugal, na Reforma Roberto Carneiro (Nóvoa, 1987).

2.3. A situação actual do professor

A crise da profissão docente arrasta-se há longos anos e não se vislumbram perspectivas de superação a curto prazo.

[Nóvoa, 1991:20]

Na sociedade actual, a função docente é muito complexa e contraditória. Os professores têm de fazer face a situações imprevisíveis, para as quais não foram preparados, e, ao mesmo tempo, enfrentar os críticos que os encaram como os responsáveis mais directos por todos os disfuncionamentos do sistema educativo. De facto, as novas responsabilidades confiadas aos docentes aumentaram significativamente as expectativas, muitas vezes contraditórias, sobre o seu trabalho.

Do professor espera-se que seja, simultaneamente, um agente da instituição que opera uma selecção social a qual contribuirá para uma reprodução do sistema de diferenciação das oportunidades sociais e do sistema das desigualdades sociais e que, enquanto cidadão, seja um agente da transformação social.

Da mesma forma se lhe exige que exerça autoridade sobre os alunos e, ao mesmo tempo, tenha com eles uma atitude amigável de ajuda. Isto faz com que, "os docentes querem crer-se livres, sabendo que são manipuladores manipulados" (Berger, 1974: 138).

Um outro factor associado à complexidade actual da função docente prende-se com a grande disparidade que começou a existir entre o recrutamento social dos alunos (dos mais diversos meios culturais) e o recrutamento dos docentes, com características culturais mais uniformes, próximo dos grupos sociais mais favorecidos.

Em Portugal, esta divergência tem sido atenuada ao longo das últimas décadas, já que a profissão docente tem constituído um importante factor de

mobilidade social ascendente. De facto, a origem social maioritária dos professores é mais baixa do que o nível médio em que se enquadra a sua actual actividade social. (Relatório da Comissão criada pelo Despacho 114/ME/88 do Ministro da Educação, 1988). Assiste-se, assim, a uma massificação da população escolar acompanhada por uma desqualificação progressiva na extracção social do recrutamento dos professores. No entanto, esta atenuação que ocorre sob o ponto de vista social, além de ser apenas tendencial, também não significa necessariamente uma aproximação sócio-cultural aos alunos do ensino actual.

A proximidade social e cultural entre professores e alunos, que tanto facilitava o trabalho docente, deixou de existir. A expansão escolar eliminou a vantagem da uniformidade que pressupunha o acesso ao ensino de uma elite social, tanto mais restrita quanto mais se avançava na hierarquia do sistema escolar.

Tal como a própria instituição escolar, que ao manter os objectivos do ensino para uma elite, demonstra dificuldades em responder à diversidade cultural com que passou a ser confrontada com a massificação do ensino, também os professores têm grandes dificuldades em lidar com uma massa de alunos oriundos dos mais diversos grupos sociais e de diferentes culturas e sub-culturas que fervilham na sociedade actual, que sofreram processos de socialização muito díspares e divergentes (Esteve e Frachia, 1988).

O incremento da complexidade da função docente torna-se ainda maior quando se pede aos professores que assegurem um número crescente de responsabilidades, que progressivamente lhes vão sendo atribuídas, e que tem como corolário a assunção do papel de "professor polivalente", ao qual se exige que seja, simultaneamente, professor, pai, psicólogo e vigilante, senão mesmo polícia.

A natureza do papel do professor, na sociedade actual, aparece frequentemente estereotipada nos *mass-media* em dois pólos extremos e

opostos. De um lado a visão idílica, em que o professor é o amigo e conselheiro do aluno, manifestando uma devoção e uma disponibilidade ilimitadas. Do outro, a visão conflitual em que o professor é apresentado no centro do conflito. Estas duas imagens balizam a percepção que os próprios docentes têm de si próprios. A sua formação inicial inculca-lhes a imagem idílica sobre o que o professor deve ser e fazer, sem nunca os preparar para fazerem face às condições reais da prática. Daí, os próprios professores desenvolverem, em relação ao seu papel, sentimentos, também eles contraditórios (Esteve e Frachia, 1988).

Para além da complexidade da sua função e dos aspectos por vezes contraditórios que ela envolve, os professores defrontam-se, actualmente, com outros factores, não menos importantes, e que se prendem com a perda de posse do saber exclusivo e com a desvalorização do seu saber (Debesse, 1979).

De facto, as relações dos professores com o saber são hoje bastante diferentes do que eram no período áureo da expansão da escola. O saber, para além de já não ser um exclusivo seu, é também ele próprio posto em questão.

No interior de cada classe, as fracções de classe têm diferentes formas de distribuição do seu capital global, entre as diferentes espécies de capital. No caso dos professores, o capital cultural é a espécie dominante, na distribuição das diferentes espécies de capital. Por isso, o capital cultural é fundamental para a manutenção da sua posição social porque é ele que permite aos professores operarem a sua reprodução social (Bourdieu, 1979).

A desvalorização do saber dos professores está também ligada ao facto de os títulos escolares sofrerem uma desvalorização, sempre que o crescimento do número dos seus titulares for maior do que o das posições às quais esses títulos dão normalmente acesso (Bourdieu, 1987).

Uma outra desvalorização, mais dissimulada, resulta das posições e dos títulos que a elas conduzem perderem o seu valor distintivo, mesmo que o acréscimo do número de postos seja proporcional ao dos títulos que davam inicialmente acesso a estes postos, devido à sua própria abundância. Segundo Bourdieu (1978), os professores são o exemplo desta situação, já que perderam a sua "raridade" a todos os níveis.

Com a elevação geral do nível de instrução da população, ocorreu uma desvalorização relativa da qualificação cultural dos professores. Assistiu-se a um aumento muito significativo de pais que tiveram uma escolaridade tão longa como a dos professores, o que lhes permitiu e os levou a questionar a competência exclusiva destes nos assuntos da educação (Chapoulie, 1974).

Parece estarmos perante uma desmistificação do saber esotérico (sempre característico a qualquer profissão) dos professores, tornando-o conseqüentemente mais acessível ao público em geral, com um reequacionamento das relações de poder entre o profissional e o cliente, no sentido de um maior poder de intervenção deste sobre o processo de tomada de decisão a seu respeito (Hodson e Sullivan, 1990).

Também as dificuldades da pedagogia em fazer-se reconhecer como corpo autónomo de conhecimentos científicos característicos dos professores tem gerado relações ambíguas. De facto, ao saber específico (da pedagogia) contrapõe-se o saber geral (a cultura científica das várias disciplinas). É esta oposição que vai hierarquizar o corpo docente e colocar no topo do prestígio os professores universitários (Nóvoa, 1989).

O que significa que a hierarquia interna da profissão docente, não se faz pela apropriação das técnicas pedagógicas, mas pela relação com o saber global (Chapoulie, 1979).

Como refere Nóvoa (1987), os professores ao perderem o privilégio do saber, perderam um dos seus principais valores estruturantes, que lhes dava uma certa coerência e estabilidade profissionais.

A forma que tende a assumir o saber próprio a cada grupo social não é determinada pela natureza da actividade que desenvolvem, mas pela necessidade de se conformar com os modelos culturais valorizados em determinada época pelas classes dominantes. É por isso que os professores procuram actualmente as bases científicas da sua disciplina e das práticas pedagógicas. Eles pretendem, assim, tomar posse de um dos grandes valores da sociedade actual, a especialização do saber (Mollo, 1979).

Até há algumas décadas atrás, o professor primário era uma figura relevante, sobretudo no meio rural, e o professor do ensino secundário uma figura literária e científica, pelas quais se pautava a vida cultural de muitas cidades (Esteve e Frachia, 1988).

Actualmente, apesar do crescente processo de profissionalização que os professores têm vindo a conhecer nos últimos tempos, é cada vez mais difundida a percepção de que o seu estatuto sócio-profissional se tem vindo progressivamente a degradar, sobretudo em termos do reconhecimento público e do prestígio social que é conferido à profissão.

Ao desaparecer o consenso social sobre os valores e objectivos da educação e o facto de ter deixado de ser apanágio apenas de especialistas, a educação tornou-se num tema sobre o qual todos os grupos sociais desejam pronunciar-se (Esteve e Frachia, 1988).

Também a própria feminização contribuiu para uma degradação sócio-profissional dos professores, que passaram a ser associados às representações pejorativas, tradicionalmente existentes sobre as actividades profissionais de recrutamento maioritariamente feminino. O menor prestígio social atribuído às profissões exercidas por mulheres tem afectado o prestígio dos professores em geral. É interessante notar que esta feminização diminui à medida que se sobe no nível de ensino, assumindo a sua menor expressão ao nível universitário.

As imagens sobre os professores flutuam em função das diferentes categorias sociais, segundo refere Mollo (1979). É assim que para as classes superiores e para certas fracções das classes médias, a diminuição da raridade no acesso aos postos de docente, decorrentes do recrutamento massivo, se traduziu num abaixamento do valor socialmente reconhecido aos títulos de professor (Chapoulie, 1974).

No entanto, são as camadas mais desfavorecidas aquelas que, não questionando o valor social do professor, apresentam uma imagem mais negativa sobre a sua competência profissional. Pode compreender-se melhor este fenómeno, se se considerar que para esta camada da população, que foi a que menos usufruiu de uma educação escolar ou que nela foi mais penalizada, há uma tendência para atribuir este facto à falta de preparação e de competência dos docentes (Relatório da Comissão criada pelo Despacho 114/ME/88 do Ministro da Educação, 1988).

A crescente profissionalização e especialização dos professores, a que se tem assistido com maior intensidade nos últimos anos, parece ter como objectivo, pelo menos em parte, uma rectificação da progressiva degradação do seu estatuto e imagem social. Contudo, os professores demonstraram sempre muita dificuldade em ultrapassar os profundos efeitos que a aceleração da mudança social teve sobre o seu papel. Nem o Estado, nem as instituições escolares, elaboraram estratégias de adaptação adequadas que tivessem em conta os novos de desenvolvimento das práticas profissionais.

Reside aqui uma das causas do mal-estar docente. Os professores, para além da perda da sua identidade profissional, viram-se confrontados com a necessidade de desempenharem novas e contraditórias funções, que não têm parado de crescer em número, sem possuírem os meios para clarificarem e decidirem sobre a especificidade do seu papel profissional (Nóvoa, 1987).

Sobre este aspecto é elucidativa a análise feita por Bourdieu (1979) sobre a instabilidade das identidades sociais. Para este autor, enquanto o antigo sistema tendia a produzir identidades sociais bem delineadas, confortáveis e seguras, a instabilidade estrutural da representação da identidade social e das aspirações legítimas aí incluídas tende a reenviar os agentes do terreno da crise e da crítica social para o terreno da crítica e da crise pessoal.

Esta situação adapta-se, de facto, às condições e situações de vida dos professores e, por isso, não é de surpreender que nalguns países europeus, nomeadamente em França, se tenham encarado as perturbações psiquiátricas detectadas nos docentes como doenças profissionais.

O grau de conflito vivido por uma pessoa num determinado papel depende do grau de discrepância entre as exigências ligadas ao papel, as concepções ligadas a esse papel e ao desempenho real do próprio papel. Nos professores, pode dizer-se que o grau de conflitualidade experienciada no seu dia-a-dia é muito elevado. Com efeito, exige-se-lhe que as vivências conflituais, devidas às contradições em que estão envolvidos, não interfiram quotidianamente na qualidade do ensino que praticam.

Se bem que os actores aprendam a viver com os conflitos e, muitas vezes, acabem por minimizá-los, evocando a ilegitimidade das obrigações que lhes são impostas, aqueles que sentem que as exigências contraditórias são oriundas de fontes legítimas tendem a desenvolver perturbações e insegurança no desempenho do seu papel. Os professores não são nem excepção, nem sequer um caso isolado na sociedade.

O mal-estar afecta os professores e reflecte-se numa plêiade de situações com um espectro tão vasto, que se iniciam com o absentismo e a falta de empenhamento no trabalho, passam pelos pedidos constantes de transferência e as doenças que possibilitam um abandono temporário da escola, e desembocam em depressões, neuroses reactivas e psicoses.

O fim dos trimestres e do ano, parecem ser períodos críticos, onde se manifesta de forma mais evidente o *stress* acumulado, quer pelo efeito aditivo das tensões e da fadiga, quer porque se tratam de momentos em que os professores avaliam e são avaliados (Hembling e Gilliland [1981], *in* Esteve e Fracchia, 1988).

O conjunto de contradições entre a imagem ideal e a degradação da imagem pública da função docente, adicionados à complexidade actual da função docente, para além de gerarem manifestações de mal-estar no seio deste grupo profissional, condicionam fortemente as representações que os docentes têm do seu lugar no espaço social e no sistema de ensino, onde a sua identidade é continuamente construída e reconstruída.

2.4. O caso particular dos professores universitários

A exigência posta no trabalho universitário, a excelência dos seus produtos culturais e científicos... fizeram da Universidade uma instituição única... dotada de grande prestígio social e considerada imprescindível para a formação das elites.

[Santos, 1994, 168]

A história do ensino superior, nas sociedades ocidentais, está por fazer. Apenas existem análises parcelares sempre limitadas a determinados aspectos concretos e, normalmente, datadas no tempo.

Será a partir de algumas destas análises parcelares que se tentará apresentar uma visão, sobre o trajecto passado e a situação actual dos professores universitários.

A Universidade sempre se caracterizou por ensinar, com atraso, os conhecimentos da sua época. Esse atraso foi ainda maior no século XIV, porque o ensino era pautado por escritos de autoridades que se encontravam, segundo Pinto (1968), "para trás da noite dos tempos". Das escolas conventuais à Universidade do Renascimento, os saberes ministrados foram sempre um meio de formação daqueles que, como refere o mesmo autor, "deviam discutir bem e raciocinar melhor".

Eram muitos anos de aprendizagem contínua, durante os quais se temperava a vontade e se formava o carácter dos estudantes. A Universidade não era apenas local de transmissão de conhecimentos, pois ouvir o mestre equivalia, principalmente, a preparar-se para o diálogo com ele ou com os seus opositores. O médico, tal como um teólogo, devia ser, antes de mais, um homem que tinha o direito de usar uma toga comprida e o uso de tal traje era um distintivo de saber, de nobreza, de ânimo e de carácter (Pinto, 1968).

Para apreciar algumas das etapas da evolução da Universidade optou-se, nesta abordagem, pelo caso francês devido à importância e repercussões que teve, sobretudo, nos países do sul da Europa.

A Revolução Francesa reorganizou toda a instrução pública e uma das principais medidas tomadas nesse domínio foi a eliminação da Universidade, que desde a época medieval se tinha degradado progressivamente. A ideia essencial, subjacente aos reformadores, era especializar o ensino e a pesquisa e salvaguardar, simultaneamente, a ligação entre as diversas ciências. Disciplinas, até então pouco conhecidas, como a História Natural e as Ciências Políticas, passaram a fazer parte da actualidade universitária. Pretendia-se que a especialização dos estudos conduzisse a uma descentralização do ensino superior. Porém, esta concepção de Universidade moderna, pensada em função do alargamento do campo da ciência, nunca foi concretizada.

Napoleão Bonaparte considerava que, de todas as questões políticas, as do ensino eram de primeira grandeza. Sobre o problema universitário, considerava que no ensino, como em todas as coisas, era necessária a unidade. Assim, criou uma só Universidade com cinco faculdades que passou a depender exclusivamente do poder central, não tendo previsto ligações científicas ou administrativas entre os cinco estabelecimentos criados. Como refere Delchet (1979), estas faculdades não possuíam uma vida em comum, nem qualquer unidade funcional, pelo que passaram a dispensar um ensino medíocre e desadaptado que as conduziu a uma degradação semelhante à das faculdades da Universidade medieval.

Nas últimas décadas do século XIX, e num contexto de industrialização crescente da economia francesa, passou-se a atribuir à ciência outros objetivos. É de salientar que o que se pretendia era o aumento da rentabilidade nacional, através do desenvolvimento das técnicas aplicadas. E também nesta época que se equaciona a necessidade de ter um ensino superior preparado para a investigação e apto para a produção.

A partir de então, empreendem-se modificações fundamentais nas estruturas universitárias de forma a mudar o espírito das faculdades, com o objectivo de restabelecer a sua personalidade civil. Este conjunto de medidas originou que o corpo de faculdades se transformasse numa Universidade. A França voltava a ter, cem anos depois, a Universidade perdida (Delchet, 1979).

Em Portugal, a grande reforma da Universidade foi levada a cabo pelo Marquês de Pombal e, através dela, operou-se uma mudança radical de toda a estrutura universitária.

Foram criadas seis faculdades (Teologia, Direito Canónico, Direito Civil, Medicina, Matemática e Filosofia), com novas cadeiras e programas actualizados e com um quadro de professores, nacionais e estrangeiros, capazes de executarem o plano elaborado pelos reformadores. Os estatutos que es-

tabeleceram as bases para a execução desta reforma, que indicavam o que devia ser ensinado nas várias disciplinas e o respectivo método de ensino, orientaram-se pelas ideias do iluminismo, consistindo na crítica ao aristotelismo, na subordinação ao método experimental, na recusa dos argumentos de autoridade e no direito à prática da livre crítica no domínio da ciência. As preocupações racionalistas e experimentalistas dominavam todos os domínios (Albuquerque, 1984).

As modificações introduzidas foram especialmente importantes no estudo do Direito, onde se passou a adoptar o método histórico devido à necessidade de conhecer um direito mais universal que o romano, e na Medicina, onde se impôs o ensino prático e o contacto dos estudantes com os doentes do hospital público, que foi integrado na Universidade.

A partir daí, o plano da reforma começou a cumprir-se mas só até aos primeiros anos do século XIX, altura em que as guerras napoleónicas e as lutas liberais, que se lhe seguiram, criaram um ambiente pouco propício à consolidação deste plano. Quando se alcançou a paz, já não foi reatado o desenvolvimento experimentado pela Universidade até aos inícios do século. Embora a estrutura universitária continuasse formalmente a reger-se pelos estatutos pombalinos, ela procurou, sobretudo, salvaguardar os privilégios que mantinha desde há séculos e que eram considerados indispensáveis à sua sobrevivência. Vencido o período da revolução pombalina, a Universidade voltava a aproximar-se do ensino clássico e a retomar as suas tendências conservadoras (Albuquerque, 1984).

Apesar disso, as reformas ocorridas sob a égide de Pombal (e que não se limitaram apenas à Universidade mas a todos os níveis de ensino) definiram alguns dos parâmetros que viriam a enformar o sistema de ensino até à actualidade, como o controle do Estado em relação ao ensino ministrado, com o conseqüente aumento da centralização administrativa, distanciamento

progressivo da Igreja como interveniente no processo de ensino e esbati-mento do papel do ensino privado (Monteiro e Fernandes, 1985).

A primeira Guerra Mundial, independentemente das convulsões políticas e sociais que provocou, pouco impacto teve nas estruturas e funcionamentos das Universidades. Em França as Universidades viveram até 1971 sob o regime das disposições legais produzidas pela 3ª República.

No entanto, e de um modo geral, a ideia de mudança e de transformações fundamentais no ensino universitário esteve sempre presente nos períodos cruciais da História. A segunda Guerra Mundial foi o ponto de partida para um poderoso impulso de inovação da ciência. As mutações do conhecimento e da cultura a que se assistiu, não foram alheias a um crescimento demográfico generalizado a que a Europa não escapou. Daí nasceram os processos de massificação social que conduziram a uma nova percepção da relação e comunicação entre os membros da "sociedade global". Paralelamente, o campo de reflexão e intervenção das ciências alargou-se consideravelmente com o crescimento ininterrupto de novos domínios da pesquisa. Esta extensão conduziu ao emergir de uma extraordinária diversidade e de novas dimensões do saber (Delchet, 1979).

As primeiras reformas do ensino superior após a segunda Guerra Mundial consistiram no desenvolvimento de Institutos Superiores que funcionavam como instrumentos de descentralização do próprio ensino universitário, ao mesmo tempo que recebiam as novas disciplinas emergentes. Foram, portanto, concebidos como estabelecimentos de ligação, especialização e aplicação prática. Para além destas três funções, incumbia-lhes também favorecerem o diálogo entre o mundo universitário e os diversos sectores económicos da sociedade.

Para além de responderem ao desenvolvimento de novas funções de enquadramento, tinham ainda como tarefa a formação dos professores do ensino secundário.

Orientados para a formação técnica, o ensino aí praticado era menos teórico do que ministrado nas faculdades Clássicas, já que tinham que formar os quadros capazes de se adaptar directamente às necessidades do mundo industrial. Estes institutos representam a primeira realização universitária pensada e criada com o intuito de participar activamente no desenvolvimento produtivo da sociedade.

As mutações sociais, económicas e políticas, que a partir de então se desenvolveram, tiveram repercussões directas sobre o sistema de ensino superior. Daí resultou um anacronismo das estruturas, conteúdos e métodos da Universidade e, frequentemente, estas organizações foram colocadas à margem das correntes de força que orientavam a sociedade. Desta forma, o seu poder de intervenção nos contextos sócio-económicos e políticos deteriorou-se progressivamente. Esta degradação e inércia institucional privou-a, durante um longo período de tempo, do inteiro monopólio que detivera nos períodos áureos da sua história na formação técnica, cultural e humana dos actores sociais (Delchet, 1979).

Da distorção entre o estatismo do ensino superior e o crescimento dos ritmos e dimensões do conhecimento, surgiram situações e desafios aos quais a Universidade, através das suas estruturas monolíticas, teve muita dificuldade de responder. Previstas para outros tempos, as Universidades detiveram-se a salvaguardar e a eternizar certos modelos culturais que, muitas vezes, definiram a nossa civilização. Mas, ao longo dos anos, as suas próprias virtudes, geraram as condições da sua deterioração.

Nos anos 60, os movimentos estudantis irromperam por toda a Europa e tomou-se consciência que as Universidades tradicionais, devido à rigidez das suas estruturas, eram incapazes de acompanhar o dinamismo e a rapidez da evolução social. Esta discordância, entre movimento histórico e a Universidade, cria pontos de fricção que ocasionam acções de contestação

vindas das categorias menos comprometidas na ordem social: os estudantes.

Em consequência do desenvolvimento sócio-económico e da mobilidade social aumentaram, em proporções imprevisíveis, o número de estudantes que chegavam ao ensino superior. Estes depararam-se com uma instituição elitista, programada para funcionar para pequenos grupos, com uma pequena diversidade de cursos e de saídas profissionais, incapaz de responder às expectativas de uma massa de estudantes, cada vez mais heterogénea.

O número de docentes, os métodos de ensino, as suas finalidades, a própria organização universitária e o seu modo de enquadramento na sociedade, constituíram outro dos pontos de conflito.

Como refere Nunes (1968), de uma maneira geral observa-se que as Universidades de carácter "Napoleónico-Latino", como as do Sul da Europa, resistem muito mais que as "Anglo-Saxónicas" à vida moderna. Esta é uma razão possível que explica porque foi nestes países que se manifestaram com maior vigor e amplitude os movimentos contra as instituições universitárias frequentemente enquistadas e semi-paradas, num meio social em profunda evolução e transformação.

Em Portugal, o problema universitário foi sempre associado à questão da autonomia. Considerava-se que, uma vez libertas da estrita subordinação ao Estado a que se encontravam sujeitos a todos os níveis (administrativos, financeiros, de recrutamento de professores e alunos, programação de cursos e constituição de órgãos directivos), as universidades poderiam revelar plenamente a capacidade adaptativa e inovadora que lhe era inerente (Nunes e Guerra, 1969).

Porém, a única causa de cristalização e inércia da Universidade não residia apenas no problema da autonomia. A intensa centralização e os seus

efeitos estagnantes impediram que se revelassem outros obstáculos à evolução da instituição universitária.

No passado, todas as reformas de fundo, tanto em Portugal como noutros países, foram impostas às universidades contra a sua declarada oposição por um poder exterior mais forte, na maior parte dos casos o poder do Estado.

O modelo de aplicação da lei Faure (7/Novembro/68) em França, que consubstanciava a reforma exigida ao próprio Estado e às universidades pelos estudantes, é esclarecedora das poderosas resistências que, no seio das organizações universitárias tradicionais, impediu inovações profundas através de fenómenos de reestruturação que apenas traduzem novas aparências de antigas estruturas e situações arcaicas.

A História e todos os acontecimentos ligados a Maio de 68 são demonstrativos de que as organizações universitárias tradicionais, designadamente as de tipo "Napoleónico-Latino", não se auto-reformam, limitando-se a pedir ou a permitir alterações circunscritas que não afectem o seu carácter essencial. Como refere Nunes (1969:19), "não cremos que a necessária reforma da Universidade seja viável enquanto auto-reforma".

Num momento determinado, a estrutura do "*campus* universitário" não é senão o estado da relação de forças entre os agentes ou, mais exactamente, entre os poderes que eles detêm a título pessoal e, sobretudo, através das instituições de que fazem parte. A posição ocupada nesta estrutura está no princípio das estratégias que visam transformá-la ou conservá-la, modificando ou mantendo a força relativa dos diferentes poderes, ou as equivalências estabelecidas entre as diferentes espécies de capital (Bourdieu, 1984).

Todas as tomadas de posição dos professores sobre a instituição escolar e sobre o mundo social encontram, em última análise, o seu princípio na posição ocupada no interior do *campus*. É assim que as transformações glo-

bais que afectaram a Universidade, nomeadamente pelo grande afluxo de alunos que determinou, subsequentemente, um crescimento desigual do volume das diferentes partes do corpo docente, alteraram profundamente a relação de forças entre as diferentes disciplinas e faculdades. Para os defensores da antiga ordem, o elevado número de estudantes trouxe um crescimento correlativo de novos professores, que foram vistos como uma ameaça para o funcionamento do mercado universitário, através das transformações morfológicas e do equilíbrio de forças no seio do corpo docente. Por isso, trabalharam sem cessar para defender o corpo professoral contra todos os efeitos do crescimento inevitável (Bourdieu, 1984).

O sistema universitário sempre assegurou a sua própria reprodução produzindo mestres dotados de características sociais e escolares constantes, homogêneas e imutáveis no tempo. A manutenção do sistema através do tempo implicava que os mestres estivessem dotados, a todos os níveis hierárquicos, de um "*habitus* universitário", de uma lei imanente do corpo social que fazia com que os agentes individuais realizassem a lei do corpo social sem ter nem a intenção, nem a consciência de lhe obedecer. Na ausência de regulamentação expressa e de apelos à ordem explícita, os detentores de um título, com um valor determinado no mercado universitário, não aspiram senão a postos dotados de raridade e de valor correspondente ao valor do seu título (Bourdieu, 1984).

Ainda segundo este autor, na medida em que as instâncias de formação e selecção do corpo de professores inculcam em todos os seus membros uma disposição intensa e durável de reconhecimento das hierarquias e dos valores inerentes a este corpo, a Universidade pode conseguir ultrapassar os efeitos do crescimento do número de estudantes se, na ausência de uma reserva suficiente de mão de obra devotada aos seus valores, não for obrigada a recrutar agentes que tenham escapado às formas tradicionais de

formação, estando portanto desprovidos da referida lei interior do próprio corpo docente, ou seja de uma espécie de instinto social de conservação.

Na verdade, "o *campus* universitário reproduz, na sua estrutura, o *campus* do poder. Com efeito, é no e pelo seu funcionamento, enquanto espaço de diferenças entre as posições e as disposições dos seus ocupantes, que se opera, fora de toda a intervenção das consciências ou das vontades, individuais ou colectivas, a reprodução do espaço das diferentes posições que são constitutivas do espaço do poder" (Bourdieu, 1984: 62).

Qualquer reforma universitária terá sempre de ser equacionada a partir da posição dos professores no "*campus* universitário" ou, mais precisamente, a partir do grau em que a satisfação presente ou futura dos seus interesses específicos dependa da conservação ou da subversão das relações de força nesse mesmo *campus*.

É neste contexto que se devem analisar as linhas mestras da actividade do professor do ensino superior na sociedade portuguesa ao longo das últimas décadas.

Em Portugal, na década de 60, as Universidades eram formadas por somatórios de Faculdades, não existindo qualquer colaboração relevante para fins de ensino ou pesquisa. Nestas, a docência prevalecia, não existindo senão uma articulação frouxa com a investigação. Mesmo quando a colaboração existia, como foi o caso da cooperação entre o Instituto da Junta da Energia Nuclear com a Universidade Técnica de Lisboa, o campo de entendimento foi insuficiente e, embora tivesse sido possível aos docentes desenvolverem naquele projectos de investigação, foi vedado aos investigadores leccionarem na Universidade (Leite, 1968).

Por outro lado, o corpo docente encontrava-se repartido em duas categorias fundamentais - os professores, que ocupavam a generalidade dos lugares do quadro e os assistentes, não doutorados, que se encontravam fora desse quadro, ocupando lugares temporários. O número de professores

era limitado por um quadro fixo de lugares, rigidamente definido, por via legislativa, e calculado em função do elenco de disciplinas a reger e não do quantitativo de alunos a enquadrar. Apesar do quadro dos professores ser muito restrito, verificava-se uma proporção importante de vagas por não existirem ou serem utilizados mecanismos institucionais que determinassem o seu preenchimento.

O acesso aos lugares estáveis e aos graus sucessivamente mais elevados da hierarquia universitária só em raras excepções não depende de determinados requisitos, para cuja efectivação a Universidade, nomeadamente através do seu corpo de doutorados, pouco contribuiu.

Há, sem dúvida, poucos universos sociais onde o poder detido pelos "patrões" depende sobretudo dos seus clientes. Este é o caso das universidades onde o capital de poder universitário, possuído pelos "patrões", está directamente relacionado com o número e qualidade dos seus clientes, que representam uma dimensão e uma manifestação do seu capital simbólico (Bourdieu, 1984).

O êxito de uma carreira universitária passa, fundamentalmente, pela escolha do "patrão" mais poderoso, que não é necessariamente o mais famoso, nem mesmo o mais competente. Aquilo que é esperado objectivamente de um orientador de tese não é, salvo raras excepções, uma verdadeira direcção de pesquisa, ou mesmo uma inspiração filosófica, mas uma espécie de reconhecimento de qualidade e, mais inconscientemente, uma direcção de carreira. Como refere Bourdieu (1984), as afinidades intelectuais entre os grandes patrões e os seus clientes são muito menos evidentes que as afinidades sociais que os unem. Além disso, o "patrão" é quase sempre escolhido, ele raramente escolhe, e o valor dos seus alunos dá-lhe uma forma de reconhecimento intelectual que contribui para fazer o seu valor, tal como ele contribui para fazer o deles.

O que se revela, através da lógica social do recrutamento do corpo docente (segundo o mesmo autor), é uma estratégia destinada a deixar à "descendência" uma posição rara que funciona, simultaneamente, como uma maneira de conservar qualquer coisa de mais essencial, ou seja, a adesão ao arbitrário cultural que funda a existência e fundamenta o próprio grupo.

Para a maioria dos numerosos assistentes não doutorados as probabilidades de acesso aos escassos lugares de professor eram mínimas, o que retirava às suas funções um dos principais atractivos de que tradicionalmente se rodearam.

Isto é tanto mais importante quanto se sabe que o capital universitário tem-se e obtém-se através da ocupação de posições que permitam dominar outras posições e os seus ocupantes. De facto, este poder sobre as instâncias de reprodução do corpo de professores assegura aos seus detentores uma autoridade estatutária, uma espécie de atributo de função que está mais ligado à posição hierárquica do que a propriedades específicas da obra ou da pessoa que se exerce directamente sobre a clientela de candidatos ao doutoramento, mantendo-os numa relação de dependência difusa e prolongada (Bourdieu, 1984).

Ainda segundo o mesmo autor, uma das vertentes principais do poder universitário consiste na sua capacidade de agir sobre a esperança dos candidatos. Com efeito, a instauração de relações de autoridade e de dependência duráveis assenta na espera do candidato interessado e, sobretudo, na arte do saber esperar, que tem um duplo sentido; por um lado, manter a esperança e, por outro, conter a impaciência. O essencial reside na espera submissa e no reconhecimento da ordem académica que ela implica. "Não há nenhum mestre reconhecido que não reconheça um mestre e, através dele, a magistratura intelectual do sagrado colégio dos mestres que o reconhece" (Bourdieu, 1984:128).

A responsabilidade e a orientação do ensino em cada disciplina cabia, por princípio, ao docente que, por direito de cátedra ou por função atribuída, se achava investido na correspondente regência. Não existia qualquer coordenação de programas e quem regia era normalmente quem decidia, com inteira autonomia, a escolha e a extensão dos temas que se propunha abordar.

Não existia, portanto, na vida universitária qualquer tipo de controle (institucional ou de grupo) sobre a qualidade do ensino ministrado e a actualização dos professores era inteiramente dependente dos seus critérios e comportamentos individuais que, naturalmente, eram muito variáveis. Deste modo, e a partir de determinado grau hierárquico, é o mérito dos próprios docentes que garante o "nível e o progresso" do ensino. De facto, na luta das representações, a representação socialmente reconhecida como científica (como verdadeira) encerra uma força social própria e, quando se trata do "*campus* universitário", a ciência dá, aquele que a detém, ou que aparenta detê-la, o monopólio do saber do ponto de vista legítimo. Assim, qualquer controlo por parte dos pares ou da própria sociedade, está fora de questão (Bourdieu, 1984).

Conforme refere o mesmo autor, a classificação que o trabalho científico produz, através da delimitação de regiões e de espaços de posições é o fundamento objectivo das estratégias classificatórias, pelas quais os agentes tendem a conservá-la ou a modificá-la, constituindo grupos (áreas científicas ou departamentos) mobilizados para assegurar a defesa dos interesses dos seus membros.

Em princípio, a legislação universitária atribuía aos docentes outras responsabilidades para além do ensino, mas só regulamentava e exigia o exercício deste último, pressupondo, tanto para os assistentes como para os professores, um regime de ocupação parcial.

Mas, de uma forma geral, a sua promoção na hierarquia académica não dependia das qualidades pedagógicas. Ela encontrava-se muito mais ligada à sua situação em termos de pesquisa e de *curriculum* extra-ensino ou, então, dependia quase exclusivamente da posse de um patrão poderoso.

O regime de serviço docente e o respectivo volume efectivo de trabalho eram/são, em regra, tanto menos absorventes quanto mais alta é a posição atingida na hierarquia, o que faz com que estes docentes se tornem mais disponíveis para o exercício de cargos extra-universitários. Importa, no entanto, registar que a ocupação de outros cargos, tal como a participação em ritos, cerimónias, reuniões e em representações é também uma condição necessária da acumulação de uma forma de capital simbólico de notoriedade externa e que dá aos seus detentores toda a reputação da honorabilidade universitária.

O desenvolvimento sócio-económico deu origem a múltiplas forças de solicitação de que muitos professores são objecto e que os levou a dedicarem-se a actividades extra-universitárias (normalmente de investigação), onde o prestígio social dos seus títulos académicos lhes faculta fácil acesso e altas remunerações em desfavor da produção académica.

O aparecimento de uma procura pública ou privada da investigação, favoreceu o sucesso dos "produtores culturais de um novo género" e constituiu, segundo Bourdieu (1984), uma ruptura decisiva com os princípios fundamentais da autonomia académica (distância crítica, e indiferença às sanções e exigências da prática). Os "*managers* científicos" ocupados a procurarem crédito para os seus laboratórios, a frequentarem as reuniões das comissões onde se adquirem as subvenções necessárias, a organizarem colóquios destinados a fazer reconhecer os seus produtos, ignoraram muitas vezes a crítica prévia das suas acções, preocupados que estavam em produzir um tipo de obras que lhes permitissem obter o efeito da respeitabilidade necessária para cobrirem de autoridade científica as recomendações

dos peritos. O surgimento deste novo mercado transformou a distribuição de oportunidades entre os próprios professores. O que passou a contar foi, sobretudo, o acesso aos financiamentos e aos trabalhos patrocinados pelos ministérios. A partir desse momento, deixou de ser o nível intelectual a pesar na atribuição dos subsídios.

Ainda, segundo Bourdieu (1984), estes novos protagonistas ("os *managers* científicos") encontram o seu apoio natural em novas instâncias de consagração, onde se decreta o futuro da ciência e se trocam novas visões do mundo, as quais acabam por contrabalançar, pelo menos politicamente, o peso das instâncias universitárias.

A contradição entre a reivindicação de autonomia institucional, por parte da Universidade, e a sua submissão crescente a critérios de eficácia e produtividade de origem empresarial está, segundo Santos (1994:167), na origem de uma das três crises que, desde há vários anos, atravessam a Universidade: a "crise institucional". O que está em causa nesta crise "é a especificidade organizacional da instituição universitária e a sua autonomia".

Para o mesmo autor, a Universidade vive uma "tripla crise" - de hegemonia, de legitimidade e institucional - resultante das contradições e tensões acumuladas dentro das próprias Universidades e entre estas instituições, o Estado e a sociedade.

A "crise de legitimidade" seria o resultado da contradição entre a hierarquização dos saberes especializados, com restrições ao acesso à credencialização das competências, e as exigências socio-políticas da democratização e igualdade de oportunidades. Isto pressupõe que a falência dos objectivos socialmente assumidos pela Universidade se tornou socialmente visível. Os aspectos dominantes desta crise são "o espectro social dos destinatários dos conhecimentos produzidos e, portanto, a democraticidade da sua transmissão" (Santos, 1994: 167).

A "crise de hegemonia" resulta da contradição entre a produção de "alta cultura" e de conhecimentos necessários à produção de elites, que é uma função da Universidade desde a idade média e, a produção de conhecimentos necessários à formação da força de trabalho qualificada, exigida pelo desenvolvimento industrial. Esta crise surge, portanto, num momento em que a Universidade se mostra incapaz de desempenhar funções contraditórias, o que leva os grupos mais atingidos a procurarem outros meios para alcançarem os seus objectivos. Nesta crise "põe-se em causa a exclusividade dos conhecimentos que a Universidade produz e transmite" (Santos, 1994: 167).

Com efeito, a Universidade, considerada como instituição imprescindível para a formação de elites, entra em crise a partir dos anos 60 devido à massificação do ensino, resultante da democratização dessa mesma Universidade. Esse cenário é marcado por uma "vertigem de distribuição em massa da alta cultura universitária" (Santos, 1994: 169). Para o mesmo autor, a "alta cultura" é uma "cultura sujeito" e a centralidade da Universidade resulta de ela ser o centro dessa mesma cultura. A instituição universitária perderia essa centralidade a partir dos anos 60, quando se assistiu a uma massificação da própria "alta cultura".

A massificação do ensino introduziu uma dicotomia entre "universidades de elites" e "universidades de massas", ou seja, traduziu-se "numa diferenciação-hierarquização" entre as universidades e entre estas e outras instituições de ensino superior. Neste cenário, as universidades mais prestigiadas controlaram a produção da "alta cultura" e as "universidades de massas" limitaram-se à sua distribuição ou, quando a produziram, baixaram o nível de exigência e degradaram a sua qualidade (Santos, 1994).

A denúncia insistente da degradação da produção cultural da maioria das Universidades daria origem, nos anos 80, "à reafirmação do elitismo da

alta cultura e à legitimação de políticas educativas destinadas a promovê-la" (Santos, 1994:169).

Um dos maiores apologistas do elitismo foi Bloom (1988: 312), para quem a década de 60 foi "o período das respostas dogmáticas e das trivialidades" que liquidou o que ainda restava das universidades. Essa época foi "um completo desastre para elas... Não sei nada de positivo que esse período nos tivesse trazido".

Os efeitos produzidos por este período foram tão nefastos que, para o mesmo autor (1988:369), não parecem existir "quer os meios quer a energia, dentro da Universidade, para constituir ou reconstituir a ideia de um ser humano culto e estabelecer, de novo, uma educação liberal".

Para Bloom (1988:244), a Universidade é uma instituição "aristocrática" que tem de vir em auxílio da razão tímida e desprotegida... É o lugar para onde deve convergir a investigação e a abertura filosófica. Destina-se a encorajar o uso não instrumental da razão por si própria, proporcionar uma atmosfera onde a superioridade moral e física do dominante não intimide a dúvida filosófica. E deve preservar o tesouro dos grandes feitos, dos grandes homens e dos grandes pensamentos, que se exige para alimentar essa dúvida". Nesta concepção e, como refere Santos (1994), a Universidade não poderia ser uma instituição democrática e teria dificuldades em conviver com a democracia. Com efeito, para Bloom (1988: 249), a Universidade, como instituição, "deve compensar o que falta aos indivíduos numa democracia e deve encorajar os seus membros a praticar esse espírito. Como repositório das mais elevadas capacidades e princípios do próprio regime, deve ter um forte sentido da sua importância fora do sistema de indivíduos iguais. Deve desprezar a opinião pública, porque tem dentro de si a fonte da autonomia... Isto é, deve ajudar a preservar o que muito provavelmente pode ser negligenciado numa democracia.... A Universidade deve resistir à tentação de querer fazer tudo pela sociedade. A Universidade é apenas uma actividade

entre muitas outras e deve sempre manter-se atenta nessa actividade para que não a comprometa no desejo de ser mais útil, mais relevante e mais popular".

A divulgação e as repercussões que o elitismo tem tido parecem revelar um certo regresso à "alta cultura", identificada com as humanidades e com a grande tradição ocidental, dominante nos anos 50. Este regresso à década de 50 tem agora um novo significado social e político. "Ao contrário de então, a afirmação da inevitabilidade do elitismo, implica agora a liquidação das aspirações democráticas que acompanharam, nos anos 60, as políticas de massificação" (Santos, 1994: 170).

Do ponto de vista das correntes conservadoras (elitistas), a vocação da Universidade (mantendo sempre o seu isolamento e elitismo) seria o investimento intelectual a longo prazo, a investigação básica, científica e humanista, oposta à concepção de Universidade enquanto "instituição no centro dos acontecimentos" (Kerr, [1982], *in* Santos, 1994:179). O que ressalta é a tentativa sempre feita pela Universidade para manter a sua centralidade na produção da "alta cultura". No primeiro caso (perspectiva elitista), fechando-se sobre si própria e assumindo o risco de isolamento. No segundo (democratização do ensino), correndo o risco de descaracterização.

Nos dias de hoje, a profissão de professor universitário parece reflectir as crises e as contradições que a Universidade atravessa. Divididos entre a produção da "alta cultura" e a sua difusão, os professores confrontam-se com as duas facetas que dominam a sua prática profissional - uma virada para a produção de conhecimentos científicos e outra para o ensino.

O professor universitário, através das suas actividades de investigação, surge como um produtor de saberes/conhecimentos e as suas actividades de pesquisa são todas elas orientadas para esse fim (Donnay, 1988).

Esta actividade de produção de conhecimentos completa-se com a actividade de difusão dos saberes que se concretiza através de publicações

científicas, encontros e congressos. O professor universitário goza, a este nível, de uma liberdade científica, incluída na sua liberdade académica, que parece ser a condição fundamental para o êxito do seu trabalho (Donnay, 1988).

A sua actividade de produção e divulgação dos saberes acompanha-se sempre de um reconhecimento, por parte dos seus pares, tanto a nível nacional como internacional, o que contribui decisivamente para reforçar a sua posição de poder dentro do "*campus* universitário".

Inerente a esta actividade, os professores universitários desenvolvem, cada vez mais, funções de gestão científica, administrativas e de relações exteriores - isto é de "*managers* científicos" - com o fim de obterem os financiamentos que lhes permitam concretizar as suas pesquisas.

Quanto ao ensino, a maior parte dos professores universitários dispõe de um saber pedagógico prático, que se pode qualificar como espontâneo, e muitos não hesitam mesmo em dizer que o acto de leccionar é suficiente para adquirirem esse saber pedagógico que, para além disso, não exige mais do que talento, espontaneidade e prática no terreno. Questiona-se até que ponto esta metodologia empirista com que encaram o ensino não é contraditória com o rigor científico com que conduzem as suas pesquisas.

Para além destes, existem ainda outros traços caracterizadores do papel do professor universitário, nomeadamente as suas actividades de formação e de prestação de serviços à comunidade sob a forma de consultas, de formação permanente e de peritagem.

Na sua prática quotidiana, os professores universitários sentem os desequilíbrios e os dilemas que lhes são colocados pelos dois pólos de actividade que comandam a sua carreira - o saber científico e o saber pedagógico.

Os saberes científicos, relativos à disciplina, são frequentemente sentidos como rigorosos, complexos e estimulantes. Ao contrário, os saberes

pedagógicos, mais espontâneos, nascidos do empirismo prático e sem necessidade de grande teorização, são sentidos como pouco rigorosos e ainda menos estimulantes. E isto acontece tanto mais quanto se pode considerar a pedagogia como um repositório de regras/receitas simplistas. Talvez por isso o professor não apareça como o único depositário e o único detentor do saber que ministra. Enquanto os professores médicos ou os professores advogados desempenham como primeiro papel o exercício da medicina ou do direito, tarefas bem definidas, bem situadas na divisão do trabalho, certos professores como os de Sociologia, de História ou de Psicologia, têm como primeiro papel o ensino. Quando os saberes jurídicos e médicos têm detentores que são reconhecidos como os únicos especialistas, por direito, na utilização dos seus saberes, aceita-se que exista o exercício ilegal da medicina ou da advocacia, mas já não se imagina o exercício ilegal da matemática ou da história (Guyot, 1981). Por isso, os professores aspiram e desejam que a transmissão do saber se torne numa acção verdadeiramente específica, onde eles sejam reconhecidos como os únicos mestres.

A relação entre a produção científica e o ensino afecta, em termos de custo/eficácia, a imagem que os professores têm de si próprios, o reconhecimento que lhes é dado pelo meio social e pelo poder. Assim, a promoção dos professores universitários nunca depende, explícita ou implicitamente, das suas qualidades pedagógicas, mas sim do seu prestígio conquistado pelos resultados alcançados nos trabalhos de pesquisa científica, aspecto que subverte a vertente dominante da sua carreira - o ensino (Guyot, 1981).

Por isso, segundo o mesmo autor, o ensino é muitas vezes vivido pelos professores como uma pressão colectiva institucionalizada. Contrariamente aos professores do ensino secundário, não existem estudos que informem da maneira como são experienciadas pelos docentes do ensino superior as pressões institucionais a que estão sujeitos. Não é, portanto, possível enun-

ciar se estas situações inerentes ao quadro de vida do professores universitários são produtoras de alguma forma de mal estar docente.

A comparação realizada, neste estudo, entre os professores do ensino secundário e os professores do ensino universitário, assentou num primeiro pressuposto que se relacionava com a sua formação académica de base. À partida, a população de cada um dos grupos tinha como habilitação de base uma licenciatura. Pretendia-se, portanto, trabalhar com um grupo profissional uniforme na base, mas com trajectórias profissionais divergentes para se poder compreender qual a influência que os contextos institucionais operam na representação social da saúde e da doença dos professores.

Estas trajectórias divergentes esboçam-se a partir do contexto institucional onde se estruturam.

Ao estudar a representação social da saúde e da doença nos professores do ensino secundário e universitário, aquilo que se pretende é captar o discurso onde os professores explicitam, sob diversas formas (opiniões, sentimentos, informações, experiências e comportamentos), a sua imagem de saúde e doença e o sentido que elas têm para este grupo. Portanto, o objectivo deste trabalho é estudar a saúde e a doença neste grupo profissional.

A hipótese central do presente estudo é que a representação social da saúde e da doença dos professores do ensino secundário e universitário é mediatizada pelo contexto institucional onde exercem a sua actividade e, neste sentido, as concepções de saúde e doença deste grupo reflectem fortemente, quer as exigências da carreira a que estão sujeitos, quer a interiorização do papel (investigador, professor, funcionário público) que assumem face à sociedade - as pressões sociais por eles sentidas.

A representação social da saúde e da doença, que se estrutura a partir das suas formas específicas de gestão e das suas práticas de acesso às es-

truturas de saúde e às práticas que as consubstanciam, divergem tendencialmente no universo secundário e universitário.

Com efeito, as estratégias desenvolvidas e as respostas produzidas pelos indivíduos face à saúde e à doença não podem compreender-se e explicar-se fora do contexto cultural e meio envolvente dos sujeitos. Subjacente às práticas de saúde, encontra-se uma representação social da saúde e da doença que traduz o universo cultural e simbólico, resultante das condições passadas e presentes dos sujeitos, bem como da sua relação com o mundo social.

É precisamente no particularismo da relação do sujeito social com o seu grupo de pertença e com a sociedade, que se podem descobrir os componentes culturais e sociais que se encontram subjacentes à representação social da saúde e da doença.

3. METODOLOGIA

Este estudo debruça-se sobre as formas de elaboração/produção de um objecto social - a saúde e a doença - pelos professores. A aproximação do mundo, tal como ele aparece aos indivíduos, é central neste trabalho. É dada primazia à experiência subjectiva imediata, como base do conhecimento, e os fenómenos são estudados do ponto de vista dos sujeitos. Assim, todo o interesse está em conhecer como é que as pessoas experienciam e interpretam o mundo social em que estão inseridas.

Procura-se encontrar a significação que os indivíduos atribuem às suas experiências como membros da sociedade e das instituições, e quais os meios empregues para darem sentido às suas práticas sociais quotidianas no domínio da saúde e da doença. Pretende-se saber como é que os indivíduos vêem, descrevem e explicam estes fenómenos e, consequentemente, as relações que estabelecem com mundo (sociedade) em que vivem.

Os indivíduos actuam sobre as coisas em função do significado que elas têm para eles. A descrição dos processos de interpretação torna-se assim um instrumento de compreensão dos significados das acções humanas.

Se este estudo se centra sobre a observação de um conteúdo - aquele que se atribui à saúde e à doença - dirige-se também para os mecanismos pelos quais a representação se edifica e para a sua função de orientação do comportamento.

Neste sentido, foram traçadas as principais linhas direccionais da pesquisa:

- As primeiras questões referem-se ao trajecto académico/profissional e às concepções sobre a profissão elaboradas pelos professores dos dois graus de ensino. A partir delas, pretende-se analisar a identidade profissional destes docentes.

- Seguem-se as questões relacionadas com as práticas de acesso à saúde e à doença.

- Vêm depois as questões relacionadas com a causalidade da saúde e da doença e com a problemática da saúde, apreendida como norma requerida pela sociedade.

- Surge a seguir o problema das relações entre as noções de saúde e doença e da definição de cada um deles. Tratam-se de questões que estão na base das representações elaboradas pelos docentes.

- Por fim vêm as questões da relação entre a saúde e a doença e os problemas ambientais. Com elas procura-se compreender como é que os problemas ambientais são percebidos e integrados na própria representação social da saúde e da doença.

A orientação metodológica dada ao estudo faz com que se dê aos indivíduos uma certa liberdade, na medida em que é a sua visão que constitui o objecto em observação. Assim, não se recorreu a métodos de observação demasiado fechados, tendo a escolha recaído na entrevista estruturada (individual) que, pelas suas características, pareceu ser a técnica mais adequada para a recolha dos dados.

Para analisar as últimas questões (representação dos problemas ambientais) recorreu-se a uma técnica mais fechada - o questionário - mas onde pontuavam as questões abertas, com o intuito de "dar a palavra" aos professores.

O material recolhido aparece como o discurso onde os docentes explicitam, sob diversas formas (opiniões, informações, sentimentos, relatos de experiências e de comportamentos), a sua imagem de saúde e de doença. A interpretação pretende atingir, neste discurso, a integração de cada elemento numa imagem organizada e apreender o sentido que estas imagens têm para os professores.

Não era objectivo deste trabalho (até por contingências de tempo e de meios) proceder a um estudo extensivo sobre uma amostra representativa dos professores portugueses. Mais que a descrição e enumeração dos fenómenos, pretendeu-se analisar, de forma intensiva, os conteúdos e os mecanismos que estão subjacentes à representação social da saúde e da doença.

A população interrogada é composta por 40 professores do ensino superior e do ensino secundário (20 em cada grupo), seleccionados aleatoriamente, na cidade de Évora, numa Escola Secundária e na Universidade.

Na Universidade foram entrevistados 2 Professores associados, 6 Professores Auxiliares, 10 Assistentes e 2 Assistentes Estagiários.

Na Escola Secundária, à excepção de um docente, todos os restantes pertenciam ao quadro de nomeação definitiva.

A média de idades é de 40,4 anos (SD = 10,0), nos docentes universitários e de 37,6 anos (SD = 9,0) nos docentes do ensino secundário. A diferença de idades não é estatisticamente significativa.

Quanto ao tempo de permanência na docência constatou-se que, em média, os professores do ensino superior leccionam há 10,8 anos (SD = 8,8) e os do ensino secundário há 13,1 anos (SD = 6,9), diferença estatisticamente não significativa. Constatou-se ainda que estes docentes tinham um tempo médio de permanência no actual grau da carreira de 4,4 anos (SD = 3,9) no ensino superior e de 8,3 anos (SD = 6,1) no ensino secundário ($p < 0,001$).

Relativamente ao sexo, os homens (13) dominam no ensino superior e as mulheres (igualmente 13) no secundário. Embora a feminização seja generalizada em todos os graus de ensino e tenha progredido mais nos níveis mais elevados de ensino, aquilo a que ainda se assiste em Portugal é a uma taxa de feminização tanto maior quanto mais baixo o grau de ensino. Esta situação tem sido apontada como um dos factores que contribui para a de-

gradação socio-profissional dos professores que seria tanto mais acentuada quanto maior fosse a taxa de feminização desse nível de ensino (Relatório da Comissão criada pelo Despacho 114/ME/88 do Ministro da Educação, 1988).

A recolha do material foi precedida por uma série de entrevistas exploratórias (10), realizadas a docentes dos dois graus de ensino, que permitiram seleccionar os temas/questões mais pertinentes para a população estudada.

A elaboração da entrevista foi feita a partir das dimensões de análise previamente esboçadas (caracterização social/carreira profissional, concepções sobre a profissão, representação da saúde e da doença, gestão da saúde e da doença) e as questões pretendiam abarcar cada uma dessas dimensões. Estas questões, constantes do guião, não eram impostas aos sujeitos, mas abordadas diferencialmente quanto à sua formulação e sucessão.

A duração de cada entrevista (registada em fita magnética) variou entre 45 minutos a 2 horas, e essa variação prendeu-se, sobretudo, com a adesão dos docentes aos temas a explorar.

Embora não se pretenda assimilar o trabalho realizado a um estudo extensivo, não deixa de se salientar o carácter intensivo do material recolhido através das entrevistas. Porém, a opção metodológica pelo estudo de caso, delimita a natureza dos dados recolhidos bem como circunscreve o seu alcance.

Relativamente a este material colocou-se o problema da análise, devido à sua heterogeneidade. Embora a heterogeneidade seja aceite na fase de recolha, quando se chega à fase de análise e de interpretação há a necessidade de seleccionar o material para se encontrarem as unidades de análise comuns. Pretendeu-se assim realizar uma análise selectiva, já que é através dela que se opera a estruturação e a homogeneização indispensáveis à in-

interpretação dos dados. Esta selecção foi feita em função da problemática definida e, numa primeira aproximação ao material, conduziu-nos em direcção às dimensões já anteriormente delineadas.

A partir daí os problemas que se colocaram foram os problemas clássicos da análise de conteúdo, como a escolha das categorias de análise, a sua organização e a escolha das unidades de análise.

Na selecção das categorias de análise, a ocorrência de certos conceitos, temas ou construções permitiu obter uma primeira imagem do material, assim como as grandes linhas de diferenciação do seu conteúdo. Quando apareceram, simultaneamente, dois ou mais elementos, interessámo-nos pela presença ou ausência de relação entre esses elementos e pela natureza dessa relação. Foram assim definidas quatro categorias (concepções sobre a profissão, práticas de acesso à saúde e à doença, génese da saúde e da doença e condutas face à saúde e à doença), a partir das quais se teve acesso à representação social da saúde e da doença produzida pelos professores entrevistados.

A unidade de análise empregue foi a entrevista no seu conjunto. Por vezes foi necessário utilizar uma unidade mais fina, como quando se tratava de compreender a natureza das relações entre dois elementos, ou quando a frequência relativa de um termo ou de uma noção em relação a outra pareciam indicar a sua importância na representação.

O questionário, composto por questões abertas e fechadas, foi elaborado para responder à questão da representação social dos problemas ambientais relacionados com a saúde e a doença.

A organização sequencial das questões visava alcançar uma compreensão da forma como são percebidos os problemas ambientais em termos gerais, para gradualmente se chegar a um problema ambiental preciso (um dos mais prementes na cidade de Évora) - a água. Pretendia-se decifrar qual a imagem que os docentes entrevistados formavam desse

mesmo problema e como é que o representavam em termos de saúde ou doença.

Responderam ao questionário apenas 36 professores (dos 40 distribuídos), 18 de cada um dos graus de ensino.

A análise do material recolhido foi feita através da análise de conteúdo para as perguntas abertas e através de tratamento estatístico nas questões fechadas. Os dados foram tratados estatisticamente em termos de análise descritiva, análise de diferenças na distribuição de proporções (Qui-quadrado) e teste de significância estatística de diferença entre médias (Teste T de Student). Foram consideradas estatisticamente significativas, diferenças para $p < 0,05$.

II PARTE

4. DA PERDA DE PODER À NECESSIDADE DE RECONHECIMENTO

A evolução da sociedade, a democratização do ensino e a importância crescente dos *mass media* contribuíram decisivamente para alterar o papel do professor na sociedade actual. As mudanças sociais e políticas transformaram profundamente o seu trabalho, a sua imagem social e o valor que a sociedade atribui à própria educação.

Actualmente, a discussão dos problemas educativos conduz sempre a uma implicação dos professores exigindo-lhe determinadas actuações e é sempre sobre a sua figura que se projectam todas as aspirações que se assumem como uma condição para a melhoria da qualidade da educação. Neste contexto, o prestígio social ligado ao papel do professor não é o mesmo de há 50 anos.

Por isso questionam-se os motivos que levam um indivíduo a tornar-se professor e o que significa ser professor num momento em que as pressões, os apelos, as exigências e as obrigações sobre os docentes não cessam de aumentar e, paralelamente, se assiste a um desprestígio crescente da função docente (confirmado por todos os autores que abordam a problemática dos professores no momento actual).

O que se pretendia saber era quais as especificidades da profissão docente e os seus efeitos na atribuição de sentido que os professores fazem das suas próprias opções vocacionais, o que os leva a assumirem a profissão como um ministério e, simultaneamente, identificar os processos sociais que melhor contribuem para o reforço ou para a desmistificação desta concepção da profissão docente.

4.1. Da vocação à formação das sociedades

Pura e simplesmente sempre gostei de ensinar, desde que me conheço.

[Ent. 11, Ens. Secund.]

Da análise realizada, constata-se que os professores do ensino secundário referem maioritariamente a vocação ou uma escolha inicial, puramente individual, como a principal razão para o ingresso na profissão.

Desde pequena, sempre foi aquilo que eu quis ser. O meu objectivo sempre foi ser professora (Ent. 17, Ens. Secund.).

Sempre pensei no ensino. Hoje voltava a fazer o mesmo. Aliás sinto-me mal quando me falta o ambiente dos alunos... até podia ganhar mais num atelier, mas gosto muito dos miúdos e de ensinar, faz-me falta para o meu equilíbrio (Ent. 15, Ens. Secund.).

O senso comum tende, muitas vezes, a produzir interpretações metafísicas dos factos humanos, procurando explicá-los por características que pensa ligadas a uma entidade divina, à "natureza humana" ou a factores individuais, que são função dos valores dominantes na sociedade ou na classe a que pertencem os interpretadores (Silva, 1989).

No discurso produzido por estes docentes não parece difícil distinguir algumas das componentes ideológicas naturalista ou individualista, segundo a qual o acesso à profissão resultou directamente de um acto individual. A ruptura com esta "evidência" só é possível se se contrariar o pressuposto, nela implícito, de que a distribuição das vocações obedece a determinismos genético-biológicos.

As descrições e interpretações subjacentes às concepções naturalista/individualistas dos fenómenos tendem a erigir os factos sobre que se debruçam como factos indiscutíveis e fora do alcance de toda a relativização. Ora é precisamente a interrogação e a relativização constantes aquilo que

caracteriza a explicação sociológica. Assim, é necessário mostrar que o efeito ideológico da naturalização do acesso à profissão é um dos factores decisivos do modo socialmente determinado de acesso à profissão e do processo de reprodução da estrutura social na sua globalidade. Como refere Almeida (1984:58), "interessa tornar claro que o facto de se viver como vocação aquilo que objectivamente é um destino se integra neste, reforçando a sua imperatividade".

A noção de vocação pressupõe, segundo (Leon, 1972), algumas premissas apriorísticas, como a preferência inata ou a predestinação. Quem tem vocação sente como que um apelo pela profissão. Esta, muitas vezes e em certos aspectos, aparenta-se com as funções religiosas que implicam o dom ou o espírito de sacrifício.

Ser professor é ter muito espírito de sacrifício. Muito espírito de sacrifício porque, muito sinceramente, eu acho que as pessoas lá fora não sabem o que é isto, não sabem. Nós vimos aí nas reuniões de pais as baboseiras que eles dizem... Só podem ser justificadas pelo facto de as pessoas realmente não saberem o que estão a dizer. Então é preciso ter muita calma, espírito de sacrifício e muita vontade. Isso é que é ser professor (Ent. 7, Ens. Secund.).

Tentar explicar os factos sociais invocando causas de ordem metassocial, como quando se liga a opção pela profissão ao sacerdócio, equivale a invocar uma causa divina que se opõe a toda a explicação do "social pelo social" (Nunes, 1981). Neste sentido, o que está em causa é a explicitação dos comportamentos e dos sistemas de relações sociais associados ao fenómeno do sacerdócio. Só assim se concretizará a ruptura com a problemática da predestinação divina para a vocação sacerdotal. No processo de demonstração científica não intervêm essências, cuja apropriação é feita à margem do "feixe de relações sociais" que determinam os comportamentos objectivos (Almeida, 1984).

Também algumas motivações extrínsecas, sempre assumidas como vocação, parecem ter um papel importante na determinação da escolha desta profissão por parte de alguns professores do ensino secundário. Estas motivações vão desde as insuficiências de recursos dos pais, até ao interesse específico por alguma situação pedagógica ou tipo de alunos em particular.

Eu fiquei condicionado à partida porque, quando terminei o liceu, ao escolher um curso não tinha possibilidades económicas de ir estudar para Lisboa, portanto fiquei limitado logo à partida por aquilo que havia aqui em Évora. E dentro do que havia disponível e dentro daquilo que me interessava, acabei por optar por uma coisa que eu realmente gosto de fazer que é ensinar economia e sociologia (Ent. 3, Ens. Secund.).

Uma outra professora, embora não aponte como primeiro motivo da sua opção o "tipo" de alunos, não deixa de afirmar a importância da idade dos mesmos.

Eu estou numa situação um bocado especial e privilegiada. Sou professora de alunos do 10º ano para cima e isso é muito importante para mim. Aliás não sei como é que eu seria professora de um 6º ou 7º unificado (Ent. 14., Ens. Secund.).

A noção de vocação parece implicar, para estes docentes, um ajustamento recíproco entre as determinantes socio-económicas, os gostos individuais e certas características da actividade profissional, nomeadamente em função dos educandos.

Embora assumindo a vocação como o motivo que fez com que se tornassem professores, a sua formação parece ter sido, de facto, o grande mecanismo que os conduziu à presente condição profissional, pelos cursos que foi possível frequentarem ou que escolheram. A frequência de certos cursos proporcionou-lhes, durante ou após a sua conclusão, um capital escolar que também se tornava necessário rentabilizar no mercado de trabalho.

Em muitos casos, pelas áreas de estudo que frequentaram e atendendo à conjuntura social e educacional que se vivia, a perspectiva de ser profes-



sor tornou-se uma realidade. Muitos professores, explicam o seu ingresso na profissão precisamente devido à sua formação inicial, que os condicionou definitivamente em termos de opções futuras.

Nunca pensei em muitas hipóteses diferentes... Havia dificuldade em que uma pessoa com um curso de filosofia fizesse outra coisa que não fosse ensinar... E, nesse aspecto, o ensino surgiu como a sequência natural do curso que eu resolvi tirar... (Ent. 18, Ens. Secund.)

De certo modo, a partir do 5º ano (do liceu), ao escolher letras, fiquei condicionada e depois, ao escolher germânicas, não tinha muitas saídas profissionais seguras... Portanto, optei pelo ensino e, como realmente as portas se foram abrindo e como tudo foi correndo naturalmente, eu não pensei em mais nada... De facto, ao escolher germânicas, tomei-me professora (Ent. 2, Ens. Secund.).

A natureza da área de estudos da formação académica levou-os a descobrirem-se professores porque não havia outra saída que fosse tão claramente visível e segura. Descobriram-se professores, experimentaram e ficaram, porque até nem lhes desagradava. O que foi circunstancial e acidental transformou-se em primeira escolha e em vocação.

Questiona-se até que ponto esta justificação da opção realizada, em termos de escolha e vocação, não está intimamente ligada à conversão, por parte dos professores do ensino secundário, das suas probabilidades objectivas em expectativas subjectivas. Assim, estes professores, sujeitos aos modelos inculcados pelas mais variadas instâncias e formas de socialização e também pela necessidade de racionalizarem o seu comportamento, tendem a viver como decisões pessoais naturais as condições impostas e tendem a transformar em vocação o que é "destino social" (Silva, 1989).

O espírito de missão e a vocação, voltam a estar presentes e, balizam igualmente a imagem que estes docentes têm do seu papel social. É este espírito que faz com que alguns professores vivam mais para o ensino do que do ensino.

Ser professora é uma coisa muito útil para os outros... eu vivo um pouco em função dos outros... de transmitir aquilo que adquiero aos outros (Ent. 2, Ens. Secund.).

Será, no entanto, a partir das suas concepção de educação que se estruturam as representações produzidas, pelos docentes do ensino secundário, sobre o professor e o seu papel na sociedade actual. Para os professores deste grau de ensino, educar traduz-se em fornecer aos alunos um meio para se integrarem harmoniosamente na sociedade. A escola é situada numa perspectiva evolucionista e o professor é o intermediário privilegiado entre as gerações, sem o qual ninguém pode passar já que ele é o garante do enriquecimento cultural, intelectual e moral da sociedade (Mollo, 1969).

Para se alcançar esse objectivo o professor não descarta o relacionamento afectivo e a dedicação aos outros. Estes docentes fazem muitas vezes apelo, nas práticas discursivas, aos aspectos marcadamente humanistas que caracterizam as novas correntes e técnicas pedagógicas

Não é só ensinar, mas estar sempre disponível e educar ao mesmo tempo...E é não deixar tudo na sala de aulas. Em casa eu lembro-me deles... mesmo fora da sala de aulas... É estar sempre disponível para eles. Nas minhas aulas há sempre um barulhinho de fundo porque lá fala-se de tudo...(Ent. 15, Ens. Secund.).

Sem uma socialização primária completa seria impossível formar os homens do amanhã. Apesar das dificuldades que apresenta a missão de substituir a família, estes docentes assumem-na como uma das componentes principais do seu papel profissional.

Neste momento, passando por pai, tio e avô somos de tudo um pouco... (Ent. 4, Ens. Secund.).

A grande dificuldade do professor é que tem que ser ao mesmo tempo professor, mãe, pai e, às vezes, até psicólogo (Ent. 10, Ens. Secund.).

A acumulação dos termos respeitantes ao futuro mostra, também, até que ponto estes professores vêem nos alunos os adultos que eles desejam formar. É a consagração do seu papel de formadores.

É, ao fim e ao cabo, ajudar os miúdos em termos de crescimento. É ajudá-los na formação que eles precisam para, no futuro, continuarem uma carreira... E, também, em todos os aspectos que têm a ver com a formação deles enquanto cidadãos (Ent. 16, Ens. Secund.).

Por isso, a profissão que desempenham é fundamental, não apenas para a sociedade actual mas, sobretudo, em termos futuro.

Acho que a importância do professor é crucial para a sociedade... Todos nós fomos alunos de alguém, alguma vez... E o professor é uma pessoa que marca positiva ou negativamente e, isso, acaba por influenciar as escolhas e as decisões futuras... Eu não nego que a minha escolha pelo curso que tirei foi influenciada por um professor que eu tive... O professor é essa pessoa que marca muito não apenas em função da matéria que dá (Ent. 14. Ens. Secund.).

No fundo, o que nós pretendemos é que eles sejam cidadãos melhores (Ent. 2, Ens. Secund.).

São os professores que formam as sociedades, que as moldam e as tomam naquilo que elas são, naquilo que elas virão a ser mais tarde (Ent. 4, Ens. Secund.).

As representações e interpretações produzidas, por estes docentes, sobre a instrumentalidade social da sua profissão podem ser interpretadas quer à luz da teoria disciplinar, produtora de corpos "dóceis e submissos", quer à luz das concepções "sociocêntricas da educação" (Mollo, 1969).

A ligação estabelecida entre a importância social do professor e as marcas que deixam nos alunos, remete para a análise da Escola e, através dela, do professor como uma das "instituições de disciplina" (Foucault, 1984). As "disciplinas" são metodologias que permitem um controle do corpo, que produzem uma sujeição constante das suas forças e que lhe impõem uma relação de "docilidade-utilidade". São exemplos destas instituições o hospital e a escola. Elas constituem formas de dominação do corpo humano que, não tendo apenas como objectivo aumentar as suas habilidades ou aumentar a sua sujeição, pretendem torná-lo tanto mais obediente

quanto mais útil, ou tanto mais útil quanto mais obediente ou seja, transformá-lo num corpo dócil e submisso. Um corpo é dócil quando pode ser submetido, utilizado, transformado, aperfeiçoado e manipulado.

Para Foucault (1984), o corpo está sujeito a uma "microfísica do poder" que pressupõe que o poder (que investe e marca o corpo) exerce-se mais do que se possui. Não é um privilégio adquirido ou conservado, mas advém do efeito de conjunto das posições estratégicas daqueles que o exercem, neste caso os professores. É através do exercício deste poder que serão construídas, formadas, moldadas e aperfeiçoadas as gerações e as sociedades futuras.

Para Mollo (1969) as interpretações produzidas, pelos professores do ensino secundário, sobre o seu papel social, tanto em relação ao aluno como em relação à sociedade, reflectem a persistência das concepções sociocêntricas e finalistas da educação no sentido em que deles dependeria o futuro, e o homem do porvir seria também por eles modelado. Estabelece-se, deste modo, uma ligação entre o passado e o futuro, que dá aos professores a sensação de ocuparem na evolução social, sempre concebida no sentido de um progresso contínuo, uma posição privilegiada e particularmente dinâmica que não deixa, no entanto, de revelar certos traços deterministas e evolucionistas em relação à educação.

Ao representarem o seu papel como os formadores das próprias sociedades, estes docentes não se assumem apenas como mediadores da reprodução cultural - como transmissores entre as gerações da cultura/informação herdada do passado. Ao não dissociarem a reprodução cultural da reprodução social, assumem claramente um lugar privilegiado na reprodução da sociedade.

Desvalorização social, perda de poder e Reforma

Hoje têm sempre queixas a fazer do professor... Ninguém reconhece o nosso trabalho.

[Ent. 19, Ens. Secund.]

Nas últimas duas décadas, assistiu-se a uma mudança radical na configuração do sistema educativo que passou de um ensino de elite para um ensino de massas, que se tem revelado incapaz de assegurar a valorização social do próprio sistema. Os resultados, em termos de rentabilidade social, deixaram de ser idênticos aos que eram obtidos quando o ensino apenas servia uma elite, devido ao carácter integrador e flexível do sistema actual.

Se, há anos atrás, um grau académico assegurava um determinado *status* social e as compensações económicas inerentes, nos dias de hoje os graus académicos foram substituídos por outros mecanismos selectivos, a maior parte dos quais fora do sistema de ensino (relações sociais da família).

A universalização do ensino não produziu a promoção social (sobretudo das camadas mais desfavorecidas) que se esperava. Aliás, seria difícil a um ensino massificado manter os mesmo objectivos e alcançar resultados semelhantes a um ensino de elite. Esta situação gerou uma retirada do apoio unânime ao sistema de ensino, no geral, e ao professor, em particular. Os pais sentem-se defraudados, percebem que a escola deixou de desempenhar o seu papel de mediadora do futuro dos filhos e, conseqüentemente, abandonam a ideia da educação como o garante de um futuro mais promissor.

Se, há alguns anos, os pais estavam dispostos a dar todo o apoio aos professores, actualmente a situação é bem diferente.

Se tudo corre bem é porque os filhos são bons estudantes, e se as coisas correm mal é porque os professores não prestam... (Ent. 7, Ens. Secund).

O relacionamento com os pais é precisamente uma das situações mais difíceis de experienciar pelos docentes do ensino secundário. Por isso, são muitos os que referem que, de todas as actividades que desempenham, a que consideram menos gratificante é a de director de turma.

Eu sempre gostei de ser professora, sempre adorei dar aulas mas, hoje em dia, ponho em causa isso tudo e inclusivé o meu papel aqui. Pelos vistos tem que se ter sempre atenção à atitude do encarregado de educação... Se se diz uma coisa pode implicar com isto... Se se diz o contrário pode implicar outra... Também pode ir contra o que o professor diz... Eu penso que hoje em dia o professor é mais um inimigo que um amigo para os encarregados de educação... Hoje têm sempre queixas a fazer do professor (Ent.19, Ens. Secund.).

Os pais atiram com os filhos para a escola e o director de turma é que é sempre chamado quando há confusão... Os pais nunca aparecem... Eles acham sempre que a culpa de tudo é dos professores (Ent. 8, Ens. Secund.).

O abandono da ideia da educação como a promessa de um futuro mais promissor e a conseqüente retirada de apoio ao professor não se registou apenas por parte dos pais. Todos os agentes sociais, dos meios de comunicação às instâncias governamentais, atribuem ao professor, enquanto responsável directo do sistema de ensino, a responsabilidade pelas múltiplas deficiências, imperfeições e lacunas que caracterizam esse mesmo sistema.

Também a tradição e a experiência pessoal marcam fortemente a expectativa que se tem do papel do professor - o responsável pela "nossa educação". Quando a imagem idealizada e a realidade não coincidem a conseqüência é a desvalorização social da profissão docente e o não reconhecimento social do trabalho do professor.

Os docentes percebem a imagem socialmente partilhada pelos diferentes agentes sociais sobre o seu papel, a partir do não reconhecimento e da desvalorização social da sua profissão.

A sociedade hoje em dia menospreza o trabalho do professor... Não reconhecem o nosso trabalho... O professor deveria ser uma personalidade com mais respeito de todos (Ent. 19, Ens. Secund.)

A sociedade não nos dá importância nenhuma... A sociedade continua a achar que a escola é um depósito de meninos, que quanto mais tempo aqui estiverem melhor... (Ent. 9, Ens. Secund.).

Estes docentes estabelecem a diferença entre a "importância social real" da sua profissão e a "importância socialmente atribuída" ao professor. Em termos "sociais reais" o professor assume uma importância fundamental. Em termos de "atribuições sociais", consideram que não é reconhecido nem atribuído valor à profissão docente.

Em termos da sociedade... Em termos reais, tem um papel de importância crescente... Em termos de importância social o professor é muito pouco reconhecido (Ent. 3, Ens. Secund.).

Contudo, se esse valor parece ter sido esquecido, a imagem que os docentes mantêm de si próprios, nomeadamente quando, face a diversas categorias sociais, se identificam sempre como professores, não parece afectada pela imagem que os outros elaboram a seu respeito. A desvalorização de que são alvo parece ter graduações diversas e a mais negativa parece ser aquela em que são identificados com os funcionários públicos.

Eu sinto-me professor... Mas tratam-nos sempre como funcionários públicos... E isso é o pior de tudo (Ent. 9, Ens. Secund.).

Na sociedade actual a educação é objecto de um amplo debate social, graças ao qual se constroem crenças e formulam diferentes exigências, muitas vezes contraditórias, em relação ao comportamento do professor.

Ao mesmo tempo que se lhes pede que seja um amigo e estabeleça com os alunos uma relação de ajuda, exige-se-lhe que exerça a autoridade e que seja imparcial na selecção dos alunos. Da mesma forma, já não se lhe pede apenas que prepare as novas gerações para responderem às necessi-

dades actuais, mas para enfrentarem as exigências de uma sociedade futura que ainda é desconhecida.

E também temos que prepará-los para a sociedade do amanhã, que ainda nem sabemos como vai ser... Antigamente era muito mais fácil preparar um indivíduo para uma sociedade que era mais ou menos estável... Agora temos que preparar o aluno para ele poder aceitar a mudança permanente e para estar preparado para o futuro, o que é extremamente difícil (Ent. 10, Ens. Secund.).

Esta evolução e incremento das exigências sociais projectadas sobre a educação, para além de tornar mais complexa a função docente conduziu a uma indefinição da sua prática profissional. Os docentes entrevistados, embora assumam o papel de "professor polivalente", não deixam de se mostrar apreensivos face a essa prática.

Neste momento, passando por pai, tio, avô e até psicólogo, somos um pouco de tudo... Mas ser professor não é bem isto... Ele devia ser uma pessoa capaz de transmitir alguma coisa interessante aos alunos... Mas é complicada a nossa situação actual (Ent. 4, Ens. Secund.).

As profissões definem-se pelas suas práticas e por um certo monopólio das regras e dos conhecimentos da actividade que realizam. Se bem que a educação institucionalizada seja uma competência dos professores, eles não detêm a responsabilidade exclusiva sobre essa actividade que sofre influências políticas, sociais, culturais e económicas. Além disso, os professores reproduzem um conhecimento que não produzem (Sacristán, 1991).

Para este autor "... a imagem do artesão que inventa e reproduz a sabedoria prática está relacionada com a criação individual e colectiva do grupo que exerce o ofício; mas, no caso dos professores, trata-se de uma prática que não lhes pertence em exclusivo, sendo-lhes extemporânea a sua génese" (1991:78). De facto, as relações dos professores com o saber são hoje bastante diferentes do que eram no período áureo da expansão da es-

cola. O saber, para além de já não ser um exclusivo seu, é ele próprio questionado.

A prática da educação é anterior ao conhecimento formalizado sobre a mesma e ao aparecimento dos sistemas institucionalizados de educação. A educação dos filhos é uma prática comum a todos os grupos humanos, dando origem a uma cultura partilhada, face à qual todos se sentem capacitados para emitirem opiniões e perspectivas sobre o seu significado e formularem juízos sobre as suas finalidades. Embora a escolarização implique determinadas formas de conceber e organizar a educação, há sempre uma certa continuidade com a prática de "criar" os filhos e com as relações sociais extra-escolares anteriores ao fenómeno da escolarização.

Também o desaparecimento do consenso social sobre a educação e o facto desta ter deixado de ser apenas apanágio de especialistas, contribuíram para que a educação seja entendida como um espaço cultural partilhado, que não é exclusivo dos professores.

Os professores, embora assumam que a actividade educativa e de ensino é uma competência socialmente partilhada, não deixam de mencionar a dimensão conflituosa que essa partilha gera, numa sociedade complexa na qual os significados sobre a educação divergem grandemente entre os diferentes agentes /grupos sociais.

Os pais são fundamentais a este processo, mas eles estão de costas viradas para a escola... Nunca aparecem... E quando aparecem enfim... (Ent. 4, Ens. Secund.).

A reforma do sistema educativo, ao atribuir um papel mais interveniente aos pais, parece ter agravado esta dimensão conflituosa. Isso mesmo é confirmado por muitos docentes deste grau de ensino.

Os pais agora com a reforma não se preocupam... Querem lá saber da escola e do que cá se passa... Os filhos passam sempre (Ent. 7, Ens. Secund.).

Se no passado os professores, através do seu processo de profissionalização, em que conquistaram o monopólio dos saberes e competências

em matéria de ensino sempre com o apoio e protecção do Estado, detinham o poder sobre a sua profissão, actualmente, e embora se apoiem numa formação universitária, parecem ser incapazes de manter o seu domínio exclusivo sobre a sua profissão. Esta não está directamente ameaçada por categorias profissionais com quem esteja funcionalmente articulada, mas por agentes (dos pais e encarregados de educação aos meios de informação) que são exteriores à profissão e com os quais os docentes necessariamente interagem. Estes agentes, cujas competências advêm, sobretudo, da aquisição de um conhecimento socialmente partilhado sobre a educação que a pedagogia e as ciências da educação ajudaram vulgarizar, exercem sobre o território de trabalho dos professores um controlo estreito que há muito "furou" as estratégias desenvolvidas pelos docentes para o domínio da sua situação de trabalho e para a manutenção da sua autonomia profissional.

Também a dificuldade da pedagogia em fazer-se reconhecer como corpo autónomo de conhecimentos científicos tem gerado relações ambíguas. De facto, ao saber da pedagogia contrapõe-se sempre a cultura científica das várias disciplinas. Os professores secundários expressam precisamente a importância da relação com o saber global em oposição à aquisição das técnicas pedagógicas.

As escolas hoje têm sido cheias com os professores das vias de ensino o que também contribuiu para este estado de coisas... Ou seja, eles agora têm metade da formação científica que deviam ter porque, nessa metade, metem-lhes as pedagogias e isso, em vez de melhorar, contribui cada vez mais para a degradação completa. Não quer dizer que essa metade não lhes sirva, pelo menos, para perceberem que aquilo não se aplica. Percebem é tarde. Os animadores culturais que eles querem fazer dos professores é qualquer coisa que já se viu que não resulta... Não é com as técnicas que eles ensinam que se vão remediar as coisas (Ent. 18, Ens. Secund.).

Nas interpretações e representações produzidas sobre o papel do professor na sociedade actual, transparece a incapacidade, manifesta ou laten-

te, de manter a autonomia profissional ou de encetar estratégias de exclusão, que garantam o controlo exclusivo da sua situação de trabalho, já que, embora por um lado tenham o apoio do Estado em termos da formação e das exigências de acesso à profissão, por outro é o próprio Estado, através das instâncias ministeriais, que consagra e legitima as interferências externas na própria profissão docente, nomeadamente através do papel que os encarregados de educação são chamados a desempenhar no actual sistema educativo ou das reformas sempre impostas de fora para dentro.

O papel do professor está-se a diluir porque, por exemplo, no ano passado não reprovou nenhum aluno do 7º por causa da reforma. O professor está sem hipóteses nenhuma... Alunos na rua já não se justifica porque eles já não reprovam por faltas... Na realidade eles não reprovam e, por isso, o professor está preso de pés e mãos (Ent. 8, Ens. Secund.).

Sobre a reforma parecem cristalizar-se todos os "males" que afectam o ensino e o papel do professor.

Para os docentes do ensino secundário, a gestão do tempo e a constituição das turmas, face às constantes solicitações/imposições a que têm de responder, e todos os regulamentos produzidos centralmente pelas instâncias de controlo do sistema de ensino formulados e elaborados fora das salas de aula e das escolas, são os aspectos que definem negativamente a gratificação de muitas actividades desenvolvidas e mostram como, na ausência de negociações e de recursos, os objectivos são subvertidos/ultrapassados para manter em funcionamento as actividades diárias da organização, neste caso para que o "sucesso escolar" seja mantido.

Trabalhar na reforma é muito pouco gratificante... A reforma diz que o professor deve individualizar o ensino, que deve estabelecer planos de apoio individualizado... mas isso só se as turmas tivessem 15 alunos como eles propunham... Neste momento temos turmas com 32 alunos... Como é possível fazer um tipo de ensino individualizado? É impossível. Nós chegamos a meio do ano e não sabemos o nome de todos os alunos. Se o aluno tem nota negativa, tem que ter um plano especial de apoio e esse apoio devia ser dado na sala

de aula... Como é que se pode dar esse apoio numa sala com 32 alunos?... Onde é que está o tempo?...E se tiver 15 alunos com nota negativa, como é frequente acontecer, como é? Um plano especial para 15 alunos... sim, porque se o professor não tiver esse plano especial não os pode chumbar... O que é que o professor faz? Quero lá saber do plano especial, toma lá 11 ou 12... (Ent. 17, Ens. Secund.).

Quando começámos com a reforma faziam-se coisas engraçadas, só que depois começámos logo a ver muitas deficiências ao nível dos programas... Diziam-nos para darmos um bocado pela rama, devido à extensão dos programas e à falta de tempo... Entretanto começámos a ter reuniões e a assinalar nos programas os aspectos positivos, os aspectos negativos, propostas de alteração... Os senhores da reforma vinham cá e levavam a informação para cima... Daí a uns tempos vinham os programas exactamente na mesma e nós começámos a ver que não servia de nada o nosso trabalho... (Ent. 8, Ens. Secund.).

Parece existir, portanto, uma contradição entre o prestígio da renovação do sistema de ensino imposta pelos responsáveis do sistema educativo e da sociedade em geral, elaboradas "...fora do teatro imediato da acção escolar" (Sacristán, 1991:74), a não atribuição dos meios necessários para a conseguir e o ignorar das interpretações alternativas dos docentes face aos regulamentos que tendem a homogeneizar toda a sua actividade profissional.

As normas vinham um dia antes ou mesmo um dia depois das reuniões, não dando qualquer possibilidade de nos podermos pronunciar... Nunca se sabia o que ia acontecer, o que era preciso fazer.. Lá de cima só nos dizem é preciso fazer isto, é preciso fazer aquilo... Nós não temos condições e, então, não estamos para nos chatear. Se 150 alunos precisarem de apoio onde é que nós temos condições físicas e psicológicas para o dar? Como é que nós vamos conseguir determinar as necessidades específicas de cada um? Como é que nós vamos conseguir fazer isso? Não conseguimos e então os alunos passam... Não sabem mas passam... (Ent. 13, Ens. Secund.).

A reforma é encarada quer como um elemento imposto e necessário, quer como um elemento imposto e perturbador. Persiste sempre a interpretação de uma imposição face à qual, mesmo quando considerada necessária,

se tem pouca capacidade de manobra/autonomia, escassos meios para a concretizar e um trabalho acrescido.

É preciso mudar as mentalidades, tanto a nível dos professores como a nível superior, dos senhores que estão lá nos gabinetes a fazer as novidades sem saberem o que se passa no terreno, sem saberem as dificuldades que nós temos para as aplicar. Isto foi tudo lançado para cima das costas dos professores e, portanto, um dos grandes insucessos da reforma é isto... Foi tudo de repente, para os alunos e para os professores. Nós fomos avisados com um mês de antecedência que, no ano, seguinte íamos experimentar programas novos que ainda estavam a ser elaborados e, nos 2 primeiros anos, os materiais tivemos que ser nós a criar em casa, com muitas horas de pesquisa... Não nos dão condições de trabalho e isso dá um grande desgaste ao professor, o que faz com que as pessoas não adiram... Assim, a pessoa já está saturada e vai fazendo o mínimo que pode e sempre com muita desilusão à mistura (Ent.11, Ens. Secund.).

A desconfiança face à reforma é grande e, em termos do sucesso escolar, é-lhe atribuída a responsabilidade pelo abaixamento do nível de conhecimentos dos alunos a quem, cada vez mais, se exige cada vez menos.

Os alunos, agora, quase podem passar de ano sem quase não irem à escola, sem atingirem os mínimos. Eu acho que os mínimos exigidos são muito baixos e eu não sei o que vai acontecer por causa disto... Porque, se realmente se exige tão pouco e eles passam quase administrativamente, então o que é que vai acontecer daqui a uns anos? Que pessoas estamos nós a formar? ...Os mínimos que se exigem são muito baixos (Ent. 2, Ens. Secund.).

São muitos os professores que se mostram cépticos em relação à reforma e que não hesitam em afirmar que o ensino está "caótico" e que, consequentemente, os resultados da reforma são "catastróficos".

As coisas têm piorado de uma forma um bocado alarmante... A reforma é muito utópica nos seus objectivos... É muito interessante mas depois, quando posta em prática, os resultados que estão a vir e que nós observamos todos os dias na escola são catastróficos... Os alunos já perceberam que andam ali e que têm garantida a passagem de ano... A história

de acabarem com a palavra reprovação e a passagem semântica disso para retenção não é meramente semântica, é um facto e eles já perceberam (Ent. 18, Ens. Secund.).

O que persiste nestes docentes é uma imagem do ensino dominada por imposições exteriores/superiores, pela indefinição e pela descrença geradas pela reforma. Descrença em relação ao seu papel, descrença no seu trabalho e, sobretudo, descrença nos resultados do ensino que ministram.

Quase todos os docentes entrevistados, neste nível de ensino, vêem a reforma como a grande reponsável pela perda de poder do professor no momento actual. Ela parece ter penetrado precisamente no último reduto onde os professores tinham ainda algumas possibilidades de afirmarem o seu poder - na selecção dos alunos.

Com esta história da reforma, nós já não lhes podemos tocar... Já quase não nos deixam chumbá-los... Nós somos praticamente obrigados a passá-los... Já não serve de nada pô-los na rua, eles já não chumbam por faltas... (Ent. 7, Ens. Secund.).

Também este último reduto de poder passou a ser partilhado. Hoje, o professor tem que justificar perante os colegas, perante os pais e o próprio ministério, os motivos do insucesso do aluno. Aliás, ao professor cabe detectar as dificuldades geradoras do insucesso e encetar planeamentos e programas para as ultrapassar e, se o insucesso persistir, é a ele que são atribuídas as responsabilidades pelo mesmo.

Se um dos objectivos desta reforma era combater o insucesso escolar e alargar a escolaridade obrigatória, descurando o que se iria passar após o 9º ano, situação para a qual não se encontram planeadas saídas em termos de formação alternativas ou de mercado de trabalho, um professor não deixa de chamar a atenção para esta faceta " socialmente enganadora da reforma".

Aqueles que chegam ao 9º ano e passam... aí é que está o problema, porque eles não se vão embora... Então, o pai que viu o filho chegar ao 9º ano não vai tirá-lo da escola... O pai não sabe... O pai só sabe que o filho passou sempre e, portanto, vai inscrevê-lo no 10º e

aí é que é a desgraça, porque eles passam independentemente do estado em que estão. De facto estamos a aproximarmo-nos da Europa com uma taxa de aprovação muito boa... É também aí que começa o desespero para o professor, porque esse aluno não domina os conceitos básicos e o professor sente-se completamente impotente para fazer face aquilo e, claro, que é impraticável... Ou então, vêm para aí ordens no sentido de dar seguimento também ao secundário e, depois, o problema fica para o superior e eles que resolvam... Eu acho que eles faziam a limpeza logo nas específicas (Ent. 7, Ens. Secund.).

Questiona-se até que ponto os professores do ensino secundário não funcionam, para as instâncias superiores, como os protagonistas que, enquanto executores desta reforma, legitimam o contingente de desempregados que "inundará" a sociedade nos próximos anos.

Todo o trabalho docente é condicionado pelos sistemas de ensino e pelas organizações escolares em que estão inseridos. Se bem que a sua prática profissional dependa de decisões individuais, ela rege-se sempre por normas colectivas e regulamentos organizacionais.

Dentro deste quadro, a autonomia dos professores é sempre balizada por regras bem definidas e a sua manutenção requer um persistente compromisso/negociação entre as directrizes exteriores, o contexto real da acção docente e a visão idílica transmitida pelas instituições de formação dos professores.

Para muitos professores do ensino secundário, o estágio é considerado como uma das situações mais negativas que marcaram a sua vida profissional. O estágio é, sobretudo, sentido como negativo *a posteriori*, quando se constata a sua desadequação face às condições reais da prática ou seja, quando sentem que ele não os preparou para enfrentarem o dia a dia da escola.

Eu quando fiz estágio achava que valia a pena... mas aquilo eram só ideais... depois, quando cheguei à escola e vi os problemas que havia, percebi que o estágio não tinha vali-

do nada, pelo contrário... Comecei logo a ver as deficiências e as chatices que havia (Ent. 8, Ens. Secund.).

A formação recebida durante o estágio parece ter incutido apenas a visão idealizada da profissão, ao ensinar o que o professor deve ser ou fazer, sem os preparar para o confronto real com a profissão. Walter ([1974], *in* Esteve, 1988) refere que, durante o primeiro ano, a maioria dos docentes tem de rever profundamente a imagem interiorizada durante a sua formação. De seguida, assiste-se ao esboroar dessa imagem e estabelece-se uma crise de identidade determinada pela contradição entre o meio ideal que o professor desejava ou pensava poder realizar e o seu meio real, aquele com que é confrontado e obrigado a realizar quotidianamente.

Quando abordam a falta de condições de trabalho, estes professores referem-se maioritariamente aos "problemas" que a reforma gerou, "problemas" esses que chegam a pôr em causa não só a sua saúde, como o próprio papel do professor como único detentor de poder.

A reforma está a dar cabo de mim. Com a reforma o professor está a ficar sem apoios nenhuns... nós somos praticamente obrigados a passar os alunos... (Ent. 8, Ens. Secund.).

Os professores do ensino secundário, desmotivados e desencorajados pela falta de meios, tendem a assumir uma atitude de descompromisso face às exigências que lhe são feitas/impostas.

São planos de apoio para aqui, planos de apoio para acolá e depois não há condições nenhuma na escola... Há alunos que têm determinadas dificuldades mas depois não há horário para o professor dar esse apoio ao aluno... É uma tragédia... E depois as turmas são tão grandes, tão grandes que só a meio do 2º período é que começamos a conhecê-los... O trabalho que eu estou a ter este ano é incrível e, cada vez que eu invisto em qualquer coisa, chego à conclusão que não vale a pena... (Ent. 8, Ens. Secund.).

Socialmente desvalorizados, sem prestígio, com um poder cada vez mais reduzido, pressionados por todos os agentes envolvidos no sistema educativo e desmotivados, os professores vivem hoje espartilhados entre

"um cem número de apelos e de afazeres, que são impostos e solicitados à escola e para os quais o professor não tem capacidade de resposta... O que muitas vezes nós sentimos, é que cada vez nos pedem mais... Os pais, os alunos, a instituição, o ministério, a carreira... E a certa altura há uma angústia e uma desmotivação muito grande para fazer o que quer que seja" (Ent. 1, Ens. Secund.).

A reforma parece ter agravado o grau de conflitualidade vivido diariamente pelos professores. Conflitualidade entre a imagem idealizada e a degradação da imagem pública, e entre as concepções e exigências ligadas ao seu papel e o desempenho real do próprio papel. Estes professores (tal como os outros), embora "habituaados" a viver com o conflito, parecem ceder face às exigências da reforma. A desmotivação que referem constantemente é um dos indicadores que, "do terreno da crise e da crítica social", passaram para o terreno da "crise pessoal". São patentes, nos seus relatos, algumas das situações classicamente identificadas com o mal-estar docente e que se traduzem em perturbações no desempenho do seu papel, nomeadamente angústia, desmotivação e descrença.

Para a maioria destes docentes, as situações negativas que marcaram a sua vida profissional nunca estão directamente relacionadas com os comportamentos dos alunos. Não transparecem, nos relatos destes docentes, as situações de crise de disciplina ou o aumento de violência por parte dos alunos, que têm sido descritas por diversos autores.

4.3 O refúgio: alunos e sala de aulas

Os alunos... O trabalho com eles na sala de aula e a relação que se estabelece, são tudo.

[Ent. 2, Ens. Secund.]

De todas as actividades desenvolvidas na organização, aquela que os professores secundários elegem como a principal e, simultaneamente, a mais gratificante, é o trabalho directo com os alunos na sala de aula. Todos descrevem a relação com os alunos como uma situação extremamente positiva:

A minha experiência com os alunos tem sido sempre muito, muito positiva... Tem sido extremamente gratificante. Eu dou muito no meu trabalho para eles e dou muito naqueles 50 minutos na sala de aula e tenho sido recompensada (Ent. 2, Ens. Secund.).

O relacionamento com os alunos volta a estar presente quando se referem às situações que mais os marcaram positivamente ao longo da sua vida profissional.

O primeiro ano em que deram aulas, também referido por muitos docentes como uma experiência muito positiva, é entendido sobretudo como um ano de aprendizagem que se revelou fundamental em termos do desempenho futuro.

Eu nunca tinha estado no ensino e aprendi muito no primeiro ano que dei aulas... e depois, o facto de estar a dar aulas sozinha ao 12º ano fez-me muito bem, obrigou-me a crescer e essas duas situações deram-me a capacidade de enfrentar quase tudo a partir daí (Ent. 14, Ens. Secund.).

Para estes professores, a docência/trabalho directo com os alunos, para além de ser assumida como a actividade principal, é também a mais gratificante, independentemente do sucesso/insucesso ou reconhecimento da mesma. Uma possível explicação para esta situação pode ligar-se com o

facto dos professores secundários já terem interiorizado e conviverem melhor com a desvalorização da sua profissão e com a degradação da sua imagem social e, por isso, a este nível não terem expectativas de reconhecimento no desempenho das suas actividades. Elas valem por si e dão-lhes a gratificação possível, face a todas as solicitações e exigências com que se defrontam quotidianamente.

Quando se referem a esta actividade e, através dela, ao trabalho com os alunos, nunca equacionam as dificuldades que atravessam este relacionamento. Ele parece impor-se por si, sem condicionantes *a priori* ou *a posteriori*:

Para mim o mais gratificante é mesmo estar na sala de aula com os alunos, ensinar, conversar da vida, do dia-a-dia, aproveitando a física e a química... Essa relação é que eu gosto, é que me dá gozo. Eu venho com problemas lá de fora, de casa ou da rua, mas chego à sala de aula e passa tudo (Ent. 11, Ens. Secund.).

Os alunos e a sala de aula são os elementos que delimitam e definem a docência quer enquanto actividade principal, quer em termos de gratificação. A sala de aula e o relacionamento com os alunos parecem ser o único espaço/tempo em que os professores, libertos de todos os constrangimentos (institucionais e sociais), podem afirmar-se como tal. Aí, a liberdade do professor exerce-se plenamente e eles podem gerir e distribuir o seu poder e saber sem interferências externas. A sala de aula é o espaço utilizado como meio para o exercício do poder e do saber - para a prática da "disciplina" (Foucault, 1984).

Os professores do ensino secundário vêem a organização onde estão inseridos como um reflexo da sociedade, como um "microcosmos" onde se vivem os mesmos conflitos e se sentem as mesmas pressões e tensões sociais. Os órgãos de poder representados pelo conselho directivo não são, de uma forma geral, alvo de críticas, pelo contrário faz-se constantemente refe-

rência ao seu esforço na tentativa de apaziguamento e resolução dos conflitos.

Estes professores parecem distantes da escola. As suas concepções sobre a organização são, na maior parte dos casos, distantes e desapaixonadas, ao contrário do que acontecia quando se pronunciavam sobre a docência ou o sistema de ensino. Por vezes denotavam mesmo alguma dificuldade em pronunciar-se sobre a escola, apontando apenas para aspectos ligados com a conservação e limpeza do espaço.

Esta situação de afastamento da organização pode encontrar a sua explicação no facto de estes docentes não terem na escola o seu espaço de trabalho. A escola constitui um espaço onde vêm trabalhar; onde se dirigem, alheados uns dos outros, para manterem a ordem, a disciplina, cumprirem as directrizes burocráticas e promoverem o sucesso escolar (combaterem o insucesso escolar).

Nas representações e interpretações destes docentes a escola, enquanto organização, assume um lugar (centralmente) marginal comparativamente aos alunos e ao ensino.

4.4. Docência *versus* investigação: o dilema

Quando eu digo ensino, é ensino e investigação. São duas coisas que estão intimamente ligadas e que eu não consigo desligar.

[Ent. 15, Assist. Estag.]

Para os professores do ensino superior o ingresso na docência deveu-se a uma ausência de outras alternativas profissionais ou à "alternativa

possível" quando não se conseguiu encontrar outro emprego. Subjacente a estas opções está sempre o facto de uma oportunidade ter surgido e ter permitido a concretização dessa mesma opção.

Por uma razão muito pragmática. Eu precisava de arranjar emprego. Na altura não tinha emprego e, portanto, foi o primeiro que apareceu. Surgiu esta oportunidade, concorri e fiquei (Ent. 3, Assist.).

Pela força das circunstâncias. Quando acabei o curso, eu sempre vivi um bocado na lua e, além disso, tinha uma adoração pela Madame Curie e dizia que não queria ensinar. Acabei o curso e não concorri a escola nenhuma. Andei à procura de emprego na investigação. Eu queria era fazer investigação... Então estive um ano no desemprego, o que me custou muito porque tinha tirado o curso com muitas dificuldades económicas e aquilo fez-me mossa. Então, no ano seguinte, concorri a todos os sítios e acabei por ser convidada para a Faculdade de Ciências... e fui logo ensinar. Não tive outro remédio (Ent.18, Prof. Assoc.).

Contudo, as razões da opção pela docência nos professores universitários não se esgotam nestes aspectos. Alguns docentes apontam como principal razão para o ingresso no ensino o facto de poderem fazer investigação.

Eu entrei para o ensino porque, na altura, era a única maneira de poder fazer investigação (Ent. 9, Prof. Aux.).

Quando eu digo ensino, é ensino e investigação. São duas coisas que estão intimamente ligadas e que eu não consigo desligar. Até porque são duas coisas complementares... (Ent. 15, Assist. Estag.).

Manifesta-se, desta forma, a importância atribuída pelos professores universitários ao seu papel de criadores de saber. Papel que eles claramente assumem e que sabem ser a fonte do seu prestígio no meio académico, o qual, explícita ou implicitamente, atribui sempre um valor determinante a esta vertente da função docente em termos de progressão na carreira.

ra. Disso mesmo se queixam os poucos professores universitários que optaram pela docência, invocando a vocação.

Para mim ser professor é um estado de espírito e eu gosto daquilo que faço...Mas nós só somos avaliados pela investigação e não pela docência... Isto para dizer que a componente pedagógica, que é aquela que de facto nos faz ser professor, está descurada... Fala-se da carreira docente mas, para se progredir nesta carreira, o que tem mais peso é a investigação científica que nós somos obrigados a fazer (Ent. 17, Assist.).

A necessidade de rentabilizar no mercado de trabalho o curso adquirido e o aliciante de poder fazer investigação, foram os motivos determinantes que levaram os docentes universitários a tornarem-se professores.

É também esta concepção que marca as representações dos docentes universitários. O professor, tal como acontecia com os professores do ensino secundário, é também aqui representado como o formador dos homens do amanhã; como o "arquitecto do futuro".

Ser professor é ser profissional da transformação do ambiente de modo a que ele seja o mais possível favorecedor ou promotor do desenvolvimento humano...É uma espécie de arquitecto do futuro, é ter um grande potencial de determinação do futuro. Não o futuro pelo futuro, mas o futuro pela realização humana (Ent. 2, Assist.).

Eu acho que isto é a tal vaidade dos docentes e uma coisa que justifica a nossa existência em termos genéricos e que é a capacidade que nós temos de alterar os outros e, através disso, alterar o mundo... E esse lado, que é provavelmente uma fantasia, é qualquer coisa que está de algum modo subjacente e, se nós conseguirmos convencer-nos que estamos a atingir isso, ou pelo menos a trabalhar para isso... Eu penso que esse lado nos dá um certo conforto... é o facto de nós irmos formando pessoas que, de algum modo, vão prolongando a actividade que nós vamos desenvolvendo e, portanto, é uma espécie de extensões do eu... É um pouco a filosofia do fazer escola...(Ent. 5, Prof. Aux.).

Também, para estes docentes, a imagem idealizada da profissão é justificada pela sua grande importância social e recusam-se igualmente a

adoptar uma concepção estrita da aprendizagem tal como o faziam os docentes do ensino secundário.

Raros são os professores que, neste grau de ensino, definem o professor centrando-o na relação com o aluno. Aqueles que o fazem, são normalmente os professores com mais anos de ensino ou aqueles que justificam a sua opção profissional em termos vocacionais.

O professor é o responsável pela formação dos outros, portanto, daí que tenha que haver uma relação muito íntima entre o professor e aquele que é ensinado... Uma relação de mútuo entendimento... É muito importante compreender o discente e estabelecer com ele uma relação de tal forma que não haja sobressaltos... Que haja um entendimento mútuo para que o outro cresça (Ent. 8, Assist.).

Embora os docentes universitários não atribuam, maioritariamente, uma importância decisiva à relação professor-aluno (nas suas concepções sobre o professor), é precisamente esta relação que atravessa e domina as situações mais marcantes da sua experiência de docência. Estas situações, todas elas tomadas no sentido positivo, articulam-se sempre em torno do processo de relacionamento com os alunos. Relacionamento este que parece centrar-se mais nas vivências partilhadas e não na sala de aula, como acontecia com os professores do ensino secundário.

A situação mais marcante da minha experiência prende-se com a docência... Com o relacionamento com os alunos... É a parte mais rica. Apesar da investigação ser importante, mesmo quando estive a fazer o trabalho de campo nunca deixei de ter contactos com os alunos, apesar de ter dispensa do serviço docente... Porque a minha relação com os alunos é fundamental... É um balão de oxigénio permanente para a minha função (Ent. 7, Prof. Aux.).

A relação que se tem com os alunos uma coisa que fica... Aqui no departamento, nós estamos muitas vezes com eles uma semana no campo e isso contribui para que se estreitem as relações e que não se fique apenas por aquele aspecto formal da aula, durante duas horas, e depois cada um vai para seu lado...Essa convivência torna-se nesses períodos uma

vida em comum que possibilita um conhecimento mais particular e uma troca de experiências muito importante para mim... Isso é das melhores coisas que o ensino tem (Ent. 16, Prof. Aux.).

Também marcantes para estes docentes, mas não de uma forma unânime, foram a prestação de provas pedagógicas ou a defesa de teses, sempre associados a trabalhos de investigação e encaradas como exigências ou imposições inerentes à carreira, que se consubstanciam em momentos decisivos da vida académica.

O doutoramento para além de ser uma exigência da carreira é o facto mais marcante da vida académica e, é claro, que ele foi um passo decisivo para mim. Penso mesmo que ele foi o ponto crucial da minha carreira... Com tudo aquilo que ele nos dá... Ele é, de facto, fundamental (Ent. 1, Prof. Assoc.).

Foi marcante fazer as provas de aptidão pedagógica... Foi uma etapa de facto marcante... A própria experiência de investigação empírica, que fiz com 5 professoras, foi também uma experiência única de relação e de continuidade de um trabalho minimamente empenhado (Ent. 2, Assist.).

O doutoramento e todas as provas em que houve uma avaliação de conhecimentos pelos seus pares, parece constituir uma etapa marcante da sua integração na comunidade científica.

Quer através das suas concepções sobre o papel do professor, quer através das situações que mais marcaram a sua vida profissional, os professores do ensino universitário assumem-se como formadores que vêem, nas vivências relacionais com os alunos o aspecto mais marcante da sua actividade. E a ideia do universitário apenas interessado e dominado pela investigação esbate-se nos relatos de alguns destes docentes, sobretudo dos Assistentes, que valorizam, mais as actividades que resultam da sua própria estratégia de integração na universidade - a docência, neste caso concreto.

Está descrito o conflito de papéis, que faz com que estes docentes frequentemente se sintam divididos entre a docência e a investigação, deba-

tendo-se com alguns dilemas quando se trata de optar por uma destas vertentes (Donnay, 1988). A esta situação não é alheia a valorização, explícita ou implícita, que o meio universitário e social consagra a cada uma delas e, até ao momento actual, não se pode negar que a investigação - produção de conhecimentos - tem sido, pelo menos em termos institucionais, a eleita.

Os professores universitários, embora não neguem esta situação, parecem atribuir uma importância maior ao seu papel de docentes. Isso mesmo se verifica quando se pediu aos docentes que indicassem o seu grau de pertença subjectiva a uma série de categorias profissionais e em que, a grande maioria, se definiu exclusivamente como professor. Questiona-se se esta identificação produzida a nível discursivo se concretiza ao nível das práticas ou se reflecte apenas uma dificuldade em assumirem um outro papel, que não aquele que a sua carreira consagra. Um pequeno grupo destes docentes diz-se incapaz de se identificar apenas com uma categoria e opta por se definir como professor/investigador.

Esta dualidade volta a encontrar-se quando são chamados a eleger a principal actividade desenvolvida na organização. Muitos professores mostram dificuldade em fazer essa opção e colocam a investigação e a docência ao mesmo nível.

Dar aulas dá-me muito prazer, mas a investigação também. Eu tenho muita dificuldade em separá-las... Acho até que podem ser complementares... Eu creio que é 50% para cada uma (Ent. 14, Prof. Aux.).

Se se considerar a Universidade como um lugar, por excelência, de produção de conhecimentos científicos, não é de estranhar que estes docentes se definam como professores - investigadores. Como refere Santos (1994), o objectivo educacional inerente à Universidade, nunca suplantou o objectivo da investigação que sempre foi considerado o "fundamento e a justificação" da educação universitária.

A maioria dos assistentes assumem, sem grande dificuldade, a docência como a sua actividade principal (que não aquela que lhes traz mais gratificação e reconhecimento) e os motivos que apresentam para justificar a sua opção prende-se, sobretudo, com a importância do docente como "referência" para os alunos.

Os "alunos", que determinaram e marcaram a sua inserção na vida académica, continuam a ser os mediadores da percepção destes assistentes sobre a actividade que desenvolvem. Para eles, o contacto com a investigação é normalmente feito apenas durante a preparação das provas de aptidão pedagógica e do doutoramento. São, por isso, aqueles que valorizam menos a produção de conhecimentos, com a qual têm um contacto reduzido no seu quotidiano.

Aquela que ponho sempre em primeiro lugar é a actividade de docência... Posso não ter tempo para uma reunião, posso não ter tempo para acabar a tese, mas garanto-lhe que tenho tempo para preparar as aulas e para as dar... Não sei se é a que me ocupa mais tempo, mas é a que coloco sempre em primeiro lugar (Ent. 15, Assist. Estag.).

A docência é a principal, até porque o professor não é só para dizer que $2+2$ é igual a 4, porque, pela posição que nós ocupamos, acabamos por ser uma referência... E, até agora, não tem sido dada muita importância à docência.(Ent. 17, Assist.).

Se a docência, isoladamente ou associada à investigação, é a actividade principal para os professores universitários, se a considerarmos como uma actividade centrada na sala de aula, já não é aquela que lhes dá maiores gratificações, ao contrário do que ocorria com os professores do ensino secundário. E se há docentes que a consideram gratificante, essa gratificação só é atingida quando "os alunos correspondem", já que as aulas, de uma forma geral, são consideradas como situações "frustrantes".

Nestes docentes é feita uma diferenciação entre a gratificação profissional e a gratificação pessoal, ao nível das actividades profissionais desenvolvidas na Universidade.

As actividades que são consideradas mais gratificantes profissionalmente são o trabalho com os alunos fora da sala de aulas ou seja, a orientação de trabalhos, sobretudo os de fim de curso, e de estágios.

Os estágios são aquilo que eu sinto que vale mais a pena. Sinto que há um dar e que há uma resposta concreta do outro lado... (Ent. 19, Assist.).

A orientação de estágios é sem dúvida a mais gratificante... Há uma troca constante (Ent. 9, Prof. Aux.).

A orientação de trabalhos de fim de curso é uma das mais gratificantes. Eu estou a orientar, a coordenar, a ajudar mas estou também sempre a aprender (Ent. 7, Prof. Aux.).

Esta orientação de alunos aparece como a situação ideal que congrega as duas vertentes da sua carreira profissional - a docência e a investigação. Com efeito, permite associar ao papel clássico docente não só a produção de novos conhecimentos, como a partilha dos que já foram produzidos.

A gratificação pessoal é-lhes dada pela vertente científica - pela produção e divulgação dos conhecimentos. Alguns professores justificam a importância da investigação em termos pessoais porque, como referem, "ninguém reconhece a docência e o reconhecimento de outrem é sempre gratificante para qualquer pessoa" (Ent. 12, Assist.), o que pressupõe, desde logo, a valorização da produção científica.

Eu sinto-me muito mais satisfeito, por exemplo, com um artigo que publiquei a partir da investigação que fiz do que propriamente com a docência, porque ela é um trabalho muito pouco reconhecido... Mesmo que a pessoa tenha muitos dotes é muito pouco reconhecida... Penso que ao nível da investigação há a satisfação pessoal de ver qualquer coisa e de se dar a conhecer... (Ent. 12, Assist.).

E também há aqueles que, embora se mostrem concordantes com a gratificação pessoal que a investigação fornece e com a importância do reconhecimento em termos individuais, assumem uma posição mais crítica e consideram não serem reconhecidos por nenhuma destas actividades.

A investigação é a mais gratificante pessoalmente... Quando se consegue partir de uma ideia meio vaga para um processo de criação e de relação de ideias é a mais gratificante... Do ponto de vista pessoal, o reconhecimento também é importante, mas não nos reconhecem por nenhuma. Nem pela investigação, nem pela docência... Reconhecem-nos só por ser uma tradição, porque os portugueses gostam da capa e da batina... Acham graça... Faz parte do património... O estatuto que o professor universitário tinha há anos e o que tem hoje é completamente diferente... Era uma pessoa respeitável, hoje é visto como alguém que não faz nenhum... Ele não é reconhecido, ou melhor, é reconhecido como uma espécie de inevitabilidade. A sociedade estabeleceu uma espécie de pacto que faz com que as pessoas que têm que aceder a lugares de chefia, a lugares socialmente importantes, têm que fazer uma espécie de cerimónia iniciática... Em certas tribos fazem-lhes escoriações na cara, noutras fecham-nos não sei onde e aqui fazem-nos passar por um curso universitário e, para isso, é preciso chamãs e nós somos os chamãs da sociedade ocidental (Ent. 10, Prof. Aux.).

Nos docentes do ensino superior a gratificação de uma actividade parece implicar sempre uma forma de reconhecimento. Pouco habituados a conviver com a situação de desprestígio social, que alguns autores como Guyot (1981) e Donnay (1988) sustentam estar a verificar-se, parecem condicionar sempre a gratificação do seu desempenho a um reconhecimento tanto por parte da comunidade científica - alunos e pares - como da sociedade.

Talvez por isso mesmo alguns professores, sobretudo doutorados, elegem como actividades mais gratificantes as que se relacionam com a extensão universitária ou seja, com as actividades desenvolvidas em colaboração com empresas e outras instâncias sociais. Esperam, no âmbito desses projectos conjuntos, preservar e aumentar o prestígio científico que a sua formação académica lhes dá e obter o reconhecimento social, pessoal e interpares desejado. Nesta "campanha", eles parecem apresentar clara vanta-

gem sobre os assistentes que ainda não dispõem dos meios - autoridade científica - para alcançarem o tão almejado reconhecimento.

A questão que se pode colocar é se, de facto, se está a assistir apenas a uma diminuição de prestígio destes agentes sociais - os professores universitários - ou se se está a assistir à sua dessacralização, como referia um professor entrevistado.

Os professores perderam o carácter de sacralização que tinham, tal como os médicos e os juízes... eu penso que, com os professores, isso aconteceu há mais tempo e se passou rapidamente de uma situação para outra (Ent. 1, Prof. Assoc.).

O que a verificar-se significaria a dessacralização de "mais um domínio da vida social, na continuidade do processo dessacralizador característico da modernidade" (Costa *et al.*, 1994:225).

4.5. Imaturidade e impaciência

Quando já há uma opção clara em termos de especialização é diferente... Mas, até lá... É só tapar buracos.

[Ent. 12, Assist.]

Para os docentes do ensino superior, as actividades menos gratificantes são aquelas que se relacionam com a gestão de recursos técnicos e humanos e aquelas que reflectem o funcionamento da instituição e configuram a sua organização.

A actividade menos gratificante é ter que dar aulas em espaços que não foram criados para isso... Aqui há aulas que se dão em condições inacreditáveis. Nós temos salas

onde, para se projectar qualquer coisa, os alunos têm de se virar para trás. Há salas em que a acústica é zero... As primeiras 4 filas conseguem ouvir, os outros vão-se embora... Depois há salas com muita luz que não têm persianas... (Ent. 9, Prof. Aux.).

Eu, no ano passado, tinha uma turma de 60 alunos numa sala com 20 cadeiras e os corredores estavam cheios de cadeiras que eles iam buscar a outras salas... Os da fila de trás estavam todos de pé e escreviam nas cabeças dos que estavam sentados... Eu estava isolada a um cantinho lá à frente e só pensava se eu tiver aqui uma dor ou outra coisa qualquer, como é que eu vou sair daqui, porque a porta ficava lá ao fundo...(Ent. 15, Assist. Estag.).

Também, todo o trabalho relacionado com as actividades de gestão de recursos técnicos e humanos e aquelas que decorrem da participação na vida interna da organização e de extensão à comunidade, vulgarmente designadas tarefas burocráticas, não apresenta qualquer gratificação para estes docentes.

A menos gratificante, e que às vezes até traz mais problemas ou os problemas são mais que as vantagens, é a parte administrativa, que é uma parte muito aborrecida...(Ent. 4, Assist.).

O trabalho burocrático...Perde-se muito e aí é que a economia da universidade é errada porque, para não gastar mais dinheiro em pessoal para secretariar, então paga a um professor para este perder 1/4 do seu tempo a fazer tarefas que qualquer pessoa com menos habilitações fazia e por um ordenado muito mais baixo...(Ent. 18, Prof. Assoc.).

A importância fundamental da sua profissão para a sociedade e, simultaneamente, o reconhecimento da degradação da sua imagem social são as duas concepções que definem a imagem que os professores têm de si próprios.

Formadores das gerações futuras e participantes activos no desenvolvimento socio-cultural e económico da sociedade, são responsabilidades que os professores assumem e que justificam a sua importância social, como se verificou com os professores do ensino secundário.

O professor é fundamental para a sociedade. De facto, cabe ao professor o papel de completar a acção que é iniciada na família. Por isso, o papel do professor nos dias de hoje assume cada vez mais importância, precisamente porque as crianças e os jovens acabam por passar a maior parte do dia e do tempo na escola com os professores e isto tem muita importância no sentido daquilo que os professores lhe deviam dar. Para além da tarefa de "educar", nós formamos homens e isso é, de facto, uma tarefa de grande importância e responsabilidade. Depois, nós temos que acompanhar o desenvolvimento da própria sociedade e, sem uma educação e um sistema de ensino e escolas capazes e, conseqüentemente, sem professores que acompanhem essa mudança, não há desenvolvimento possível. O professor tem um papel fundamental em tudo isto o que não é mais do que participar no próprio desenvolvimento e futuro da sociedade (Ent. 1, Prof. Assoc.).

Nós temos um papel fundamental e somos muito importantes para a sociedade porque nós formamos os futuros membros da sociedade... Os futuros políticos e até os Presidentes da República... Saiem daqui as pessoas que mais tarde vão dirigir a sociedade (Ent. 16 Assist.).

O seu valor parece estar ligado ao potencial de emancipação socio-cultural, quer das próprias sociedades, quer daqueles que as dirigem. De facto, é sobretudo pela sua instrumentalidade que os professores se definem face à sociedade.

Os docentes do ensino superior consideram a organização/Universidade como a responsável, não pelo sucesso ou insucesso do ensino que ministram, mas pela sua qualidade. Para estes docentes, a organização não é concebida apenas como um local onde se dão aulas, mas como um local de trabalho onde se permanece muitas vezes até "às duas horas da manhã" o que, implicitamente denota, por um lado, uma dedicação quase total à sua actividade profissional e, por outro, um trabalho que não obedece a regras correntes, como seja um horário das nove às dezassete horas. Esta é uma situação que faz com que o seu trabalho seja diferente, senão mesmo distinto e distintivo.

As principais críticas destes docentes centram-se no isolamento, face ao meio, em que a organização - onde exercem - se tem mantido, nos "vícios" herdados do passado e na "imaturidade, fruto da sua juventude".

A instituição é nova em idade porque a dos Jesuítas não é para aqui chamada... Mas parece-me, infelizmente e não quero ser demasiado crítico, que enferma de muitos vícios velhíssimos. Parece-me, que quando as pessoas vieram para aqui, entraram no primeiro dia com todos esses vícios... E, sob esse ponto de vista, não tem algumas das vantagens e tem muitos dos inconvenientes... (Ent. 5, Prof. Aux.).

A universidade de Évora é uma instituição muito jovem, têm apenas 21 anos de existência e, se na vida de uma pessoa isso é pouco tempo, na de uma instituição ainda é menos. Depois, está inserida numa zona como esta e isso cria alguns problemas de relacionamento. Aqui no Alentejo somos todos vizinhos e isso faz com que, muitas vezes, se tenha medo de fazer qualquer coisa de que o vizinho não goste ou se ofenda. Assim, a universidade viveu sempre muito isolada, com medo de incomodar o vizinho. Além disso, na altura do seu nascimento, talvez se tenha rodeado de demasiadas cautelas, que eram compreensíveis para essa altura mas que hoje já estão completamente ultrapassadas. Por isso, hoje também já se assiste a uma maior intervenção na vida local e o próprio meio já a vai solicitando mais do que fazia aqui há uns anos... Além disso, nos últimos anos, houve uma grande massificação desta casa, com um grande aumento de licenciaturas, que já vai em vinte e tal. Ora penso que, também a esse nível, chegou a altura de mudar as coisas e fazer a selecção... No fundo, estreitar a base e alargar o topo. O futuro passa sobretudo por aí... (Ent. 1, Prof. Assoc.).

São também questionadas as opções feitas pela Universidade (de Évora) ou as pressões a que cedeu. No entanto, encontra-se sempre uma atenuante para essas situações na sua "imaturidade" e "juventude".

Eu acho que os alunos tinham um bocado de razão o ano passado, quando diziam que esta universidade têm uma política de enchimento e não de desenvolvimento... Acho que isto é verdade, mas penso que isso, em parte, é devido ao facto de ser uma organização nova que anda à procura e que foi condicionada a crescer assim... (Ent. 2, Assist.).

Também a política seguida pela organização relativamente ao redimensionamento do espaço, sobretudo em termos de salas de aulas, que se tem concretizado através da aquisição de inúmeros imóveis, muitos deles antigos e sem qualquer tipo de condições que permitam a sua adaptação a salas de aulas ou outros locais de trabalho, é fortemente questionada por estes docentes.

Cada universidade tem a sua estratégia, a sua política científica... aqui também se fala nisso, já há vários planos estratégicos, mas essas coisas só têm sentido quando o problema do espaço estiver resolvido... O problema é do espaço... Aqui há aulas que se dão em condições inacreditáveis... A universidade, para além de ser um lugar onde se faz investigação, é também um lugar onde se ensina e o ensino vive de salas de aula... A estratégia da universidade foi recuperar edifícios antigos e recuperar... O que não faz qualquer sentido... Penso que a construção de um edifício de raiz tinha resolvido muito mais o problema.(Ent. 9, Prof. Aux.).

Em termos gerais o que prevalece é a noção que esta Universidade embora com problemas concretos, não difere grandemente das outras, debatendo-se com os mesmos problemas e as mesmas dificuldades inerentes ao ensino superior, que vão desde a captação de financiamentos, ao grande afluxo de alunos (que quase duplicaram em 5 anos), até à inserção no meio. Percepcionam a organização como o seu local de trabalho criticando-a, questionando as políticas seguidas mas nunca a desvalorizando relativamente às suas congéneres.

Não é diferente das outras... No ensino superior há problemas que são comuns a todos as universidades e, depois, há os problemas específicos de cada uma... Portanto tem problemas como todas têm. (Ent. 9, Prof. Aux.).

As concepções dos professores universitários sobre o ensino são dominadas pela oscilação entre o "muito bom" e o "muito mau". A visão pessimista associada à crise permanente do sistema de ensino, dominante nos professores do ensino secundário, é aqui substituída pelos problemas

gerados pelos sucessivos períodos de transição em que, sistematicamente, se encontra o ensino e a própria Universidade e pelas consequentes adaptações que são exigidas.

Contrariamente aos professores do ensino secundário, que não explicitavam nas suas práticas discursivas um grande envolvimento com a organização em que trabalham e que, hipoteticamente, se pode atribuir ao facto de terem um vínculo central - Ministério da Educação -, com os professores universitários, que possuem um vínculo que os liga à organização onde exercem (às vezes, vinte e quatro horas por dia), o envolvimento com essa mesma organização é maior, quer pelas críticas que lhe dirigem, quer pela defesa que fazem dela.

As referências ao "abaixamento geral" do nível de conhecimentos dos alunos também se fazem sentir, mas nunca com o carácter tão acentuado com que era referido pelos professores secundários. Além disso, quando é referido, é sobretudo constatado à chegada dos alunos que "vêm sem as bases necessárias". Ou seja, estes docentes demarcam-se, no geral, dessa situação. O problema parece estar antes de se chegar à Universidade.

O grande problema do ensino em Portugal ainda não é o ensino superior... Ou melhor, os problemas do ensino superior nunca se poderão resolver sem se resolverem os problemas do ensino secundário. (Ent. 9, Prof. Aux.).

São contudo os assistentes, e consequentemente os docentes mais novos aqueles que mais críticas tecem à situação actual do ensino, considerando que há um nível de exigências muito baixo que é feito aos alunos e, simultaneamente, uma generalizada falta de bases desses mesmos alunos.

Os alunos são formados sem adquirirem uma concepção base de valores que é fundamental e que, se calhar, começou a ser descurada depois do 25 de Abril... Eles hoje não têm consciência do que são e do mundo em que vivem. Como não são interessados para outras coisas que não tenham a ver com a matéria das aulas, também não mostram interesse e não procuram integrar aquilo que aprendem nas aulas no contexto mais vasto em

que vivem... Têm uma falta de bases a todos os níveis e a universidade está a ser para eles a continuação da escola secundária. (Ent. 20, Assist. Estag.).

São também eles os que mais referem a desmotivação dos professores devida à falta de reconhecimento do seu trabalho (em que predomina a docência). Os assistentes, sem terem ainda conquistado o lugar na comunidade científica a que normalmente o doutoramento dá acesso, tanto em termos de prestígio como de autonomia e poder, são aqueles que asseguram a docência, quer devido à falta de recursos humanos, quer porque os doutorados se dedicam preferencialmente a outras áreas, por isso são os que mais sentem as críticas feitas ao ensino e aqueles parecem assumir (através das suas próprias críticas) uma posição mais conservadora face ao mesmo.

Os assistentes, pela posição que assumem de denúncia insistente e repetida da degradação do ensino, parecem querer reafirmar "o elitismo da alta cultura e a legitimação das políticas educativas destinadas a promovê-la" (Santos, 1994). Este apelo ao elitismo pode implicar, segundo o mesmo autor, a destruição de todas as aspirações democráticas que acompanharam a massificação do ensino.

Questiona-se, também, se a desmotivação que os assistentes exprimem é, de facto, devida à falta de reconhecimento do seu trabalho no ensino ou devida ao tempo de espera que a grande prova - o doutoramento - impõe e que é, maioritária e obrigatoriamente, ocupado com as aulas. A demora em conquistar um lugar entre os "notáveis" e alcançar o tão desejado reconhecimento, poder e autonomia, quer entre os seus pares, quer face à sociedade torna estes docentes muito críticos face à forma como é gerido o seu tempo de espera.

Quando já há uma opção clara em termos de especialização é diferente... Eu já comecei a trabalhar numa área de que gosto mas até lá há muitas situações em que é só tapar buracos... Há colegas que entram em dispensa de serviço docente e lá vamos nós passar por disciplinas que não estávamos minimamente à espera nem minimamente preparados...

Mas temos que participar... E depois as coisas não saem muito bem... E há pouca motivação, claro. (Ent. 12, Assist.).

Sem nunca tecerem críticas explícitas aos seus pares, hierarquicamente superiores, não deixa de se sentir algum mal estar, pelo menos latente, face ao papel que são chamados a desempenhar. Os assistentes parecem não ter ainda assimilado completamente ou estão mesmo desprovidos do instinto social de conservação do corpo docente, indispensável à reprodução do espaço das diferentes posições que são constitutivas do espaço de poder no "*campus* universitário" (Bourdieu, 1984).

Mais que manter a esperança e conter a impaciência que o seu papel de candidatos lhes impõe, estes assistentes parecem inconformados com o percurso que têm de percorrer, normalmente sozinhos, até se tomarem eles próprios detentores de poder, de credibilidade e autoridade científica.

Estou convencida que o trabalho que desenvolvemos aqui é solitário até ao doutoramento, ou talvez isso seja a minha esperança... Parece que é uma prova de fogo que nós temos de passar sozinhos... Penso que a seguir seja um pouco diferente, que se possa começar a fazer aquilo que se gosta, mas até lá é uma chatice... Enfim é uma obrigação, uma coisa que tem que se fazer para não se ficar parada. (Ent. 3, Assist.).

São também os assistentes os únicos que apelam para a necessidade de um controle da actividade docente, que representaria uma forma de valorização da própria docência.

Fala-se muito no sistema de avaliação dos universitários... parece que finalmente começam a dar um pouco de atenção à docência. (Ent. 17, Assist.).

Desta forma, mais uma vez, os assistentes tomam uma posição que não se enquadra nos valores reinantes na Universidade, segundo os quais a ciência dá ao seu detentor, ou aquele que aparenta detê-la, o monopólio do saber (do ponto de vista) legítimo, pelo que qualquer controle realizado pelo grupo ou pela sociedade está sempre fora de questão.

Se se considerar, como refere Guyot (1981), que os saberes científicos são tidos como mais rigorosos e complexos, contrariamente aos saberes pedagógicos nascidos do empirismo e sem grande necessidade de teorização e portanto mais desvalorizados, compreende-se o dilema dos assistentes e a posição menos crítica dos doutorados, para quem o reconhecimento, a valorização e o prestígio não vêm directamente da sala de aula, mas da produção e divulgação científica.

A crise estrutural do ensino não parece, portanto, afectar os doutorados, para os quais existem sempre outros "refúgios" materiais e simbólicos. O mesmo não se passa com os assistentes que, pela sua posição, são obrigados a conviver com essa "crise" enquanto aguardam por um lugar que lhes dê também direito a um "refúgio" em que o reconhecimento inter-pares e social seja um facto.

5. A GESTÃO DA DOENÇA

As práticas sociais são mediatizadas pelo conjunto das condições de vida passadas, presentes e futuras dos indivíduos. A sua interiorização produz diferentes usos, apropriações e valorizações da saúde, da doença e das organizações de saúde que são percebidos de formas distintas, conforme o universo prático-simbólico dos sujeitos, o que origina diferentes tipos de consumo médico-sanitário.

É no particularismo da relação do sujeito social com o seu grupo de pertença e com a sociedade, que se podem descobrir as componentes socio-culturais que estão subjacentes à percepção e representação da saúde e da doença e que accionam as práticas dos sujeitos neste campo, relacionando-as com o consumo médico-científico e/ou medicinas alternativas.

O quadro de vida dos sujeitos e grupos sociais modela e modifica a percepção e representação, orientando e produzindo diferentes práticas de acesso à saúde e à doença e, conseqüentemente, diferentes formas de gestão das mesmas.

Na sociedade actual, a saúde e a doença estão colocadas no domínio legítimo da medicina científica. O Estado, através do sistema sanitário, coloca à disposição dos indivíduos uma organização complexa de recursos físicos, técnicos e humanos capazes de, em princípio, responder às necessidades de saúde das populações.

Paralelamente às instituições de saúde, coexistem no espaço urbano praticantes das medicinas alternativas que servem tanto como primeiro, como último recurso, ou mesmo de recurso simultâneo, aos serviços prestados pela medicina científica.

Omitir a sobrevivência das medicinas alternativas e a existência de diferentes estratégias face à saúde e à doença, é omitir que, subjacente às

práticas de consumo sanitário, se encontra uma representação que traduz o universo cultural e simbólico dos sujeitos.

O objectivo deste capítulo é analisar as forma de gestão da saúde e da doença dos professores, ou seja apreender, através das práticas de acesso às organizações de saúde, os elementos específicos que determinam e pre-dispõem para uma determinada estratégia de saúde em detrimento de outra.

Lutar contra a doença é uma conduta de sempre. Preservar a saúde é uma versão actualizada de uma conduta ancestral. Neste capítulo pretende-se perceber como é que estas condutas são representadas/experenciadas pelos professores.

5.1. Os homens do diagnóstico e o hospital

Se eu for a uma consulta não me passa pela cabeça não ser atendido por um médico.

[Ent. 4, Assist.]

Historicamente o controlo da doença dependia, sobretudo, de variáveis culturais e condutas sociais que não eram necessariamente médicas.

Só nos séculos XIX e XX este controle começou a depender das teorias médico-científicas. Até ao início do presente século, as possibilidades de cura por intervenção de um médico ou de uma instituição de saúde não eram muito maiores que as do acaso.

Com o desenvolvimento do sistema de saúde contemporâneo, veiculou-se a ideia de que o conhecimento médico ocidental representava o cume do progresso do conhecimento científico. Nele, a profissão médica domina, faz

de juiz, dita as normas para toda a sociedade e mantém o monopólio do que é a doença e o seu tratamento - o monopólio do saber e do poder.

O médico está sempre presente porque é ele que, em última instância, identifica e legitima a doença. Ele é o ponto de passagem necessário e obrigatório; o intermediário que revela e inscreve a doença na ordem social (Herzlich, 1991).

As entrevistas realizadas permitem dizer que, tanto para os professores secundários como universitários, o médico é a figura central do sistema de saúde. Quando questionados sobre a instituição a que recorriam em primeiro lugar em caso de doença, os professores não elegeram o hospital ou o centro de saúde, mas o médico. Os professores dirigem-se ao médico e não à instituição de saúde.

Quando estou doente, vou ao médico... À minha médica... Que para além de médica é minha amiga (Ent. 2, Ens. Secund.).

Quando estou doente recorro ao meu médico. Ao meu médico assistente (Ent. 20, Assist. Estag.).

Se o recurso ao médico parece ser o corolário imediato do estado de doença, os professores, contudo, não recorrem indiscriminadamente "ao médico" mas a "um médico". Se os professores universitários recorrem, essencialmente, ao seu médico privado, os professores do ensino secundário recorrem a um médico amigo. Os motivos porque o fazem assentam sobretudo na confiança depositada no "seu" médico, na troca de informações sobre a situação e no estabelecimento de frequentes negociações sobre o processo de cura. Para os docentes isso traduz-se numa maior qualidade de cuidados prestados.

Pode dizer-se que reclamam, portanto, uma participação activa no acto médico. Eles escolhem o médico a que se dirigem e influenciam/negoceiam a decisão sobre o seu tratamento e, se as suas exigências são atendidas, a

relação que se estabelece ultrapassa a neutralidade afectiva que em princípio regula a relação médico/doente (Herzlich, 1991).

Nos professores, a proximidade de classe e de sistemas de valores com os médicos, permite-lhes dominar o espaço social da medicina e negociar activamente com os profissionais, escapando assim à alienação e à passividade características da situação de doente. Esta simetria gerada pela proximidade social parece prevalecer nos docentes do ensino superior enquanto que nos docentes do ensino secundário essa simetria parece ser gerada pela intimidade estabelecida com o "médico amigo". A relação sempre desigual entre médico e doente tende a ser substituída, no conjunto dos professores, por uma partilha de saberes.

Quando vou ao médico, o que é raro, abro completamente o jogo e às vezes até sou antipática. Se eu saio do médico e digo que vou fazer, faço. Quando aceito, faço até ao fim. Mas sou um pouco renitente em relação aos diagnósticos e tento que eles me expliquem para eu perceber. Uma vez tive uma gastroenterite e ele disse que era apendicite... Eu disse: não, desculpe, acho que não é apendicite. Ele disse: tem que tomar isto mas eu não tomei... Fui a outro... Eu tento sempre perceber tudo e eles têm de me explicar, tudo... Eu tento perceber e se chego à mesma conclusão faço tudo. Não faço é de ânimo leve só porque o sr. doutor diz... (Ent. 19, Assist.).

Esta partilha de saberes volta a estar presente no cumprimento do ritual terapêutico. Muitos docentes fazem depender o cumprimento deste ritual da confiança e relação que estabelecem com o médico, ao mesmo tempo que afirmam a importância de manterem a sua autonomia face a esse saber.

Depende da relação que estabeleço com o médico, da confiança que tenho com ele... Já aconteceu ter ido a médicos, eles mandarem-me fazer uma quantidade de exames e eu guardar tudo e não fazer nada. Com outros faço tudo o que eles mandam. Tem muito a ver com a relação e a confiança que sinto. Mas quando faço, faço tudo. E em relação aos medicamentos também. Se decido fazer, cumpro rigorosamente. Mas claro que gosto que me di-

gam o que estou a fazer e qual a finalidade de cada coisa. Quando não me explicam ape-tece-me logo não tomar e às vezes não tomo e assumo... (Ent. 2, Assist.).

Depende dos médicos e também da minha história... Em certos casos desafio o médico e digo: isso não quero... Não vou tomar isso... Outras vezes, pelos sintomas ou porque estou a responder mal ao tratamento, interrompo e digo-lhe... (Ent. 10, Prof. Aux.).

O não cumprimento do ritual não se esgota nestes motivos. A percepção da gravidade da doença e a grande desconfiança nos medicamentos, são outras tantas razões invocadas para a gestão autónoma do processo de cura. Os medicamentos são muitas vezes encarados como "químicos, potencialmente tóxicos" a que cada indivíduo deve recorrer o menos possível. O espectro da intoxicação e da dependência parece estar sempre presente no discurso destes docentes.

Depende da gravidade... Se for um problema como uma gripe ou outra coisa do género tomo até me sentir melhor... Se for uma coisa mais grave e estiver mesmo preocupado, cumpro tudo... (Ent. 11, Assist.).

Se estou melhor não é preciso enfrascar-me mais. Se já posso funcionar acho que já não há necessidade de estar a tomar tanto medicamento... (Ent. 12, ens. secund.).

Não deixa de ser importante notar que isso não acontece com todos os medicamentos. De facto, nem todos os medicamentos são percebidos como tendo o mesmo estatuto. A acumulação e apropriação de saberes e competências médicas, por parte destes docentes, faz com que diferenciem e hierarquizem os diferentes medicamentos. Entre eles, os antibióticos ocupam um lugar de destaque.

O antibiótico é evidente que eu sei que é para tomar até ao fim e tomo até ao fim. Portanto, certo tipo de medicamentos eu tomo até ao fim. Cumpro. ... Tudo o que seja para o sistema nervoso, para dormir, para relaxar... Faço metade daquilo que eles mandam... Porque tenho imenso medo de me tornar dependente de medicamentos... É uma coisa que me assusta um pouco... De maneira que eu acho que eles são um pouco exagerados e prefiro cortar... (Ent. 2, Ens. Secund.).

Pode então dizer-se que, muitos dos professores do ensino secundário e superior, sentem a necessidade de partilhar o saber esotérico/especializado do médico e de negociar estratégias de cura, não se submetendo passivamente à intervenção médica.

A necessidade de partilha destes docentes esbate-se quando confrontados com práticas de saúde que envolvem directamente os filhos. Estas, desencadeiam um processo de total reconhecimento e adesão à autoridade e ao saber médico.

Eu quando estou melhor... Acabou e às vezes nem... Já não actuo da mesma forma em relação aos meus filhos. Em relação aos filhos é completamente diferente... É a responsabilidade... Tem um sentido diferente... (Ent. 1, Ens. Secund.).

Já em relação aos meus filhos sou extremamente exigente no cumprimento da medicação e do tratamento... (Ent. 9, Ens. Secund.).

Mas há também aqueles (quer no ensino secundário como superior) para quem o reconhecimento e a legitimidade do saber médico é captado precisamente pelo ritual terapêutico. A relação terapêutica é vivida, por estes docentes, como uma entrega incondicional nas mãos do médico, pela atribuição que lhe é feita do poder de curar como poder técnico e científico inacessível e inatingível.

Cumprem as ordens médicas porque confiam no médico e porque ele é o único e legítimo detentor do saber sobre a saúde, a doença e o seu tratamento. Ele é detentor de um saber e de um poder muitas vezes tido como mágico ou sagrado.

Cumpro sempre o que ele diz. Só uma vez é que não cumpri porque deixei de confiar no médico... No dia em que ele me disse que tinha uma úlcera e me deu uns comprimidos que ainda me puseram pior... Eu deitei-os no lixo e nunca mais lá fui... E nunca mais tive dores de estômago... Mas isto foi uma excepção... Em princípio o que o médico diz, para mim, é sagrado... (Ent. 14, Ens. Secund.).

Curar-se assume, cada vez mais, o valor de uma obrigação moral e o "bom doente", segundo Parsons (1955), é aquele que deve procurar junto do médico uma ajuda competente e encetar com ele uma cooperação plena com vista à cura. Parece ser este o caso de alguns professores entrevistados. Eles são/assumem o papel de "bons doentes".

O médico, depositário do saber, identifica a doença, acciona os meios de diagnóstico, legitima a inactividade e dá início ao tratamento e à cura prescrevendo o tratamento. Daí lhe advém o seu poder de normatividade. Por isso, também, a cura tende a assumir um valor normativo e o bom doente é aquele que se cura rapidamente para retomar as suas actividades. O apelo à vontade do indivíduo é fundamental e o desejo de curar-se deve ser um imperativo.

Parsons (1955) formulou a noção do papel de doente, centrando-se inteiramente na positividade da medicina e no recurso ao médico. Se, na sociedade actual, o indivíduo tem o direito de estar doente, ou seja, se fica isento das responsabilidades da produção, a legitimidade conferida pela doença a essa situação é sempre condicional, pelo que o doente deve ter o desejo de se curar e procurar ajuda competente.

Estar doente é submeter-se às regras, obedecer às prescrições, respeitar os conselhos. A cura não apela à vontade do indivíduo ou ao seu desejo de se curar, ela é um imperativo ao qual ele se deve submeter com inteira docilidade (Herzlich e Pierret, 1991).

Encontrou-se, nalguns professores dos dois graus de ensino, uma grande adesão ao carácter positivo do recurso ao tratamento e à necessidade de a ele se submeterem docilmente.

Estes professores submetem-se, com confiança, a um saber em que não duvidam nem do conteúdo, nem da legitimidade e que se exerce, sem ambiguidades, para seu bem.

Eu cumpro sempre tudo o que o médico me diz... No dia em que eu deixar de acreditar no médico, o que é que eu vou fazer?... A quem é que eu vou recorrer?... Temos que ter o máximo de confiança no médico... Se não o que será de nós? (Ent. 17, Assist.).

Se, para sensivelmente metade dos professores, há uma adesão total, próxima do modelo parsoniano, à legitimidade médica, para a outra metade dos docentes há desconfiança face ao médico, ao seu saber e poder, à linguagem esotérica utilizada e à relação assimétrica que tende sempre a estabelecer-se.

Quando se trata de representar o profissional de saúde estratégico, nas organizações de saúde, esta divisão entre os docentes diluí-se e são unânimes em considerar o médico como a primeira figura.

É sem dúvida o médico. Até porque quando estou doente eu vou... ao médico. Não é ao consultório ou à clínica... Eu digo sempre... Aliás toda a gente diz: Eu vou ao médico. O médico é, de facto, uma figura mítica para as pessoas (Ent. 17, Assist.).

Os saberes acumulados, as competências e a experiência clínica, do médico, transformam-se num capital com um valor fundamental e de importância indiscutível, quer pela sua natureza intrínseca, quer por lhe facultar o acesso a posições de autoridade, prestígio e influências sociais face a todos os outros profissionais da organização de saúde (Carapinheiro, 1993).

Os médicos, porque me dá conforto o facto de saber que eles têm uma preparação científica mais avançada do que os outros. Eles estão melhor preparados para lidar com um determinado tipo de situações do que qualquer outro tipo de funcionários... Não quer dizer que os outros tenham menos importância, mas dá algum conforto saber que eles têm uma preparação (Ent. 20, Assist. Estag.).

Os médicos enquanto detentores de saber, são os que estão mais habilitados para lidar com as situações (Ent. 3, Ens. Secund.).

São os médicos... São sem dúvida os homens do diagnóstico, que são fundamentais (Ent. 1, Prof. Assoc.).

Sem dúvida nenhuma o médico... Ainda hoje, se for a uma instituição de saúde e não se for observado por um médico... Se eu for a uma consulta, não me passa pela cabeça não ser atendido por um médico. É evidente que se eu for fazer um penso já não exijo que o médico esteja presente...(Ent. 4, Assist.).

Para os professores, e como refere Carapinheiro (1993: 197), "... o capital dos médicos traduz-se numa autoridade moral e social e num poder indisputável que confere ao exercício do acto clínico a forma de violência simbólica, cujos mecanismos são legitimados pelo seu imanente valor científico... o capital técnico dos médicos é também um capital simbólico, constituindo o principal recurso do exercício de um poder técnico - carismático sobre todos os profissionais activos e passivos da cena médico-hospitalar".

A relação da tecnologia com a actividade médica está também presente nas práticas discursivas dos professores.

A maior complexidade tecnológica do trabalho médico, comparativamente à actividade dos restantes profissionais saúde, parece decisiva no reconhecimento e atribuição de maior prestígio ao médico. Esse prestígio parece aumentar ainda mais quando a relação médico-doente é mediada por múltiplos recursos técnicos de diagnóstico e tratamento.

A excelência da actividade médica assenta precisamente na atribuição que é feita ao médico, por estes professores, de detentor de uma capacidade de mobilização de todos os recursos técnicos e científicos (de todo o seu saber) com vista à realização do diagnóstico.

Os médicos pelo seu saber e capacidade de diagnóstico ocupam a primeira posição... Até porque o médico a maior parte das vezes chega ao diagnóstico sem ajudas. Muitas vezes as ajudas dos outros técnicos são só uma confirmação do que ele já prevê. Os técnicos de laboratório fazem as análises, mas o médico é que as interpreta... Só o médico é que sabe interpretá-las (Ent. 1, Ens. Secundário).

O médico pela parte do diagnóstico e pela parte dos exames que pede para fazer o diagnóstico, pelas radiografias, pelas análises... Acho que essas duas componentes são muito importantes no trabalho do médico (Ent. 11, Ens. Secund.).

Se os médicos, para a maioria dos professores, encarnam a ideologia da ciência, os enfermeiros são os protagonistas privilegiados da humanização. De facto, eles ocupam uma posição estratégica que se encontra imediatamente abaixo da posição cimeira dos médicos, sendo-lhes atribuído o papel psicossocial como o papel dominante da sua profissão.

É aos enfermeiros que é atribuída a responsabilidade de assegurarem a personalização do doente no hospital, pelo accionar de conhecimentos que permitam ao doente manter o seu equilíbrio físico, psicológico, emocional e espiritual.

Os enfermeiros têm que ser pessoas muito ligadas ao doente (Ent. 7, Ens. Secund.).

A parte de enfermagem tem que dar apoio porque, sem esse apoio psicológico, há qualquer coisa que entra em ruptura (Ent. 10, Ens. Secund.).

O papel do enfermeiro como ser humano é extremamente importante. O relacionamento humano numa cama do hospital é fundamental e nisso os enfermeiros ajudam imenso (Ent. 2, Ens. Secund.).

Os enfermeiros têm também uma intervenção importante no campo relacional, da relação de ajuda (Ent. 2, Assist.).

Os professores representam também os enfermeiros como os mediadores privilegiados entre doente e o médico. A sua presença permanente no serviço permite-lhes detectar, em primeira mão, sinais e sintomas reveladores de situações anómalas, e accionar meios (que podem passar pelo contacto com o médico) que permitam a sua resolução.

Os enfermeiros são o escalão intermédio que resolvem o dia a dia do hospital. São aqueles que estão perto do doente durante 24 horas e que se sujeitam a todas as atribuições dos serviços. Depois, como estão lá sempre, ouvem muito mais o doente que o médico e podem despistar problemas... E têm que saber resolvê-los ou então comunicar ao mé-

dico. Como estão sempre, junto do doente, é mais fácil detectarem esses problemas (Ent. 14, Prof. Aux.).

O papel subalterno, face aos médicos, que tradicionalmente tem dominado a profissão de enfermagem, não deixa de ser salientado por estes docentes quando justificam a posição secundária em que colocam os enfermeiros. Estes profissionais, segundo os docentes entrevistados, independentemente da importância do seu papel psicossocial, detêm um estatuto de simples executantes das prescrições médicas e uma posição de submissão ao poder médico.

Os enfermeiros são também importantes porque fazem a aplicação das prescrições do médico (Ent. 9, Prof. Aux.).

O médico é o responsável superior. Ele é que receita o comprimido que o enfermeiro depois dá. Os enfermeiros são importantes porque estão sempre lá ao pé do doente. Mas é o médico que acaba por dizer o que têm de fazer... (Ent. 8, Ens. Secund.).

Os enfermeiros são os que se relacionam mais com o doente... Mas o médico é que vai dar as ordens, é que dirige... O enfermeiro executa e depois é a pessoa que está mais com o doente e que tem um papel psicológico que é muito importante (Ent. 9, Ens. Secund.).

Para os professores, independentemente da relação de maior autonomia ou docilidade que estabelecem com o médico, os "homens do diagnóstico" são as figuras centrais das organizações de saúde. Aos enfermeiros cabe o papel secundário de zelar pelo equilíbrio psico-emocional do doente. Ou, como refere Chauvenet ([1973], *in* Carapinheiro, 1993:252), de um lado (em cima) estão aqueles que "servem a ciência" e do outro (em baixo) aqueles que "servem os doentes".

No reconhecimento da sua doença, os indivíduos integram a sua própria experiência com a experiência colectiva, apreendida directamente através da interacção com os outros. Se, na nomeação da doença, os médicos destacam como critérios de classificação essencialmente a etiologia e a lo-

calização anatómica, os sujeitos elegem como principais critérios definidores e classificadores de doença, entre outros, a gravidade, a dor, a agudeza e o risco incapacitante.

A percepção da gravidade e "urgência" da doença são, precisamente, os critérios que conduzem os professores ao hospital. Embora, como já foi dito, refiram maioritariamente que, numa situação de doença, se dirigem ao seu médico particular ou amigo, não deixam de afirmar que quando se trata de uma situação grave ou urgente se dirigem ao hospital e, mais concretamente, ao banco de urgência. O hospital é, para os professores, a organização central do sistema de saúde.

Eu penso sempre mais no hospital, porque quer nós queiramos quer não, há equipamento nos hospitais que não existe em mais lado nenhum... Que não existe numa clínica... Se eu um dia tivesse uma doença grave ou alguém da minha família, eu preferia colocar essa pessoa num hospital do que numa clínica... Embora seja muito complicado porque ninguém se entende lá dentro... mesmo assim eu preferia, no caso de uma doença que precisasse de equipamentos sofisticados e tudo isso, um hospital porque, em princípio, uma clínica não tem esse tipo de equipamento e eles têm tudo (Ent. 15, Assist. Est.).

Se para o sistema da saúde o hospital aparece como a "peça superior, mas não central" da rede de hierarquias das organizações de saúde, ao qual apenas se deve recorrer após um longo percurso pelos equipamentos de cuidados primários de saúde, onde seria efectuado o diagnóstico e encaminhamento do doente, para os professores ele é apreendido fundamentalmente pela sua centralidade. O hospital é o local mais adequado para resolver um caso grave ou como o símbolo da cura imediata da doença, na qual os seus serviços de urgência assumem principal destaque.

Claro que o banco de urgência é importantíssimo... Para questões graves em que se põe um problema de vida ou de morte é fundamental (Ent. 16, Prof. Aux.).

Eu penso logo no hospital porque quero resolver rapidamente os meus problemas de saúde. Eu tenho a sensação que são as organizações que estão mais bem equipadas e que resolvem logo o meu problema. Cresci com a ideia do hospital... (Ent. 13, Prof. Aux.).

Apesar das mudanças políticas que se registaram a partir dos anos 60, que vieram consagrar a filosofia da prevenção e promoção da saúde e do esforço desenvolvido pelas organizações de cuidados de saúde primários, a desarticulação com os cuidados diferenciados manteve-se e a procura de serviços de saúde continuou a ser constantemente canalizada para as estruturas hospitalares, gerando situações de saturação destas unidades (Carapinheiro, 1993).

Os professores, nos seus contactos com o hospital e com o banco de urgência, parecem não valorizar os constrangimentos a que estas situações de saturação frequentemente dão origem. Procurando no hospital a cura/atendimento imediato, uma vez atendidos, parecem ver concretizadas as expectativas que os levaram até lá.

O hospital e sobretudo as urgências são os únicos que conseguem ter uma boa capacidade de resposta para um problema que se lhe põe (Ent.10, Prof. Aux.).

No hospital, na urgência, é-se logo atendido... E depois, como têm tudo, pode-se logo fazer análises, radiografias e outros exames e pode-se ser logo tratado. Não é preciso estar à espera para marcar, vai-se e resolve-se logo (Ent. 15, Ens. Secund.).

Estes docentes não representam o hospital apenas como o local da cura imediata, mas ainda como a organização que concentra todos os meios indispensáveis para o diagnóstico e tratamento da doença. Ele é a sede do poder e saber técnico e científico que dispõe de todos os meios humanos e materiais necessários à cura - à reposição da saúde da força de trabalho.

O hospital é sem dúvida o sítio onde há mais e melhores meios (Ent. 9, Ens. Secund.).

No hospital eu penso que eles devem ter aparelhagens mais modernas... Mais meios materiais para fazerem um diagnóstico e um tratamento mais eficaz... E em termos de efi-

cácia médica, no hospital eles têm mais meios. Na clínica privada eles não têm os meios para fazerem o diagnóstico e tratamento de certas doenças... Só no hospital (Ent. 11, Ens. Secund.).

O hospital tem uma maior concentração de meios e portanto uma capacidade maior de actuação. O hospital é um substrato técnico de meios materiais e humanos que corresponde às necessidades globais da população (Ent. 13, Assist.).

O hospital perdeu a sua função social de albergue para se transformar numa organização dotada das mais modernas tecnologias onde a par dos cuidados clássicos, têm lugar intervenções complexas e altamente especializadas. Esta nova orientação surgiu com a irrupção do progresso técnico no meio hospitalar. A própria eficácia dos cuidados foi revolucionada pelos novos conhecimentos que surgiram associados à investigação médica.

Ao lado dos serviços clássicos (medicina, cirurgia, pediatria, obstetria) despontou um número crescente de serviços de especialidades com os respectivos laboratórios, dotados de meios complementares de diagnósticos cada vez mais complexos, onde cada indivíduo se dirige sempre que a sua situação o exigir.

Estas novas tecnologias modificaram não só a imagem do serviço tradicional mas também a prática médica.

Se no passado a autópsia era o meio que confirmava a "justeza" do diagnóstico médico, hoje quase que é necessária uma "autópsia viva" para se atingir essa confirmação (Stuedler, 1974). O médico procura confirmar o diagnóstico apoiando-se em análises bioquímicas e citológicas. Muitas vezes a doença, antes de entrar na esfera clínica, passa por uma bateria de testes que e confirmam os sinais que depois serão devidamente agrupados para finalmente se poder enunciar a doença.

A pesquisa clínica, embora continue a ser a infra-estrutura de base, revela-se muitas vezes insuficiente e o recurso aos meios técnicos acaba sempre por se impor. Máquinas electrónicas, testes e exames biológicos fa-

zem parte do acto médico e têm aí um papel cada vez mais determinante. A representação dos professores sobre o hospital passa, precisamente, pela interiorização da nova imagem que a ciência e a técnica deram a esta organização de saúde.

Através do desenvolvimento tecnológico, o hospital transformou-se no local onde os indivíduos são transformados em objecto de investigação científica e de poder disciplinar - num local de dominação.

5.2. A decisão sempre protelada

Só quando vejo que não posso mesmo resolver por mim é que acabo por ir.

[Ent. 2, Assist.]

A dor, a febre e os sintomas externos representam, com uma frequência não negligenciável, a realidade orgânica da doença. Embora sejam importantes, raramente têm um valor decisivo para os professores - raramente os conduzem ao médico.

A relação de equivalência, ou de implicação, entre a doença e o sintoma orgânico só raramente aparece. O sintoma é frequentemente concebido como contingente e a sua presença não implica necessariamente a doença, podendo integrar-se num outro estado que os indivíduos dominam.

O sintoma, quando está presente, tem frequentemente a função de sinal de alarme. Ele chama a atenção para um disfuncionamento.

Quando surge algum sintoma eu fico atento a ver como evolui... E se traz ou não alterações (Ent. 11, Assist.).

Por sua vez há doenças consideradas comuns, como a gripe e as diarreias, que não se associam com a ideia genérica de doença, enquanto sinónimo de interrupção da actividade. Esta concepção está presente na maioria dos professores, para quem a decisão de consultar o médico é sempre posterior ao processo temporal que é consagrado à (possível) evolução dos sintomas associados a estas patologias e à auto-medicação.

Só quando vejo que não posso mesmo resolver por mim é que acabo por ir. Entretanto tomo uns chás, umas aspirinas e fica tudo bem... Não tem sentido andar a correr para o médico por tudo e por nada. Eu conheço-me e sei até quando é que me posso ajudar e quando é que já não consigo (Ent. 2, Assist.).

Se é uma coisa que eu já conheço, uma gripe, uma dor aqui ou ali... Eu faço o tratamento... Faço uma auto-medicação ligeira. Se essa auto-medicação não resultar então vou ao médico (Ent. 10, Prof. Aux.).

Espero sempre até ver se passa por si... Claro que espero sempre um tempo, não muito, mas espero (Ent. 13, Assist.).

Para os professores, a decisão de se dirigirem ao médico tende a ser frequentemente retardada quer porque se sentem auto-suficientes para lidar com a situação, quer porque receiam um diagnóstico médico que perturbe definitivamente o seu quotidiano.

Eu retardo sempre o mais possível... Até porque tenho receio que venham a detectar qualquer coisa com que uma pessoa não está a contar (Ent. 14, Prof. Aux.).

Se, nas diferentes concepções de gestão da saúde e da doença já analisadas, não interferiram variáveis como o sexo, a idade ou o grau académico, o mesmo já não se passa em relação à forma como é experienciada a decisão de consultar o médico.

O recurso ao médico é, para os docentes do sexo masculino, uma prática partilhada. Quando confrontados com qualquer problema de doença procuram, através de um sistema referencial de familiares, amigos e colegas, aconselharem-se sobre a decisão a tomar.

Falo sempre com pessoas próximas para saber a opinião delas... Com pessoas que já passaram por situações idênticas. Gosto de ouvir a opinião delas... (Ent. 14, Prof. Aux.).

Procuram, assim, integrar e confrontar os seus próprios conhecimentos sobre a doença com os dos outros actores sociais para se sentirem mais aptos para a decisão. Se a doença é uma experiência eminentemente subjectiva, há momentos em que a partilha, sobretudo ao nível da sintomatologia, se impõe.

Neste processo de partilha ou aconselhamento a mulher (esposa) desempenha um papel fundamental.

Normalmente recorro sempre primeiro à minha mulher e, consoante o que ela diz, eu decido (Ent. 4, Assist.).

A especialização das tarefas entre homens e mulheres é um facto comprovado na maior parte das sociedades, embora, na actualidade, esta diferenciação tenda a esbater-se (Kellerhals *et al.*, 1993).

Os grupos sociais cumprem dois tipos de funções: uma de carácter instrumental, que consiste em accionar processos que relacionem o grupo com o exterior, e a outra, expressiva, que visa assegurar a coesão do grupo mantendo a motivação dos seus membros e a sua conformidade com os modelos de conduta. Nesta perspectiva, à mulher caberia mais frequentemente a liderança expressiva e ao homem a liderança instrumental, assegurando-se assim a funcionalidade da diferenciação (Parsons e Bales [1955], *in* Kellerhals *et al.*, 1993).

Esta teoria foi severamente criticada e outras análises mostraram a contribuição considerável das mulheres para a subsistência da família, nomeadamente ao nível da família operária, onde a mulher desempenha uma importante função instrumental. A incompatibilidade entre a liderança expressiva e instrumental foi ainda colocada em questão quando diversos trabalhos mostraram que a eficácia da acção pode ser reforçada sempre que os dois tipos de liderança são desempenhados pela mesma pessoa. Tam-

bém se constatou que nos sistemas conjugais onde o companheirismo parece ser a norma, a negociabilidade das tarefas, a comunicação a propósito delas e a partilha de responsabilidades, revelam-se melhores garantias de sucesso que a diferenciação de papéis.

As críticas feitas à teoria estrutural funcionalista, associadas ao movimento histórico de indiferenciação crescente da repartição das tarefas, conduziram os investigadores a privilegiarem a análise dos factores de diferenciação em vez de insistirem na universalidade e funcionalidade desse diferenciação. Actualmente, quando se trata de equacionar as finalidades sociais e a organização da família, o que surge em primeiro plano é a análise dos factores de diferenciação de papéis, tanto em termos de distribuição de tarefas como de poder dos cônjuges (Kellerhals *et al.*, 1993).

Ao nível da saúde e da doença, essa diferenciação de papéis é manifesta e é à mulher que cabe o papel de gestora da saúde e da doença da família. Se essa prática é desde há muito reconhecida e legitimada em relação aos filhos, não é tão clara relativamente ao cônjuge. No entanto, para os professores (homens) entrevistados, a mulher é a "autoridade" a que recorrem sempre numa situação de doença. Nas representações produzidas da mulher, enquanto gestora da saúde e da doença, são-lhe atribuídos conhecimentos tanto no domínio do tratamento, como do diagnóstico.

Eu começo sempre por massacrar a minha mulher... Comunico-lhe que estou a sentir isto, estou a sentir aquilo e logo vejo o que ela diz (Ent. 16, Prof. Aux.).

Troco informações com a minha mulher. Ela domina muito certas coisas... Sabe qual é o comprimido ideal para isto ou para a quilo... Às vezes quando eu sinto qualquer coisa ela dá-me um comprimido e passa... Ela domina isso tudo por causa dos filhos, sabe qual é o medicamento e qual é o supositório e essa coisa toda (Ent. 7, Prof. Aux.).

As mulheres não funcionam apenas como "especialistas" da saúde, às quais os membros da família se dirigem para pedirem conselhos ou procurar ajuda, mas também têm responsabilidade de promover um ambiente domés-

tico que favoreça a saúde dos membros da família e que facilite a cura nos casos de doença. São também elas as transmissoras das atitudes e comportamentos propostos pela medicina para promover a saúde e evitar a doença. Segundo Faltermaier (1992), as mulheres, enquanto responsáveis pela socialização dos membros da família, inculcam-lhes um modo de vida promotor de saúde e, através disso, assumem o papel de representantes da cultura médica. São ainda elas que, frequentemente, servem de intermediários entre os membros da família e as instituições de saúde.

Ao contrário dos seus colegas do sexo masculino, as professoras entrevistadas, quando vivem uma situação de doença, não recorrem normalmente ao sistema de aconselhamento junto dos indivíduos que lhe estão mais próximos. Elas decidem individualmente sobre a decisão a tomar. Essa decisão varia sempre em função da percepção sobre a gravidade da doença.

Quando não são coisas muito graves, tento sempre ver se passa. Se é uma coisa mesmo grave então decido por mim e vou logo ao médico (Ent. 19, Ens. Secund.).

Se são coisas que eu possa resolver com uns chazinhos, não vou. Mas quando preciso de ir, vou e não digo nada a ninguém. Mas claro que só vou ao médico quando, de facto, estou doente (Ent. 14, Ens. Secund.).

Normalmente esse é o tipo de decisões que eu tomo sozinha. Vou ou não vou. Normalmente analiso aquilo que pode ser e se será grave ou não e, depois, tomo a decisão sozinha (Ent. 15, Assist. Estag.).

Nas professoras, as representações produzidas sobre o papel de gestoras da saúde e da doença é mediado pelo desempenho do papel de mães. A incapacidade temporal pressupõe portanto, uma deterioração do papel social da mulher enquanto mãe.

Se vejo que é grave vou logo ao médico e não presto contas a ninguém. Eu decido e nessas alturas não hesito... Até porque uma mãe não pode adoecer... Não pode ficar de cama... (Ent. 15, Ens. Secund.).

Eu tento fazer tudo direitinho... Até porque já se sabe, se uma mãe adocece é um problema. A mãe é a mãe e quando ela adocece é um desarranjo... Quando eu estive internada eu vi isso... Foram poucos dias, mas a mãe faz muita falta... (Ent. 11, Ens. Secund.)

Tanto para os homens como para as mulheres, o tratamento da doença realiza-se sempre em dois níveis distintos que são a assistência familiar e a assistência médica. Para as doenças consideradas leves e frequentes (como a gripe) não se recorre ao médico. A mulher "prescreve" o tratamento ao marido e automedica-se quando é ela que se encontra numa situação de doença.

A cura da doença, a nível familiar, pode ver-se como um processo temporal em que os indivíduos lutam contra a doença, ou contra as causas que produzem os sintomas percebidos e, simultaneamente, como um compasso de espera que adia ou retarda o confronto com o médico. A relação com os profissionais só se dá quando a assistência familiar ou a auto-medicação se consideram insuficientes.

A visita ao médico, para os professores, só acontece como último recurso e isso mesmo se volta a verificar quando, para a maioria deles, a vigilância de saúde nunca passa por contactos regulares com a medicina.

A vigilância de saúde é essencialmente estar atento ao estilo de vida que se tem. Sei que também pode passar pela realização de alguns exames periódicos especializados que revelem dados que nós, por mais atentos que estejamos, não conseguimos detectar... Eu só faço a vigilância pessoal... Os exames não (Ent. 9, Ens. Secund.).

É manter-se bem consigo próprio e com os outros e ser capaz de detectar todos os factores que perturbem essa harmonia... É estar sempre atento a isso. Depois há todas as outras coisas... Aquilo que comes e bebes, se fumas ou não, se dormes o tempo mínimo... E pode também passar por fazer exames periódicos para detectar algum problema... (Ent. 2, Assist.).

Se a saúde é um direito, é também uma obrigação para o indivíduo. Obrigação de cuidá-la, preservá-la e defendê-la através de diversos meios

destinados a esse fim. Do ponto de vista médico-científico esses meios são pessoais e sanitários. Em termos pessoais, o estilo de vida do indivíduo deve traduzir-se na adopção de comportamentos saudáveis e na abolição de comportamentos de risco.

Em termos sanitários, é colocado à disposição do indivíduo um conjunto de organizações destinadas à promoção da saúde e prevenção da doença, a que ele deve recorrer regularmente.

Os professores (homens) não se assumem como consumidores de cuidados preventivos e não se dirigem regularmente ao centro de saúde (para tratamento ou prevenção da doença e promoção da saúde). Esta organização é concebida sobretudo como o local onde se fazem "as vacinas" ou seja, como um ponto de passagem ocasional mas obrigatório em qualquer etapa do seu trajecto pessoal ou profissional (como por exemplo a entrada na função pública), mas nunca no seu trajecto de saúde ou doença. Predomina a imagem das organizações de cuidados de saúde primários elaborada a partir do seu funcionamento tradicional.

Em termos de promoção da saúde e da prevenção da doença, os centros de saúde deviam funcionar de uma forma diferente daquela que funcionam... Em que os médicos atendem não sei quantos doentes, 30 ou 40 ou lá o que é, em 3 ou 4 horas que ali estão... (Ent. 2, Assist.).

Só no caso de vacinas obrigatórias é que vou ao centro de saúde (Ent. 11, Assist.). Os centros de saúde não só funcionam deficientemente, como são os responsáveis pelo "mau funcionamento" do hospital. Não deixam, no entanto, de representar "idealmente" o centro de saúde e de referirem a configuração que deviam assumir, estas organizações, para poderem assumir um papel de charneira face à saúde e à doença.

É pelo centro de saúde que tudo devia começar em termos de saúde e também de doença. Eles é que deviam filtrar os casos até para que os hospitais não estivessem tão sobrecarregados... E pudessem dar melhores respostas e funcionarem melhor (Ent. 2, Assist.).

Penso que o centro de saúde devia ser a organização central em termos da saúde. Eles deviam ter um papel importante na despistagem... De informação, de divulgação... Se funcionassem de uma forma eficaz... Os hospitais só deveriam existir para casos mais complicados ou situações mais delicadas... (Ent. 3, Assist.).

Os professores (homens) revelam, na linguagem expressa, a inculcação do discurso médico-oficial sobre o lugar destas organizações no sistema de saúde actual. Mas esta inculcação não tem uma tradução, como já foi referido, ao nível das práticas preventivas.

A observação atenta de si próprios e dos sintomas que surgem são os factores que dominam a sua concepção de vigilância de saúde.

Eu acho que faço uma vigilância muito pessoal. Quando me sinto bem deixo andar... Se a comida não me cai bem, se começo a ter dores de cabeça, se me dói a barriga... Aí tento perceber o que se está a passar e fico atento, para ver se vem alguma complicação... A vigilância que eu faço é muito pessoal porque eu já me conheço. Se as coisas estão bem e não surgem complicações não é preciso ir ao médico (Ent. 12, Assist.).

Esta gestão individual da saúde decorre sempre à margem do médico e da medicina, únicos detentores legítimos do conjunto de normas definidoras dos comportamentos saudáveis/ promotores de saúde.

Pela sua conduta, afirmam o direito de decisão individual sobre o seu corpo que se constitui simultaneamente como o direito de agir e interagir socialmente sem imposições normativas. Muitos chegam a considerar o seu saber como superior ao enunciado pela medicina científica em matéria preventiva, já que, segundo eles, o seu conhecimento é individualizado, adaptado às suas exigências e estilo de vida.

Eu normalmente não faço nada...Tento estar atento a algum sinal que possa estar mal... Não tomo nenhuma medida concreta... Mas acho que há aquele conhecimento mínimo da pessoa... Em princípio eu conheço-me e, se acontecer qualquer coisa, serei sempre o primeiro a dar por isso... Até porque, quando vou ao médico, eu é que digo o que sinto... Eu é que sinto... E, por isso, sei ver como é que estou... (Ent. 13, Assist.).

Os professores (homens) apelam para uma autonomia e auto-gestão na vigilância da sua saúde. Embora proclamem a "desmedicalização", não parecem investir mais na saúde, como "... o valor de referência supremo, ultrapassando o domínio do orgânico e aceite como a mais segura metáfora do bem e da felicidade..." (Herzlich e Pierret, 1991:283).

A vigilância de saúde é o controle dos riscos, que não passa predominantemente pela ida ao médico... Em termos pessoais, não sou muito disciplinado. Não pratico desporto e, embora não fume e não beba, adoro doces... A vigilância com acompanhamento médico também não faço. Não é que não diga a mim mesmo que o deva fazer... Só que entre o dizer e fazer vai uma distância enorme... Eu penso que só o passar por uma situação grave é que altera isto... E passa a vigiar mais... Tem-se uma situação grave e, no outro dia, começa-se a fazer tudo o que já se deveria ter começado há muito... E eu, ainda por cima, tenho consciência do que devia fazer, podia não ter, mas não faço... Penso que enquanto não aparecer a tal situação de susto... Que às vezes até já não dá para remediar...(Ent. 4, Assist.)

O dever de saúde, concepção dominante no discurso médico, dos responsáveis administrativos e nas políticas de saúde, insiste no papel das condutas individuais no desencadear das doenças e na manutenção da saúde.

Ao indivíduo é inculcada/atribuída a responsabilidade pela sua saúde, pela gestão racional dos seus comportamentos face aos efeitos (potencialmente) patogénicos do modo de vida. A educação sanitária dita as normas que ajudarão os indivíduos nesta nova tarefa de que se vêem investidos e cujo exemplo a seguir é dado pelo "Bom cidadão dos anos 80". A sua conduta pauta-se por um conjunto de regras promotoras de saúde: "... levanta-se de manhã sempre a uma hora certa, pesa-se, faz ginástica e toma um pequeno almoço equilibrado proposto pelos nutricionistas. Procura fazer um percurso a pé ou ir a pé para o trabalho, onde evita tensões, o café e o tabaco. Reserva uma hora para o almoço, vigiando escrupulosamente o nú-

mero de calorias, e não bebe álcool. Ao meio da tarde prefere uma peça de fruta às guloseimas. Ao voltar do trabalho terá o cuidado de pôr o cinto de segurança e não ficar tenso com os engarrafamentos. Pode fazer *jogging* ou natação antes de chegar a casa, onde janta equilibradamente e, antes de dormir 8 horas, ouve música suave e faz exercícios de relaxação. No fim de semana faz um esforço suplementar para se distender e fazer exercício físico. Deve submeter-se a rastreios periódicos" (Renaud, [1981], in Herzlich e Pierret, 1991:285).

Os professores (homens) embora reconheçam e assumam a responsabilidade da sua saúde revelam uma linguagem menos normativa face à educação sanitária. Tendem a combinar as afirmações contraditórias sobre o valor da norma e a necessidade/inevitabilidade das pressões sociais, com a expressão e liberdade individual.

Eu tenho a tensão alta e raramente a meço... Só quando vou ao médico... Mas ele diz sempre: vá controlando, pelo menos semanalmente... Mas eu nunca faço isso, nunca a meço... Evito comer as comidas salgadas... Evito umas tantas coisas... mas não vivo obcecado com isso... Se sinto alguma perturbação, fico de sobreaviso... (Ent. 16, Prof. Aux.).

Como referem Herzlich e Pierret (1991:286) " ... a saúde é uma exigência da sociedade, ela exige esforço e disciplina, mas ela é também o garante da realização livre e pessoal de cada um. Ao ideal ascético aliam-se as aspirações face à liberdade e ao prazer individual."

Nos professores dos dois graus de ensino, o posicionamento mais próximo de um pólo ou do outro é determinado pela variável sexo.

Os professores, embora afirmando-se vigilantes, correm riscos sobretudo em nome da liberdade individual, mas também por prazer e por parecem rejeitar a codificação rígida e autoritária das práticas preventivas, cuja missão parece ser mais de vigiar do que de "agir em conjunto" (com os indivíduos).

As professoras vigiam a sua saúde, sobretudo "agindo" sobre o corpo e cumprindo os rituais da prevenção estabelecidos/ditados pelo discurso médico-oficial.

Há situações que são quase ditadas... E a pessoa sabe que há coisas que de x em x tempo tem que fazer... Todas nós sabemos que as mulheres deveriam ir ao ginecologista pelo menos uma vez por ano... Há quem diga de 6 em 6 meses... Eu sei que tenho que ser vigiada e aí eu vou... (Ent. 15, Assist. Estag.).

Eu faço os exames normais... Especialmente os ginecológicos e as mamografias São fundamentais e todos os anos faço... Acho que todos deviam fazer os exames que de uma certa forma são recomendados pela medicina... Os exames periódicos que são do conhecimento geral... Penso que deviam ser cumpridos porque são uma forma de se vigiar bem a saúde e de se evitarem problemas (Ent. 8, Assist.).

São as mulheres que mais fortemente associam a vigilância de saúde à medicina preventiva e aos exames regulares. A quase totalidade das docentes, para além da vigilância individual da sua saúde faz visitas periódicas (uma a duas vezes ao ano) ao ginecologista e estomatologista, tal como estabelecem as normas da prevenção.

Faço sempre aqueles exames anuais para ver se está tudo bem. Vou ao dentista uma vez por ano e vou ao ginecologista de 6 em 6 meses... Vou desde que tive os meus filhos há 14 anos (Ent. 11, Ens. Secund.).

Se a ida ao ginecologista podia ser explicada pelo temor das patologias associadas ao aparelho reprodutor feminino onde está sempre presente o espectro de malignidade (sobretudo nas mulheres sem filhos) , já a consulta ao estomatologista não se pode encarar senão como uma inculcação das normas da prevenção de que a mulher é tradicionalmente portadora, pelo papel de gestora da saúde da família a que já aludimos.

No longo percurso percorrido desde o nascimento dos filhos, inicialmente mês a mês, depois de 3 em 3 meses, a seguir de 6 em 6 e, por fim, uma vez por ano, pelo pediatra (particular) ou centro de saúde, onde gra-

dualmente se vai familiarizando com as regras e normas de promoção da saúde, prevenção da doença e detecção precoce de sinais de alerta, a mulher parece ter interiorizado toda a ideologia subjacente ao dever de saúde. Ou seja, a necessidade de estar alerta, de cumprir regras dietéticas/alimentares e de higiene, sobretudo oral, de visitar regularmente o médico e de, periodicamente, fazer exames para "ver se tudo está bem". É sobre ela que recai a pressão social para cumprir esta obrigação. Nas professoras entrevistadas emerge todo o processo de adesão à medicina preventiva, fruto de experiências passadas ou presentes.

Não deixa de ser importante notar o facto de os professores (homens e mulheres) não expressarem a sua rejeição pelas tentativas de inculcação da responsabilidade pela sua saúde, nem as ideias de obrigação moral, ou mesmo legal, subjacentes a estas tentativas. Divididos entre a responsabilidade social e a liberdade individual, para eles, o dever de saúde não parece corresponder à expressão do "melhor dos mundos opressivos" (Herzlich e Pierret, 1991). O que não significa, no entanto, que aceitem sem resistência a "violência" da ordem na qual se deseja integrá-los.

5.3. Da incerteza ao improvável

Numa situação de desespero uma pessoa faz tudo.

[Ent. 17, Ens. Secund.]

Para a medicina científica, o recurso às medicinas alternativas é sempre entendido como uma conduta irracional, inteiramente diferente, nos seus fundamentos e lógicas próprias, do recurso ao tratamento médico.

Os indivíduos que consultam homeopatas, herbanários e curandeiros não partilham esta opinião e, a maior parte deles, afirma recusar-se a fazer "não importa o quê", que lhe seja ditado por esses personagens.

Com efeito, os sujeitos fixam um limite, um ponto que não deve ser ultrapassado, reconhecendo o carácter incerto ou por vezes arriscado (sobretudo se se trata de bruxas ou curandeiros) que podem assumir as visitas a esse tipo de medicinas.

Já recorri às medicinas alternativas... Até porque a medicina científica nem sempre consegue explicar tudo... Se bem que às vezes tenha medo da forma como podem manipular o bem e o mal (Ent. 19, Assist).

Os professores universitários são os que mais contactos tiveram com as denominadas medicinas alternativas. A maior parte deles já teve relações, directas ou através de familiares, com herbanários, endireitas, homeopatas e com a medicina africana, nalguma fase da sua vida

Os professores do ensino secundário revelam ter tido menos contactos com este tipo de medicinas, mas alguns deles não negam já terem recorrido a esse tipo de práticas. No entanto, salientam a necessidade de se fazer uma selecção adequada os indivíduos a que recorrem. Ou seja, dentro deste tipo de medicinas, nem todas detêm o mesmo estatuto.

Para a quase totalidade dos docentes, dos dois graus de ensino, os homeopatas, os herbanários e naturopatas e os endireitas ocupam um lugar

de destaque embora por razões diferentes. Os primeiros, detêm um estatuto que é alcançado, muitas vezes, pela posse de um título académico que legitima a sua actividade. Além disso, contrariamente ao curandeiros, estão legalmente autorizados a exercer a sua actividade e a cobrar honorários similares aos dos médicos.

Os herbanários e naturopatas possuem um estatuto que lhes advém do recurso aos produtos naturais e, conseqüentemente, isentos de qualquer "toxicidade" em oposição aos medicamentos.

Os endireitas, embora não detenham um título que legitime a sua prática, são possuidores de um conhecimento anatómico empírico, alcançado durante anos e anos de experiência prática e que, muitas vezes, se "sobrepõe ao dos próprios médicos". A posição de destaque destes personagens é reforçada porque recorrem às terapêuticas não invasivas.

Há um senhor, que eu conheço muito de perto, que tem um problema e que de vez em quando fica paralisado da cintura para baixo... Vai ao endireita, ele mexe com os dedos, dá-lhe uns toques e ele volta bem... No médico eram só injeções e mais injeções... e exames e ele estava sempre na mesma... Eu também tive uma experiência com um endireita... Na altura passou mas depois voltei a sentir. Da minha experiência não me convenceu... Mas o que é certo é que com o senhor resulta. O que me sinto tentada a fazer, se um dia estiver mais em baixo, é a acupunctura Sinto-me mesmo tentada a fazer isso... (Ent. 16, Ens. Secund.).

Para os professores dos dois graus de ensino, embora admitindo que "nem todas são iguais", a concepção que prevalece é que, de uma forma geral, estes tipos de medicina são "suaves" e, portanto, nunca terão consequências físicas para o indivíduo.

Ervinhas chazinhos, toda a gente toma... Até porque mal não fazem... (Ent. 1, ens. Secund.).

Já recorri e ainda recorro a herbanários para comprar uns chás calmantes que tomo à noite com regularidade e com alguma frequência. Se me lembro vou fazer um chá... E há

períodos em que faço diariamente durante umas semanas, depois paro. Endireitas também fui em miúdo porque andava sempre com entorses e, pelo que me disseram, deu resultado (Ent. 16, Prof. Aux.).

De facto, o grau de suavidade do tratamento condiciona frequentemente a opção dos docentes, ao mesmo tempo que revela a desconfiança face aos tratamentos invasivos, normalmente, impostos pela medicina.

Sempre que posso opto pelas medicinas alternativas... Não sou contra as outras, mas em situações como por exemplo a dos ossos, em lugar de estar a tomar medicamentos, prefiro ir a esse tipo de medicina. A minha filha está precisamente a fazer um tratamento com um osteopata. O meu marido também já foi a um naturopata e só ele é que conseguiu resolver a situação dele... Sempre que posso, é por aí que vou (Ent. 10, Ens. Secund.).

Por isso os docentes tendem a excluir deste universo os curandeiros ou bruxos, considerados "impostores", que recorrem a processos de tratamento que se podem mostrar fatais para o indivíduo.

Conheci um senhor que lhe foi detectado um cancro e ele nunca fez o tratamento médico... Foi sempre seguido por um curandeiro... Depois morreu nas últimas e com muito sofrimento... Porque não tomava nada... Depois o outro ficou-lhe com tudo... Acho que alguns são uns aldrabões... (Ent. 8, Ens. Secund.).

O recurso às medicinas alternativas, para todos os docentes que recorrem (ou recorreram) a esta situação, não é, no entanto, incompatível com o tratamento médico. Frequentemente a ineficácia das suas visitas traz o indivíduo de volta à medicina.

Houve uma altura em que tomei uns chás, que um herbanário me receitou, para... Tomei aquilo... Mas não me convenceu e acabei por ir ao médico... Agora tomo os medicamentos que ele me receitou e estão a dar resultado (Ent. 11, Ens. Secund.).

O que faz com que os professores, sobretudo universitários, prefiram o médico ou os herbanários, endireitas e homeopatas, é não só o grau de confiança que inspira cada tipo de medicina mas, sobretudo, o facto de faze-

rem a distinção entre doenças ou problemas que podem ser resolvidas por uns ou por outros, distinguindo assim diferentes esferas de competências.

Há, por exemplo, situações como intervenções cirúrgicas em que eu iria ao médico... Desde que sejam intervenções cirúrgicas temos mesmo de recorrer à medicina científica (Ent. 10, Ens. Secund.).

Os filhos dos professores não estão afastados destas práticas e o recurso aos homeopatas ou herbanários pode ter como objectivo resolver algum problema que afecte a criança, para o qual o médico não deu/apresentou uma resposta satisfatória.

Tenho pessoas amigas que conhecem alguma coisa de naturismo, as chamadas medicinas alternativas, e já segui sugestões dessas pessoas. O meu filho, aqui há uns tempos, andava muito constipado, com tosse, a tomar antibiótico... Depois melhorava e, ao fim de uma semana, voltava outra vez ao mesmo... A tomar outra vez antibiótico. Depois, houve alguém que me sugeriu que fosse a uma herbanária comprar um produto natural. Eu fui, depois li aquilo atentamente e pareceu-me que era recomendável e o D. andou a tomar aquele xarope feito à base de mel, de ovos e de flores e mais não sei o quê... E melhorou (Ent. 2, Assist.).

Apesar de revelarem uma maior adesão ao discurso médico e às práticas daí decorrentes, algumas das professoras, não se limitam à medicina científica em determinadas situações de doença dos filhos. Para elas, não parece haver sobreposição entre estes dois tipos de saberes. Cada um têm as suas "vantagens e inconvenientes" - as suas esferas de competência - daí não considerarem contraditórias as suas práticas de gestão da saúde e da doença.

Os docentes, dos dois graus de ensino, que nunca recorreram às medicinas alternativas (tal como aqueles que já recorreram) não negam a possibilidade de numa "situação desesperada" o fazerem ou voltarem a fazer. Face ao possível fracasso da medicina científica, eles enunciam a sua espe-

rança na possibilidade de uma outra opinião sobre o problema que os afecta.

Numa situação de desespero uma pessoa faz tudo... Recorre a tudo. Se eu visse que o médico não tinha solução, eu ia tentar ouvir outra opinião... Qualquer pessoa em desespero faz isso (Ent. 17, Ens. Secund.).

Em relação à acupunctura e homeopatia, se me visse numa situação muito aflita, recorria... Em relação ao meu marido estamos a pensar nisso. Depende do próximo exame que ele for fazer e do resultado que der e, nesse caso, talvez optemos pela homeopatia... Gostava de ouvir outra opinião... E tenho também esperança que possa ajudar mais... (Ent. 19, Ens. Secund.).

A concepção da necessidade de ouvir uma outra opinião, segundo Herzlich e Pierret (1991), funda-se frequentemente na ideia, muito antiga, enraizada e partilhada por quase todos os indivíduos, da capacidade/poder de "auto-cura" do organismo. Consideram que é ele (o corpo na sua totalidade) que é negligenciado e destruído pela medicina científica. Aqui residiriam os limites da eficácia deste tipo de medicina. Muitos professores parecem partilhar esta concepção.

A minha mãe fez acupunctura. Mas lá está... não sei até que ponto tem uma relação causa-efeito... O que é certo é que, durante algum tempo, teve efeitos e ela convenceu-se mesmo que estava a melhorar... Quer seja por um, dois ou três meses... Desde que a pessoa se sinta melhor... (Ent. 17, Assist.).

Acho que a parte psicológica tem muita influência sobre o nosso organismo e, o facto de nos sentirmos bem, ajuda muito o organismo a recuperar... Eu acho que eles ajudam muito nessa parte e, assim, ajudam também na recuperação... Os médicos, às vezes, esquecem isso... (Ent. 11, Ens. Secund.).

Aos representantes das medicinas alternativas é atribuído o poder de reforçar a capacidade espontânea da cura. Esta concepção desenvolve-se de forma particularmente evidente a propósito da homeopatia que é precepcionada como um tratamento baseado na luta autónoma do organismo e,

consequentemente, numa participação activa do indivíduo no seu tratamento. Aqui "o organismo pode ser médico de si próprio" (Herzlich e Pierret, 1991: 256).

Ao admitirem o recurso às diferentes formas de medicinas alternativas, os professores manifestam não só o desejo de lutar incessantemente contra a doença, mas também de gerir autonomamente a situação que os afecta (e que já anteriormente se exprimia, por parte de alguns docentes, no seu relacionamento com o médico). O facto de se dirigirem às diversas terapias não significa que tenham face a elas uma atitude diferente daquela que têm face ao médico. Conscientes das poucas possibilidades que lhe serão oferecidas, o que parece imperar é a necessidade/desejo de ouvir o improvável (Miguel, 1979).

Os professores, ao perspectivarem uma situação desesperada, parecem decididos a apostar neste tipo de medicinas como o último recurso, mesmo que sejam muitas as dúvidas e o cepticismo sobre as hipóteses de cura. Esta parece ser, para a maioria dos docentes, uma conduta perfeitamente razoável e aceitável já que: "a esperança é a última coisa a morrer". O que já não parece aceitável, para os professores, é que numa "situação desesperada" se mantenha a fidelidade absoluta que a medicina científica impõe. Nas concepções expressas pelos docentes, um indivíduo tem o direito de optar pelo tipo de medicina na qual deposita maior esperança.

Se uma pessoa tem uma doença e não consegue que os médicos a curem, tem o direito de experimentar outros meios, outros produtos, outras formas de intervenção em que a pessoa acredita e que lhe dão alguma esperança... (Ent. 16, Prof. Aux.).

A (hipotética) decisão de recorrerem a este tipo de medicinas não implica a recusa da medicina científica. A maioria dos docentes afirma que, numa situação de desespero, em primeiro lugar recorreria sempre ao médico. Nas representações e interpretações dos professores, os endireitas, os homeopatas e os naturopatas parecem ter como função essencial completar

a prática médica, não se constituindo como uma alternativa real. Eles oferecem esperança e prognósticos para situações em que os médicos se limitam à incerteza.

Os professores, reconhecendo a existência de discursos de uma cultura diferenciada da médica sobre os fenômenos do corpo, delimitam competências e limites, hierarquizam saberes e proclamam a coexistência pacífica/harmoniosa da medicina científica com as medicinas alternativas.

6. CAUSAS DA DOENÇA: O CONFLITO E AS SOLUÇÕES

Quando confrontados com a doença, os indivíduos interrogam-se frequentemente sobre o que lhes aconteceu e procuram encontrar explicações para essa situação. O indivíduo tem necessidade de dar sentido à doença, de explicar e encontrar as causas que justifiquem o mal que o atingiu. Ele tem sempre necessidade de negociar uma nova relação com o social (Herzlich, 1991).

Em todas as sociedades, a doença é encarada como um acontecimento incompreensível que desde sempre deu origem a questionamentos e interpretações que ultrapassam o próprio corpo. O problema da causalidade da doença é central no sistema de crenças de qualquer sociedade.

A noção de causa tanto tende a ser assimilada à emergência do pensamento científico, oposto a todas as concepções mágico-religiosas, como se tende a considerar que os elementos mágico-religiosos se encontram estreitamente associados na explicação da causalidade da doença.

Segundo Herzlich e Pierret (1991), é precisamente nas concepções mágico-religiosas que se origina a ideia de causa mediatizada pelo demónio que é necessário expulsar do corpo ou da alma do doente, enquanto causa do mal que o atinge. Para a terapia empírico-racional, ao contrário, o interesse centra-se no sintoma que o remédio se encarregará de suprimir. São também frequentes as interpretações que atribuem a causa da doença à intervenção deliberada do ser humano ou à influência de forças ou elementos naturais.

A dificuldade que suscita a noção de causalidade da doença, não se sobrepõe nunca à necessidade, sentida pelas sociedades, de explicarem e dominarem a doença.

O que se pretende é saber se as concepções dos professores sobre as causas da doença são autónomas relativamente ao discurso médico ou

se pelo contrário, estão inteiramente subordinadas a esse discurso. Isto porque, apesar das explicações científicas que a medicina fornece terem adquirido uma total legitimidade, as concepções profanas da causalidade da doença nunca dependem totalmente do desenvolvimento dos modelos etiológicos médicos.

6.1. Ao ritmo da vida e dos excessos

Se eu tivesse uma vida mais calma se calhar não andava sempre com os nervos às voltas.

[Ent. 15, Assist. Estag.]

Embora a visão do corpo se tenha estruturado progressivamente a partir das categorias do saber médico, as interrogações sobre a origem da doença nunca foram totalmente satisfeitas pelas respostas dadas pela medicina. A doença exige uma interpretação que ultrapassa o corpo individual e o diagnóstico médico. Frequentemente, a resposta que se procura excede a busca das causas e torna-se uma questão de sentido. Para Herzlich e Pierret (1991:135), é sempre ao mundo e à sociedade que se procura ligar a doença porque "explicar a doença é também poder observá-la, percepção-la e torná-la quotidianamente acessível a cada um de nós".

Ainda hoje, mesmo impregnadas de esquemas científicos, as referências às percepções sensoriais, por parte dos indivíduos, têm um lugar importante na explicação do mal (nomeadamente as referências às qualidades

do ambiente e do ar em particular) e antecipam, com um sentimento de evidência imediato, a nocividade para o organismo.

A percepção sensorial da qualidade do ar, a facilidade de observação dos fenômenos climatéricos e a percepção imediata da sua mudança, constituem modalidades diversas de causalidade e uma das mais antigas configurações explicativas do mal biológico.

As concepções do ar, do clima e das estações como primeiro determinante do mal foram largamente partilhadas e, durante séculos, muitos escritos não médicos mostram o seu profundo enraizamento no conjunto da sociedade e a noção de ar maligno e corrompido foi central em muitos discursos médicos e profanos, em particular a propósito das epidemias.

Até ao século XVIII, juntaram-se a estas noções outras de uma ordem diferente. Ligado ao ar e ao clima, o mal biológico passa a ser equacionado também em correspondência com outras desordens da natureza tais como as tempestades, os eclipses, os cometas e os corpos celestes. A partir daí, as duas ordens de fenômenos passam a ser evocadas simultaneamente. A ruptura da ordem biológica passa a englobar os fenômenos naturais, os fenômenos orgânicos e as condutas humanas. No entanto, era ainda a Deus quem cabia a última palavra. Era ele que, em última análise, decidia sobre a doença dos homens. Como referem Herzlich e Pierret (1991:139), "podiam procurar-se diversas causas para o mal, mas a causa primeira era Deus".

A concepção que coloca Deus e o pecado no fundamento da doença não é apenas de ordem etiológica. Ainda segundo as mesmas autoras, esta concepção enuncia a verdade da ordem do mundo e mostra que a doença não pode ser pensada fora dela. Esta inclusão da desordem biológica no domínio da lei divina é muito mais que uma atribuição causal, é a enunciação do sentido do mal e uma atribuição ao doente de um lugar na ordem social.

O recurso último a Deus não impede que diversas ordens de referência possam funcionar simultaneamente e que surjam outras concepções etiológicas como é o caso do contágio, em que a associação ao ar corrompido é frequente. Aqui, a observação dos leigos precedeu a dos médicos que não aderiram a estas ideias, difundidas entre os indivíduos e que inspiravam diversas práticas de higiene e isolamento. No século XVIII, esta noção não era ainda aceite por todos os médicos que se dividiam entre "pró-contágio" e "anti-contágio". Este debate sobre a natureza do contágio, e os seus processos, duraria até às descobertas de Pasteur. Só no final do século XIX é que doenças como a tuberculose, a difteria e a febre tifóide foram declaradas contagiosas.

Com a descoberta do micróbio e a elaboração do modelo pasteuriano da etiologia específica, o conjunto das concepções médicas transformou-se, o higienismo adquiriu um novo conteúdo e a causa específica da doença passou a ser apresentada como uma verdade indiscutível.

Embora, como refere Herzlich e Pierret (1991), o modelo microbiano se identifique sem equívocos às nossas representações sobre a causa preponderante da doença, o micróbio não ocupa todo o espaço de interpretação do "mal", tornando-se necessário encontrar uma causa primeira que explique a sua acção e a sua presença (por exemplo subsiste a propósito, do cancro uma imagem quase mágica do contágio, dissociada de toda a noção microbiana).

A explicação específica do micróbio não se mostrou suficiente e a insatisfação e a ausência de uma concepção que permitisse ao indivíduo integrar as múltiplas causas da doença mantiveram-se. Continuava a faltar uma concepção que permitisse ao indivíduo ligar a doença ao conjunto do seu meio e da sua vida e de, através disso, dar-lhe sentido. Com efeito, só através de um modelo pluricausal, a doença pode ser verdadeiramente explicada.

Actualmente, é através da noção de modo de vida que se faz a integração dos diversos factores etiológicos e que a causalidade da doença se reveste de significação. O factor específico foi integrado numa causalidade mais ampla, onde estão presentes o ambiente que rodeia o homem e o seu modo de vida. Os professores dos dois graus de ensino, partilham a concepção multicausal ao equacionarem a etiologia da doença.

As causas principais de doença são o ambiente que nos rodeia, que cada vez está mais degradado, o tipo de vida que levamos hoje, que cada vez é pior, e aquilo que comemos e bebemos que deixa muito a desejar... (Ent. 6, Assist).

Podemos considerar as causas da doença de tipo ambiental e social. De um lado é a poluição do ar, da água e, do outro, é o ritmo de vida que hoje é exigido às pessoas... A vida de *stress* que as pessoas levam (Ent. 4, Assist.).

O *stress* dos dias de hoje é o principal problema... Anda-se sempre a correr de um lado para o outro... Depois há também a poluição que é outro problema muito grave e que, sem dúvida, está ligado a muitas doenças (Ent. 17, Ens. Secund.).

Uma das grandes causas de doença é o ambiente agitado e de stress em que as pessoas vivem e que acaba por causar não só doenças do foro neurológico e psicológico, mas também doenças físicas, porque as pessoas andam numa agitação... E depois alimentam-se mal, saiem de casa à pressa e, muitas vezes já me tem acontecido, se é Inverno não uso casaco porque me esqueço e depois já não volto atrás para o ir buscar... Depois como a qualquer hora, em qualquer lado, e isso acaba por ter influência na minha saúde... Depois há outras ligadas ao ar que respiramos (Ent. 15, Assist. Estag.).

O modo de vida actual, ao qual atribuem um papel preponderante, é sempre associado à doença e a sua influência é sempre sentida como negativa. A sua acção é diversa e tanto pode causar situações de tensão, como levar ao desencadear da própria doença. A degradação da saúde, pelo modo de vida, pode efectuar-se a partir de pontos precisos em que o indivíduo é atingido nomeadamente em termos psicológicos mas, frequentemente, o ataque é global.

O tipo de vida que hoje se leva é o grande responsável pelos consultórios dos psicólogos e dos psiquiatras estarem quase sempre cheios... Não é por acaso, que não têm parado de aumentar as doenças do foro psicológico... As depressões e outras... Esta vida não perdoa (Ent. 17, Assist.).

Os hábitos de vida, na actualidade, são altamente lesivos da saúde mental das pessoas e por isso têm aumentado bastante as doenças psíquicas... Mas eles acabam por ser lesivos também para a saúde física... No fundo, eles agridem a saúde da pessoa a todos os níveis (Ent.11, Assist.).

As implicações do modo de vida actual com a doença não passam apenas pela sua acção mas também pelos seus elementos. O modo de vida designa o quadro espaço-temporal do indivíduo, o espaço e tempo no qual ele vive e que tem/impõe determinadas características (densidade populacional, poluições diversas), determinados ritmos (as rotinas, horários, a actividade profissional), determinados reflexos (stress, tensão nervosa) e determinados comportamentos quotidianos.

A quase totalidade dos professores, dos dois graus de ensino, partilha a concepção de que os elementos dominantes no modo de vida actual geram situações de tensão nervosa, agitação e stress que causam a degradação física e psicológica do indivíduo, tornando-o mais vulnerável à doença.

A vida de hoje é dominada pelo stress, pela correria, pela agitação... As pessoas já quase não vivem, correm (Ent. 6, Ens. Secund.).

Hoje, o pior de tudo é o stress e a agitação que provocam muitas doenças... Todos nós sabemos isso mas, mesmo assim, andamos sempre a correr (Ent. 10, Ens. Secund.).

Para além de favorecer e facilitar a agressão, o modo de vida, num nível mais amplo, modela as formas de distribuição da doença, consagrando umas, eliminando outras e criando muitas outras. Nos docentes entrevistados, a representação do modo de vida moderno como causa de doença engloba, preferencialmente, as doenças do foro psicológico e psiquiátrico e as

doenças cardíacas. O cancro raramente aparece referenciado em ligação com o modo de vida.

A alimentação e o tipo de vida que levamos são fundamentais... Depois há o stress que engloba tudo e que pode levar ao desencadear de muitas doenças, sobretudo as cardíacas... Há muitos colegas extremamente novos que têm tido problemas cardíacos, devido a este tipo de vida... Com a vida que levo, é o coração que me preocupa verdadeiramente. Às vezes penso que, mais tarde ou mais cedo, serei uma vítima dele (Ent. 1, Prof. Assoc.).

Se a pessoa tiver uma vida calma, não andar em stress, em ambientes muito poluídos, na confusão do trânsito em que nós andamos todos os dias, acho que tem muito menos probabilidade de desencadear doenças... Há doenças que surgem como as neuroses e as depressões... Também há quem diga que o cancro tem a ver com o stress e portanto com o tipo de vida que se leva... Não sei se tem ou não... Se eu tivesse uma vida mais calma, se calhar não andava sempre com os nervos às voltas (Ent. 6, Ens. Secund.).

Estas doenças que têm um papel privilegiado não apenas nos órgãos de informação mas também nas preocupações individuais, assumem, por vezes, um carácter implacável ao qual o indivíduo não consegue escapar. Tudo se parece resumir a uma questão de tempo.

Os diversos elementos do modo de vida actual são sempre encarados como nocivos (agressores da saúde) e percebidos sob a forma de grandes constrangimentos ou pressões impostos pela sociedade ao indivíduo.

É o stress diário, a rotina que se tem que cumprir, as obrigações do dia a dia, os horários rígidos que nos são impostos... Enfim, uma via sacra que se tem que cumprir diariamente (Ent. 9, Ens. Secund.).

A pior coisa que há, actualmente, é ter que cumprir horários... Sobretudo o das 9 às 17h. A pior coisa que me podem fazer é obrigarem-me a cumprir um horário desses, ou outras rotinas do género (Ent. 15, Assist. Estag.).

São estes os elementos dominantes do modo de vida - elementos impostos e exteriores ao indivíduo - aos quais é muito difícil escapar/fugir.

Levar uma vida regrada e calma é muito difícil porque uma pessoa, mesmo sem querer, é só correria e stress... As pessoas, embora tenham consciência disso, entram nessa rotina mesmo sem quererem. Entram no circuito e depois é muito difícil saírem (Ent. 10, Ens. Secund.).

Até porque é horroroso uma pessoa viver permanentemente em stress... Mas isso é uma situação cada vez mais geral... Muitos gostariam de fugir dele e procuram não o provocar mas infelizmente não o conseguem porque às tantas ele é uma condição *sine qua non* de sobrevivência... (Ent. 5, Prof. Aux.).

Os professores percebem a sua relação com o modo de vida como uma relação de exterioridade, como uma relação em que eles não participam livremente ou, quando participam, é sempre através da sua capacidade de adaptação ou de resistência. Esta resistência ao modo de vida imposto não é fácil e frequentemente assume a forma de um dilema: quem resiste tem dificuldade em sobreviver, e quem não resiste arrisca a sua saúde, que é o potencial de que dispõe para se manter adaptado.

Um outro elemento que domina as representações dos professores dos dois graus de ensino sobre a génese das doenças, e que é indissociável do modo de vida actual, é a noção de excesso. Os "excessos da vida actual" são os primeiros responsáveis pelo desencadear da doença.

Tudo aquilo que é excessivo faz mal, provoca doença e nós temos um bocado a tendência para viver de excessos nos dias de hoje para viver desequilibradamente (Ent. 2, Ens. Secundário).

É o excesso de trabalho, de álcool de tabaco, de café... São os excessos as causas da doença (Ent. 14, Ens. Secund.).

As doenças, na sociedade actual, originam-se de excessos que se vão cometendo e sofrendo todos os dias... Excesso a comer demais, excesso de trabalho, excessos na condução nas estradas, excesso das pressões da sociedade (Ent. 14, Prof. Aux.).

Comidas em excesso, bebidas em excesso, stress excessivo... São fundamentalmente estes aspectos que, hoje, estão na origem das doenças (Ent. 8, Assist.).

Os excessos, causa primeira de doença, parecem funcionar como a noção integradora dos elementos que, embora inerentes à vida do homem, a sociedade desvirtuou, transformando-os em factores agressores e desestabilizadores para a "natureza" do homem, sempre pautada pela regra, pela norma e pelo equilíbrio - pela saúde.

A génese da saúde da doença deve, então, conceber-se como uma luta entre o indivíduo/saúde e o modo de vida/doença. Nesta luta opõem-se um elemento activo (modo de vida), que desencadeia a doença, e um elemento passivo (o indivíduo e a sua saúde), que lhe resiste. A vitória do primeiro traduz-se na doença com a consequente degradação da saúde; a vitória do segundo traduz-se na saúde e, conseqüentemente, na adaptação ao modo de vida. A representação elabora-se a partir desta dupla oposição entre o indivíduo e o seu modo de vida.

O modo de vida moderno é nocivo, quer pelas condutas que suscita, quer pelos produtos que cria ou transforma. Ele abrange e transforma, de forma idêntica, todos os factores que podem agir sobre a saúde, como é o caso da alimentação que, para a quase totalidade dos professores dos dois graus de ensino, é o equivalente da saúde.

Se durante séculos a escassez de alimentos, a carência e a fome foram associados à doença e em particular às epidemias, a mudança que se operou nos dias de hoje é radical e, actualmente, é o excesso de alimentos um dos principais responsáveis por muitos males.

Embora os professores dos dois graus de ensino se refiram aos efeitos nocivos da alimentação em termos de excesso, é nos professores do ensino superior que se encontra a representação da alimentação como causa de doença produzida, sobretudo a partir da confecção e tipo de alimentos que ingerem e do ritual que envolve a refeição, que parece ter sido profanado pelo modo de vida actual.

Eu tenho uma filosofia de vida muito própria. Eu acho que a base de uma vida saudável é uma alimentação saudável e, então, tento ao máximo comer imensas verduras e fruta e não abuso dos fritos nem das comidas pré-cozinhadas (Ent. 20, Assist. Estag.).

A maior parte das pessoas tem uma alimentação errada. Comem muitos bolos, muitos fritos, não dão importância a comer devagar e sentados, comem a correr, em pé... Às vezes já nem sabem o que é o prazer de tomar uma refeição à mesa... Em família (Ent. 18, Prof. Assoc.).

A alimentação e a higiene têm, as duas, uma ligação directa com a saúde. Hoje os fritos e as coisas pré-cozinhadas são muito agradáveis mas... penso que talvez não seja uma ligação tão directa, mas existe ligação entre a qualidade desses alimentos e a saúde... Ou melhor, com a doença (Ent. 19, Assist.).

Toda a manipulação sofrida pelos alimentos é assimilada a uma manipulação duvidosa e exprime o sentimento de alienação do indivíduo face a uma sociedade que, alterando os elementos mais vitais para o homem, provoca a doença.

Mas, muitas vezes não é o próprio produto alimentar e o seu carácter natural ou artificial que está em causa é, sobretudo, um ritmo de vida que, para além de impor a ingestão de produtos que não são os "mais adequados a uma dieta saudável", altera hábitos ancestrais - tomar, atempadamente, uma refeição segundo ritos socialmente determinados.

Quando acordei já estava no hospital... Tinha tido uma cólica renal, por cálculos devido à má alimentação e à desidratação e por açúcar a mais... Sabe como é, quando estamos a trabalhar fora, não há horas para comer, para nada. Então era açúcar, chocolate e coisas dessas a toda a hora... Umas sandes para aqui, umas sandes para ali e pronto... (Ent. 1, Prof. Assoc.).

A falta de tempo, a vida agitada e a "correria constante" são, para os docentes do ensino superior, os elementos que definem este modo de vida e esta sociedade que impõem ao indivíduo uma alimentação deficiente, em

qualidade e em quantidade, completamente desfazada dos horários ditos regulares e sempre geradora de doença.

A alimentação não é, contudo, o único elemento alterado pelo modo de vida actual. O ar que respiramos, ele também considerado como um produto natural, é percebido como poluído - desnaturado - pelo nosso modo de vida. A poluição do ar, da água e da natureza, de uma forma global, são os símbolos essenciais da vida nesta sociedade em que o preço a pagar é a doença. Esta concepção é dominante nas representações (sobre o modo de vida) elaboradas pelos professores do ensino secundário.

A principal causa de doença é a maneira como nós estamos na vida... Hoje, com este tipo de vida que levamos, é muito difícil conseguirmos viver em equilíbrio porque há factores exteriores a nós muitíssimo agressivos. Nós degradamos de tal forma o ambiente que agora ele nos está permanentemente a agredir. Por isso, tudo o que ingerimos, desde a água ao ar que respiramos, pode provocar doença... O nosso ambiente está de tal maneira destruído que nos está a agredir permanentemente (Ent. 2, Ens. Secund.).

A poluição... Aquilo a que chamam as sequelas do desenvolvimento, que não sei se é mesmo desenvolvimento, é a grande responsável pelas doenças... Porque, hoje, do ar que respiramos à água que bebemos... Os locais em que vivemos... São tudo coisas que podem levar à doença (Ent. 16, Ens. Secund.).

Concretiza-se, assim, a contaminação do ambiente pela poluição e pelos produtos químicos, dejectos da actividade e da concentração humana, numa sociedade "promotora" de doença. Os professores do ensino secundário sentem-se afectados/atacados pela ingestão alimentar e respiratória destes produtos não naturais, excretados pelo modo de vida actual.

É através da denúncia/acusação do social, que os professores exprimem a sua relação com o próprio social. Para tal, servem-se da doença como suporte para condenarem aquilo a que chamam sociedade. A representação que aqui se enuncia passa por uma "naturalização" do social em que este é objectivado em condições materiais nomeadamente, o ar poluído

e a alimentação alterada. A doença encarna a relação insatisfeita que estabelecem com o modo de vida, mas só quando ele se materializa e se inscreve na natureza e a perverte é que os corpos podem ser afectados e, aí, são no todos da mesma forma (Herzlich e Pierret, 1991).

Quando se pronunciam sobre a actividade profissional, também ela sujeita aos condicionalismos impostos pelo modo de vida contemporâneo, os professores do ensino secundário, contrariamente aos do ensino superior, não se referem ao seu estado de saúde individual ou às suas condições de trabalho concretas, mas sobretudo às rotinas, ao cumprimento de horários e de obrigações, à angústia, ao excesso de trabalho, à falta de tempo e ao *stress* da vida moderna, percebidos como fenómenos globais que atingem todos os indivíduos.

É forte o sentimento de exterioridade e de constrangimento que os professores exprimem, quando percebem a relação indivíduo-sociedade que sustenta a concepção modo de vida-causa de doença. Através das concepções de não saudável, nocivo e artificial, são sempre os produtos da tecnologia ou das actividades humanas que estão em causa. Identificados com a sociedade, eles aparecem ao indivíduo como exteriores e estranhos à natureza humana e consubstanciam o antagonismo percebido entre o que, por um lado, se pensa ser a "natureza do homem" e, por outro, o resultado das suas actividades.

Mais que a causalidade do mal biológico, esta concepção questiona a definição da sociedade e do próprio homem. Ao indivíduo intrinsecamente saudável, opõe-se a sociedade exterior (inundada de produtos agressivos resultantes das actividades humanas) e portadora de doença.

É este conjunto de significações, atribuído aos diversos elementos do quadro espaço-temporal do indivíduo, que faz com o modo de vida se torne numa noção integradora, paradigma primeiro da causalidade (Herzlich e Pierret, 1991). Se o modo de vida origina a doença, esta torna-se detentora

de sentido e encarna, no plano biológico, a relação negativa que se estabelece com o social.

Para a maioria dos professores entrevistados, a representação constrói-se a partir da manipulação simultânea de uma série de termos em oposição: interno/externo, saudável/não saudável, indivíduo e sociedade, saúde e doença. Mais que o conteúdo de cada noção, é a sua oposição que assume significado (porque persiste sempre) e que permite efectuar a diferenciação entre saúde e doença.

A representação da origem da saúde e da doença efectua-se pela atribuição, à diversidade dos elementos do modo de vida actual, de uma unidade de significações. São os constrangimentos da sociedade contemporânea que asseguram a unidade das agressões do modo de vida e, conseqüentemente, a doença do indivíduo intrinsecamente saudável.

O conjunto destas concepções expressas pelos professores, está em estreita consonância com toda uma corrente da medicina actual que insiste na necessidade de se pensar a causalidade da doença em termos multifactoriais, e em que se devem incluir em primeiro lugar as variáveis do meio físico e social.

Pode dizer-se que a representação do modo de vida actual produzida pelos professores dos dois graus de ensino, aparece como um fenómeno dotado, pelo menos em parte, de uma dinâmica própria. Os esquemas de uma doença exterior ou de uma entidade doença que ataca o indivíduo intrinsecamente saudável, articulam-se com a percepção sensorial de um ambiente e de condições de vida modeladas pela actividade industrial e urbanização, cuja consciência remonta ao século XVIII. Neste quadro, embora se integrem os diversos elementos de informação vindos do conhecimento e debate médicos, é sobretudo pela sua congruência com os esquemas socio-simbólicos já constituídos que eles são assimilados e tomam sentido. De facto, as orientações médicas ambientalistas e preventivas actuais, que os

professores parecem ter assimilado, não são novas e constituem um regresso às concepções higienistas dos séculos XVIII e XIX.

Todas as concepções etiológicas, quer se trate do ar, do contágio, do agente específico ou do modo de vida, têm um ponto comum: elas referem-se a uma doença que se dirige ao homem a partir do exterior. Os antropólogos, contudo, mostraram-nos que, na maior parte das sociedades humanas, as concepções da doença oscilam entre dois pólos - exógeno e endógeno. Segundo as concepções exógenas, a doença é causada pela introdução, real ou simbólica, de um objecto no corpo do indivíduo, ou seja, identifica-se sempre a um factor exterior que agride o sujeito. As concepções endógenas centram-se na ideia da resistência do corpo humano à doença, de predisposição e de hereditariedade.

Frequentemente, as concepções endógenas da doença assumem a forma de uma desordem do organismo, de uma ruptura da harmonia, onde se encontra comprometida uma relação com o exterior. Na teoria hipocrática, os temperamentos são o resultado do equilíbrio entre os elementos naturais (ar, água, fogo e terra) e dos humores próprios do indivíduo (bílis, sangue, trábilis e pituitrina). Durante séculos, estas noções inundaram a medicina, estruturaram as concepções profanas e alimentaram a percepção que o homem tinha de si próprio.

Em meados do século XIX, a noção de hereditariedade irrompeu no léxico corrente do pensamento médico e passou a constituir a visão endógena do mal que, durante muito tempo, se associou a uma noção social e a uma regra que codificava a filiação e as relações de geração, antes de exprimir um saber relativo a uma realidade biológica.

Pelo contrário, a ideia de hereditariedade patológica, da transmissão familiar da doença, precedeu (e a Bíblia pode atestá-lo) a compreensão global do problema da hereditariedade. O tema do mal biológico e social através do "mau sangue" surgiu em meados do século XIX, nomeadamente de-

vida à sífilis e ao alcoolismo. O moralismo ligado à hereditariedade patológica persistiu durante muito tempo.

São os professores universitários aqueles mais aderem às concepções endógenas da doença mas, embora atribuam à hereditariedade uma quota parte de responsabilidades no desencadear de uma determinada patologia, nunca a reconhecem como factor decisivo isto é, a hereditariedade é considerada uma causa suficiente mas não necessária para o desencadear da doença.

Há causas genéticas que não podemos controlar e depois há as outras... Aquelas que são devidas às nossas práticas quotidianas, ao nosso dia a dia... E essas têm uma importância muito grande nas doenças de hoje (Ent. 7, Prof. Aux.).

Há as doenças hereditárias que são inevitáveis e depois há as outras... Aquelas que dominam a nossa sociedade... Aquelas que têm a ver com o estilo de vida actual e essas é que são muito preocupantes... É muito difícil viver nesta sociedade... Depois, podemos sempre ser apanhados por uma doença destas (Ent. 9, Prof. Aux.).

Se bem que percebam e aceitem a ideia de uma participação do indivíduo na sua doença, a agressão do modo de vida continua a ser essencial e, portanto, é o modo de vida e não o ADN, que está no centro das representações colectivas da etiologia da doença.

Embora o modo de vida actual apareça sempre como patogénico, parece importante questionar se esta relação é sempre unívoca, isto é, se entre ele e a saúde não há uma ligação positiva. A maioria dos docentes não equaciona esta questão e os poucos que o fazem, embora não pondo em causa os progressos da medicina no combate a determinadas patologias e nos resultados alcançados na diminuição da mortalidade infantil e do aumento da longevidade, não deixam de se mostrar cépticos face às probabilidades de prevenção ou cura de determinadas doenças e de questionar o próprio aumento da longevidade.

O que se afirma é que a saúde é necessária para enfrentar o modo de vida actual - os seus ritmos, a sua agitação, as suas pressões. A saúde, inerente ao indivíduo, é condição necessária para a adaptação, porque é através dela que o indivíduo resiste às agressões do modo de vida.

A saúde é aquilo que permite, de certa forma, que se controle a nossa própria vida... É a capacidade de gerir o nosso corpo num certo ambiente. O que implica que nós não estejamos permanentemente a ser manipulados por esse ambiente e que sejamos capazes de controlar isso... De controlar esse ambiente (Ent.13, Assist.).

Se o modo de vida é identificado com a doença, inversamente o indivíduo é inteiramente descrito em termos de resistência à doença - em termos de saúde. À sociedade doente opõe-se o indivíduo saudável.

Se a representação da causalidade da doença, dos professores dos dois graus de ensino, se edifica a partir dos elementos geradores de doença que dominam o modo de vida e a própria sociedade, estes docentes percebem a saúde como estado normal - como a norma - na sociedade actual.

O estado normal é a saúde. Eu penso que esse conceito deriva de uma série de interiorizações que fazemos sobretudo ao nível da família e da escola... É no fundo o resultado dessas imagens que aí nos são transmitidas (Ent. 7, Prof. Aux.).

É sem dúvida o estado de saúde. Hoje tudo está virado para promover a saúde... Penso que tem a ver com uma sociedade que está virada para o bem-estar... Que valoriza sobretudo um conjunto de coisas que têm a ver com a saúde como a juventude e que põe de parte a morte, a doença e o sofrimento... Tudo coisas obscenas sobre as quais não se fala. E é, também por isso, que as pessoas doentes estão nos hospitais... A morte é lá longe... (Ent. 3, Assist.).

É a saúde, porque nós tentamos sempre afastarmo-nos da doença... Tentamos afastar a ideia de morte, de sofrimento... Não gostamos de visitar hospitais. As pessoas, quando passam à porta do hospital, viram a cara e tentam ignorar... Se há uma pessoa doente à

nossa volta, nós disfarçamos e não falamos disso ou afastamo-nos dessa pessoa porque custa muito viver e conviver com o sofrimento (Ent. 2, Ens. Secund.).

Nas representações dos docentes, a sociedade que causa a doença é também a sociedade que a estigmatiza, que a afasta e que a ignora. O valor de referência é a saúde enquanto norma.

A assimilação da normalidade à saúde é, maioritariamente, da responsabilidade da família e da escola. É através da socialização primária e secundária que são incutidos e inculcados os valores de moderação, regra, equilíbrio e harmonia - de normalidade - apenas consonantes com a saúde.

Para os docentes do ensino secundário, as organizações de saúde (essencialmente as dos cuidados de saúde primários) também parecem desempenhar um papel importante ao idealizarem a saúde, nomeadamente através das campanhas de informação e de educação para a saúde.

Penso que o normal é a saúde.. A família tem muita importância nisso, tal como os centros de saúde... Estão sempre a dizer-nos que temos de evitar a doença... temos de evitar que aconteça qualquer coisa que ponha em causa a saúde... Incutem-nos isso.... É um bocado ,e metaforicamente falando, como a felicidade, andamos todos à procura dela. É um estado ideal que nós sabemos que nunca vamos encontrar... Nunca seremos saudáveis a 100% mas tentamos... Tentamos caminhar para isso... Pelo menos é o que eles nos dizem para fazermos (Ent.14, Ens. Secund.).

O normal é a saúde. Eu penso que as pessoas, tal como aprendem a ser membros da sociedade, aprendem a ter uma ideia, uma imagem de saúde, no seu processo normal de socialização. Depois, essa imagem pode ser trabalhada pelas instituições de saúde no processo educativo que elas têm (Ent. 3, Ens. Secund.).

Para estes docentes, à intervenção da família segue-se a intervenção da escola e, caso estas não sejam suficientes, há sempre o recurso à intervenção da medicina preventiva. Todos os meios devem ser accionados para que a norma seja apreendida e decifrada.

O sentido global da representação parece residir na recusa dos docentes em assumirem uma responsabilidade no desencadear da doença. Os professores, como refere Herzlich (1969) sentem-se e afirmam-se muito mais atacados que culpados. Pelo contrário, o indivíduo sente-se responsável pela sua saúde, já que é ela que o define. Ele nunca é culpado de, na luta, deixar degradar a sua saúde ou de contrair uma doença, mas sim de perder a saúde.

Quanto à sua origem, a doença é um produto do modo de vida e, em última análise, da sociedade. Ela nasce da acumulação de elementos patogénicos que atacam o indivíduo, ao qual ele responde com uma certa margem de liberdade que lhe é facultada pela sua saúde. Os professores entrevistados atribuem à doença uma origem predominantemente exógena, já que ela provém do exterior - do modo de vida e da sociedade. As suas representações denotam algumas convergências com as teorias científicas que, desde o século passado, vêem na saúde e na doença o resultado da harmonia, ou falta dela, entre o homem e o seu meio.

A saúde e a doença apresentam-se como dois fenómenos que apenas o conflito une. A oposição, entre a saúde e a doença e entre o indivíduo e a sociedade, é o elemento central da representação que, ao explicar a saúde e a doença através das relações sempre conflituosas entre o indivíduo e a sociedade, parece assumir o sentido de uma dupla defesa do indivíduo contra a sociedade e contra a doença. O indivíduo diferencia-se da sociedade agressiva e, através disso, afirma a sua não participação na doença.

6.2. Higiene

Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer.

[Provérbio Popular]

A emergência da saúde como valor central na sociedade actual obriga os indivíduos a cuidar da sua vida como se fosse a própria vida que é imperativo curar (Pierret, 1991). O problema deixou de ser corrigir um disfuncionamento e fazer desaparecer a doença, mas propor novos hábitos de vida e novos comportamentos que garantam a saúde.

O que se pretende saber é como é que os professores do ensino secundário e do ensino superior organizam as práticas sociais e simbólicas para manterem a saúde e prevenirem a doença que o modo de vida e a sociedade comportam, ou seja, como é que os professores organizam, em esquemas de interpretação coerentes, a defesa da saúde às agressões diárias do modo de vida contemporâneo.

As práticas de higiene são representadas, pela quase totalidade dos docentes dos dois graus de ensino, como um conjunto de regras indispensáveis para ter e manter a saúde.

A higiene é percebida como uma solução que não constitui um modo de vida diferente, mas sim um conjunto de condutas específicas que se integram em domínios diversos, desde a alimentação ao exercício físico, do contacto com a natureza até à própria prevenção médica.

No conjunto dos professores, as práticas de higiene aparecem como sendo mais ou menos exequíveis e desejáveis, sendo adoptadas, recusadas ou negligenciadas segundo as opções e necessidades percebidas individualmente e pelos imperativos do estilo de vida de cada um.

A representação do modo de vida não saudável, comum à maioria dos professores, actualiza-se na diversidade individual das práticas de higiene em que a mais frequentemente mencionada é a alimentação.

Para se ter saúde é necessário, sobretudo, ter cuidado com a alimentação. Tudo passa por aí. É preciso ter-se cuidado com o que se come, quer em quantidade quer em qualidade, e também com os horários (Ent. 1, Prof. Assoc.).

Para mim, a alimentação é muito importante e eu procuro fazer um tipo de alimentação mais naturalista. Sinto-me melhor com esse tipo de alimentação... Até porque a carne vermelha não me entusiasma minimamente. Como muita pouca carne e cada vez me sinto melhor com esse tipo de alimentação (Ent. 2, Ens. Secund.).

...Acho que passa muito pelos cuidados com a alimentação que deve ser rica e cuidada com uma dieta adequada. Eu preocupo-me bastante com a alimentação (Ent. 12, Assist.).

Uma alimentação equilibrada é muito importante e eu penso nisso. Quando faço a escolha da alimentação para a família... preocupo-me sempre em, uma ou duas vezes por semana, fazer sopa, fazer saladas e todos comemos muita fruta. Há outros cuidados de higiene, como lavar os dentes para não apanhar cáries, mas é ao nível da alimentação que eu mais me preocupo (Ent. 11, Ens. Secund.).

Vigiar, corrigir, não ingerir alimentos em excesso, escolher "adequadamente" os alimentos, conceber uma dieta equilibrada e afastar determinados produtos, constituem o conjunto de actividades que estão presentes nas representações dos professores em termos de alimentação enquanto prática higiénica promotora da saúde.

Quando a concepção dominante nos professores associa a doença a causas exógenas - à invasão e agressão do corpo por organismos e agentes exteriores - compreende-se que a alimentação ingerida seja um dos aspectos essenciais que caracteriza o actual modo de vida. Assim, vigiar ou controlar a alimentação é, sobretudo, controlar a assimilação da doença. Ao contrário, ingerir uma boa alimentação é contribuir para reforçar a saúde.

A importância dada aos alimentos como promotores de saúde (alimento-saúde e alimento-medicamento) é, com efeito, muito antiga e esteve durante muito tempo associada a certos produtos como o álcool.

O repouso e o sono assumem-se como preocupações imediatas após a alimentação, essencialmente para os docentes do ensino secundário que se referem frequentemente a um certo número de práticas fundadas, mais ou menos explicitamente, na ideia da importância do sono e na necessidade do repouso.

O dormir é muito importante... As pessoas precisam de descansar e de ter aquelas horas fundamentais para que o corpo possa repousar (Ent. 10, Ens. Secund.).

Todos nós precisamos de descansar, de relaxar e de guardar umas tantas horas do dia para esse fim. Não podemos nem devemos viver permanentemente em tensão e a correr de um lado para o outro. É preciso de ser capaz de parar, de repousar e relaxar. Para relaxar, cada um procurará aquilo que melhor contribui para isso. Só assim conseguirá repor as energias de que precisa para enfrentar diariamente a vida (Ent. 15, Ens. Secund.).

Outras práticas higiénicas, como o exercício físico, o contacto com a natureza (sobretudo para "respirar ar puro") e as férias, são igualmente referidas por alguns docentes dos dois graus do ensino como meio de atenuarem ou libertarem-se das tensões do dia-a-dia. A higiene corporal e os cuidados ao nível da prevenção médica, como medidas destinadas a manter a saúde, quase não são citados pelos professores entrevistados.

O facto de darem mais importância à higiene alimentar e ao repouso/sono que à higiene corporal pode encontrar a sua explicação em diversos factores, nomeadamente na situação de entrevista, que dificulta a comunicação sobre a limpeza corporal ou porque, como refere Herzlich (1969), a higiene alimentar é uma preocupação pessoal que, quando existe, é mais consciente e contínua que a higiene corporal que é uma prática quase automática. Outra explicação possível para esta situação, advém dos professores dos dois graus de ensino não objectivarem a saúde e a doença

numa linguagem corporal. Com efeito, exprimem sempre uma linguagem que não é a do corpo, mas a da relação do indivíduo com a sociedade, em particular no plano etiológico da doença.

A significação atribuída à higiene advém da sua inserção no conflito entre o indivíduo e o seu modo de vida, em que ela representa um meio de acção face às agressões sofridas pelo indivíduo. É neste quadro que se concretiza, pela diversidade das condutas que lhe estão subjacentes, a representação da higiene como conduta de saúde.

A higiene oferece uma resposta eficaz ao modo de vida e tem um papel paliativo que não transforma uma vida doentia em vida saudável, mas torna-a "suportável". A higiene não permite ao doente readquirir a saúde, mas previne o agravamento do seu estado e pode evitar que a doença se desencadeie no indivíduo saudável. A sua função é aumentar as possibilidades de resistência do indivíduo às agressões com que se confronta diariamente (os constrangimentos sociais).

A higiene permite remediar, não ao nível das causas, mas protelar ao nível das consequências, no sentido de minimizar os efeitos (Ent. 5, Prof. Auxil.).

Nas suas práticas discursivas transparece também a ideia de aspirarem a uma sociedade em que a saúde não esteja ameaçada e que não exija o recurso a condutas específicas e onde o equilíbrio e a harmonia se estabeleçam naturalmente entre o homem e o seu meio.

O ser humano é um ser que devia viver de dia, deveria viver como os outros animais... Devia ter hábitos regrados e equilibrados e não deveria viver de excessos. Tudo o que é excessivo faz mal e nós temos um bocado a tendência de viver de excessos, para viver desequilibradamente... Somos excessivamente sedentários. O computador e a televisão trazem-nos tudo a casa e nós não nos mexemos... nós, realmente, não convivemos com a natureza, somos animais que nos afastamos cada vez mais da natureza (Ent. 2, Ens. Secund.).

Para muitos professores dos dois graus de ensino, estas aspirações revelam um carácter utópico, e muitas das soluções que propõem para preservar a saúde não passam de soluções imaginárias. Como refere Herzlich (1969), trata-se de uma utopia cujo papel parece ser o de reforçar ainda mais a imagem negativa do modo de vida actual.

A alimentação e o exercício físico são muito importantes para manter a saúde, mas eu não o faço. Não o faço porque não tenho tempo... Tenho pena de não o fazer, mas é difícil conciliar tudo com o tempo que tenho (Ent. 12, Assist.).

É fundamental ter uma alimentação o mais equilibrada possível e outras coisas do género. Mas essa de levar a vida da forma mais calma possível... isso é teoria. E isso, pelo menos comigo, nunca vai funcionar (Ent. 15, Assist. Estag.).

Para ter saúde é preciso conservar os hábitos saudáveis, isto é, hábitos que não conduzam à doença... digamos, que se eu pudesse de deixar de fumar, se eu fizesse mais desporto, se eu passeasse mais a pé, se eu respirasse mais ar puro, enfim todo um conjunto de comportamentos que vão contra os hábitos que provocam a doença... se eu fizesse isso, então teria sempre saúde (Ent. 5, Ens. Secund.).

Se a higiene faz parte do modo de vida actual, a sua presença na representação dos professores permite compreender como se processa o conflito entre o indivíduo e o seu modo de vida já que a higiene é, ela própria, suscitada por esse mesmo modo de vida.

A higiene é o elemento mediador entre a saúde e a doença e entre o indivíduo e o seu modo de vida. Através dela resolve-se o "paradoxo da saúde", simultaneamente ameaçada e exigida pela vida em sociedade. É a partir da sua função mediadora e do seu carácter de compromisso, entre as aspirações de uma vida saudável e a necessidade de adaptação ao modo de vida quotidiano, que se compreende a função socialmente ambivalente das condutas de higiene (Herzlich, 1969).

A higiene, concebida como uma necessidade que advém das situações criadas pelo modo de vida, segundo a mesma autora, exprime uma concep-

ção neutra que se liga, sobretudo, à alimentação. Nos outros casos, a relação entre higiene e indivíduo oscila entre dois sentidos opostos.

Para alguns docentes do ensino secundário, as condutas de higiene, ou pelo menos algumas delas, são sinónimo de prazer e satisfação. São descritas desta forma práticas que se relacionam com o exercício físico e com o repouso.

O exercício físico faz parte de mim, não consigo viver sem praticar desporto. O que está em causa é, sobretudo, o prazer que eu tiro disso e, depois, vem o resto. Se fizer bem à saúde, melhor ainda (Ent. 6, Ens. Secund.).

À necessidade criada pela situação exterior sobrepõe-se a satisfação própria ao indivíduo e, neste caso, a higiene passa a constituir uma resposta antagonista do modo de vida, qualitativamente inversa e, conseqüentemente, satisfatória (Herzlich, 1969).

No geral, todas as práticas de higiene, mesmo quando se trata daquelas que dão satisfação, exigem/impõem um esforço de disciplina por parte do indivíduo e esse esforço é particularmente sentido nas práticas que dizem respeito ao sono e ao repouso em que, frequentemente, o indivíduo se confronta com a necessidade "racional" de descansar e com a necessidade "imperiosa" de disfrutar do prazer indispensável à manutenção da sua "saúde psicológica".

Alguns professores do ensino secundário preterem a disciplina à "satisfação psicológica" e ao prazer individual. Para eles, a busca do prazer é a melhor forma de lutar contra este modo de vida, mesmo que para isso sejam sacrificadas certas práticas higiénicas (que reconhecem ser importantes), nomeadamente o repouso.

Para se ter saúde é preciso, por exemplo, ter cuidado com o dormir... mas, acima de tudo, é fazer coisas de que uma pessoa basicamente gosta. É mais importante psicologicamente para mim, se gostar de dançar, ir dançar e dormir menos horas... É sempre preferível

ir dançar do que privar-me disso para poder dormir 8 horas e estar uma semana inteira angustiada porque não fui dançar e não extravasei (Ent. 14, Ens. Secund.).

No conjunto dos docentes entrevistados é possível descortinar duas representações opostas de higiene, na sua dupla relação com o indivíduo e com o modo de vida: a higiene assimilada ao universo de regras (no sentido que há coisas que se devem fazer - alimentar-se bem - ou evitar - os excessos) e a higiene como norma social, forçada e imposta.

A higiene como conjunto de regras é reconhecida, para a maioria dos docentes, como uma necessidade. Sempre que negligenciam ou recusam essas regras, há um sentimento de culpa pelo incumprimento que se associa, de imediato, ao reconhecimento das consequências que daí poderão advir - a doença. Pelo contrário, a obediência é reconfortante e eficaz, o que não significa que seja geradora de prazer ou de satisfação. Apesar de reconhecerem os efeitos benéficos das práticas higiénicas, estas são sempre percebidas como mais um constrangimento próprio do modo de vida contemporâneo. É aquilo a que Herzlich (1969) chama "paradoxo higiénico". Para responder a um modo de vida agressivo, o indivíduo deve recorrer a práticas que são elas próprias constrangedoras. Assim, a resposta ao modo de vida, e através dele à sociedade, deixa de assumir um carácter espontâneo para se tornar numa resposta normativa (forçada ou imposta). As práticas de higiene passam, então, a aparecer como técnicas que implicam educação, como condutas que são aprendidas - que exigem um saber - e que se opõem ao conhecimento natural e espontâneo.

Para ter saúde é necessário ter um conjunto de informações... a pessoa tem de estar suficientemente educada em relação a determinados aspectos, como por exemplo a alimentação, que facilitem depois a nossa vivência no dia-a-dia (Ent. 15, Ens. Secund.).

É sobretudo necessário que as pessoas estejam esclarecidas e educadas sobre os hábitos que têm de ter. O esclarecimento, a informação e a própria educação são importan-

tíssimos para a pessoa saber quais os cuidados a ter com a sua própria saúde (Ent. 8, Ens. Secund.).

Quanto mais se acentua o carácter técnico, de constrangimento e imposição das diversas práticas higiénicas, mais se tende a considerar estas práticas não como uma resposta antagonista ao modo de vida, mas como uma expressão dele próprio.

É confrangedor ver aquelas pessoas muito velhinhas, com um ar muito infeliz lá dentro da piscina, só porque o médico mandou. Eu tenho dúvidas de que aquilo dê algum resultado. Até porque eu acho que se as coisas não são feitas de um modo natural, não se aproveita nada... Mas agora está na moda nadar, tudo para dentro de água! Faz bem à saúde... Gente que nunca nadou está agora ali a fazer um sacrifício (Ent. 18, Prof. Assoc.).

Esta desconfiança e estas reticências face a tais práticas são dominantes na concepção da higiene como norma social que, a maioria das vezes, é qualificada por um grupo minoritário de docentes dos dois graus de ensino como forçada, exagerada e imposta. É também neste caso que, de benéfica, a higiene se torna ineficaz ou mesmo nociva e que a identificação total com o modo de vida se concretiza. Embora esta concepção seja minoritária, ela permite compreender o sentido que, em certos casos, a higiene pode tomar e, ao mesmo tempo, evidenciar a sua ambiguidade.

Eu sou um bocado contrária a modas e irrita-me um bocado estas campanhas todas anti-tabaco, anti-álcool, anti-sal, anti-isto, anti-aquilo. Considero ridículas estas campanhas e dá-me vontade de fazer sempre o contrário. E, depois, há sempre aquela história do senhor que viveu até aos cem anos e que sempre fumou e bebeu... e, depois, há também a filosofia do meu pai que tem sessenta anos e que fuma três maços de cigarros por dia. Às vezes a minha mãe chateia-o e ele diz: eu já vivi até aos sessenta anos como muito bem quis, não vou agora deixar de fumar para ficar cá mais dois ou três anos; enquanto viver não vou estar com privações, que são uma chatice. Se depender do fumar o estar bem, mesmo que digam que faça mal, então que se fume (Ent. 13, Ens. Secund.).

Mas será o carácter de norma pessoal que não deve ser idêntica para todos, mas adaptada às necessidades de cada um, que emerge nas representações dos professores universitários e que irá afirmar a diversidade das condutas de higiene, fazendo com que esta perca todo o carácter de constrangimento e de imposição para se transformar numa opção individual. Ao deixar de estar identificada com o modo de vida, a higiene passa a ter como referência o indivíduo e, só assim, pode desempenhar o seu papel de mediadora entre este, o modo de vida e a sociedade. Ao perder o seu carácter de regra automática e geral ou a natureza de uma norma, a higiene oferece possibilidades acrescidas de acção ao indivíduo porque, ao conhecer as suas necessidades e os seus pontos fracos, este pode desencadear acções mais eficazes e flexíveis.

As práticas de higiene são, para os professores, os meios mais eficazes para fazerem face aos factores patogénicos do modo de vida. Apropriando e retraduzindo o discurso preventivo legítimo, consideram que é através da higiene, adaptada às suas necessidades individuais e aos seus ritmos de vida, que podem preservar a sua saúde.

7. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA

Se a medicina se construiu e adquiriu a sua legitimidade a partir da doença, os últimos anos têm sido marcados pela emergência da saúde como conceito operatório tanto no campo da medicina como no da sociedade em geral.

Ao lado da medicina curativa emergiu uma medicina cada vez mais virada para a prevenção, que acentua os riscos da doença, a responsabilidade individual face a esses mesmos riscos e em que a doença dá, cada vez mais, lugar à saúde. Ela passou a ser um património colectivo que é necessário proteger e também um dever de cada indivíduo, quer em relação a si próprio, quer em relação à sociedade.

A saúde é, actualmente, a justificação de todas as acções empreendidas pela medicina e, simultaneamente, a justificação da própria existência das ciências médicas que se tornaram detentoras do sentido da vida (Pierret, 1991).

Assim, parece legítimo analisar o significado assumido por esta mudança de interesse sobre a saúde porque a relação entre o normal e o patológico, é sempre socialmente modelada e constitui um meio de acesso ao sistema de crenças e valores de uma sociedade. Falar de saúde é, portanto, falar da própria vida, como refere Pierret (1991).

Esta análise pretende identificar as diferentes formas de dar sentido à noção de saúde e ver até que ponto as concepções de saúde constituem meios de acesso ao sentido que os professores dão às suas práticas sociais e às relações que estabelecem com a sociedade.

Pretende também verificar-se se o discurso sobre a saúde tem uma relação com o conjunto dos outros discursos possíveis e se as práticas de saúde não são independentes do conjunto das outras práticas.

Com efeito, existem múltiplas formas de falar de saúde para os diferentes indivíduos e grupos sociais, em que a saúde evoca sempre a doença, o medo, o trabalho, a educação, a família e a sociedade.

A partir do sentido que os professores atribuíram à noção de saúde foi construída uma tipologia que segue de perto, devido às semelhanças encontradas, a tipologia das "formas de saúde" elaborada por Pierret (1991). Esta tipologia constitui uma modalidade de elaboração do discurso relativamente coerente. Cada forma de saúde desenvolve-se segundo uma lógica própria que permite dar sentido ao modo como os professores se situam no campo social e como articulam as relações entre a natureza, o corpo e a sociedade.

A saúde pode experimentar-se de diversas formas. Pode sentir-se de forma positiva, pode ser vivida como uma ausência - de doença -, pode passar pelo não sentir o corpo (assimilada ao silêncio dos órgãos), não se pensar nela a não ser quando ela foi perdida ou pode ser vivida como uma experiência de que se tem clara consciência, pela sensação de bem estar funcional. Não existe porém, nem na experiência vivida, nem nas conceptualizações espontâneas, um fenómeno saúde ou doença únicos. A saúde e a doença são vividas quer como uma multiplicidade de fenómenos quer como uma unidade (Herzlich, 1969).

Nas concepções expressas pelos professores salienta-se a grande dificuldade em definir a saúde, embora ela seja sempre assimilada a "performances" positivas. Revelam também uma concepção de saúde, cujo conteúdo se dirige em duas direcções que parecem decisivamente marcadas pelo tipo de ensino a que pertencem e pelo contexto institucional em que estão inseridos.

7.1. A Saúde é não estar doente, porque não há tempo...

Tem-se saúde quando não se pensa nela.... pensa-se nela quando se está doente.

[Ent. 10, Prof. Auxil.]

Esta é a forma de saúde que domina as representações dos professores do ensino universitário. Para estes docentes a saúde é apreendida por referência à doença - pela ausência ou pela presença da doença -, pois é nesse momento que "normalmente se pensa na saúde".

As pessoas só se preocupam com a saúde quando estão doentes. Só quando estamos doentes é que lhe damos o devido valor. Nunca pensamos nela quando a temos (Ent. 1, Prof. Assoc.).

Para mim só é possível definir a saúde pela doença, porque é só quando se está doente que se pensa na saúde (Ent. 5, Prof. Auxil.).

A saúde é a ausência de doença... É o bem estar (Ent. 3, Assist.).

A doença é o ponto de referência, o acontecimento, e a saúde só assume importância quando irrompe a doença.

A homogeneidade desta "forma de saúde" vem essencialmente do discurso que têm sobre a doença, que está sempre presente, quer como experiência vivida, quer na definição da saúde. Em todos os casos é ela (a doença) que assume sempre sentido e que faz tomar consciência da saúde como um estado positivo, pleno de relações entre o domínio físico e psíquico.

A saúde é o bem estar físico, psicológico e espiritual. Todos eles estão articulados entre si... cada um deles, sem o outro, não resulta (Ent. 8, Assist.).

A saúde é o bem estar físico... Há também a parte psicológica que é importante. Mas, fisicamente, as pessoas precisam de estar bem e, depois, vem o resto (Ent. 6, Assist.).

Para estes docentes a saúde não é um valor de referência e só se toma consciência dela quando já se perdeu. É a doença que vai organizar o con-



junto do discurso e dar um sentido particular às diferentes práticas corporais ou sociais.

Ter saúde é poder vir trabalhar. Quando estou doente, há sempre determinadas limitações e isso é aborrecido... A pessoa pode relacionar-se, mas com certas limitações... pode-se viver na mesma, mas tem de se estar mais restringido a determinados hábitos (Ent. 9, Prof. Auxil.).

A doença é sempre um impedimento... É uma perturbação que entrava a realização daquilo a que me proponho (Ent. 14, Prof. Auxil.).

Nesta forma de saúde, o modo de argumentação repousa fundamentalmente sobre oposições e diferenças entre o hoje e o ontem, a sociedade portadora de doença e o indivíduo saudável.

Ao contrário de antigamente, hoje a maior parte dos hábitos de vida não facilitam nada a saúde. A nossa cultura é uma cultura altamente agressiva para a saúde das pessoas (Ent. 11, Assist.).

Eu dantes, quando era estudante, praticava muito exercício físico... Gostava muito... Mas, depois, entra-se para aqui e não se tem tempo. Eu engordei bastante durante estes últimos anos. Tenho à volta de dez quilos a mais porque deixei de praticar desporto. E, depois, sabe como é, hoje faz-se tudo de carro (Ent. 12, Assist.).

O discurso é também dominado pela ideia de que o modo de vida é extremamente agressivo e ameaçador da integridade física do indivíduo. A sociedade patogénica é a responsável por todos os males e a forma de lhe responder parece passar pelas práticas de higiene, sobretudo em termos de alimentação, que são aprendidas como práticas a que é necessário dedicar uma atenção especial, quer em termos de qualidade quer de quantidade. A vigilância cuidada da alimentação é a regra a que se deve obedecer para ter, manter ou restabelecer a saúde.

No discurso dos professores universitários, as referências às noções de moderação ou equilíbrio são escassas. Para eles, a vida parece ser co-

mandada pelo ritmo do seu trabalho que, frequentemente, dita os seus hábitos alimentares e de sono.

No nosso trabalho, muitas vezes não há horas para comer, para dormir, para nada (Ent. 1, Prof. Assoc.).

A grande vantagem da profissão que tenho é que o horário que tenho de cumprir, e aí raramente chego atrasada, são as horas das aulas. Porque, se eu quero trabalhar das duas às quatro da manhã, trabalho, e ninguém tem nada a ver com isso... Eu continuo a pensar que isso traz desvantagens em termos de saúde, porque é diferente, pelo menos para mim, dormir das zero às oito horas ou das oito às doze... Eu, assim, acordo sistematicamente com umas olheiras incríveis... mas eu gosto de trabalhar assim (Ent. 15, Assist. Estag.).

Nesta "forma de saúde doença", como lhe chama Pierret (1991), a doença está ligada a um disfuncionamento físico ou psíquico geralmente exógeno - o modo de vida. Embora os professores do ensino superior integrem a doença num esquema multicausal, onde coexistem os micróbios, a hereditariedade e o clima, é ao modo de vida que são atribuídas as responsabilidades maiores no desencadear da doença. O modo de vida e, através dele, a sociedade são identificados como os principais responsáveis pelas agressões constantes de que os indivíduos são alvo e que invariavelmente conduzem à doença.

De qualquer forma sofre-se, não por se trabalhar muito ou alimentar-se "mal" mas, sobretudo, por não se ingerirem os alimentos adequados e por não se ter tempo para se fazerem as "coisas" que, além de darem prazer, são as mais adequadas para preservar a saúde.

As noções de tempo - da falta dele - e de adequação são frequentes no discursos destes professores e parecem congregar/unificar todas as condições desejáveis e necessárias para lutar contra a doença. É a falta de tempo que os impede de tomarem uma refeição adequada ou de dormirem um número de horas considerado "normal", e continua a ser essa mesma falta de

tempo que os impede de praticarem exercício físico, outro dos meios necessário e adequado para prevenir a doença e promover a saúde.

As práticas adoptadas para terem e manterem a saúde são, essencialmente, fruto da sua experiência empírica (intervalar períodos de actividade intensa com algum repouso), embora também denotem uma assimilação das concepções médico-preventivas. No entanto, tratam-se de meios que eles não pretendem generalizar aos outros, pois cada um deve conhecer-se e encontrar aquilo que mais lhe convém, isto porque gerir adequadamente a sua vida não significa geri-la "racionalmente".

Eu acho que cada pessoa tem uma filosofia de vida e, portanto, deve actuar de acordo com essa filosofia... Deve saber o que é adequado para ela ou não... Para mim, e de acordo com essa filosofia, há coisas que são importantes e que podem não ser para outra pessoa. Cada um é que sabe da sua vida (Ent. 19, Assit.).

Embora proclamem a importância de uma vida calma, poucos professores parecem empenhados na sua concretização chegando mesmo a afirmar "isso não é para mim". A justificação encontra-se no ritmo de trabalho (onde a falta de tempo é uma constante) que comanda o seu dia a dia e que impede todas as veleidades de caminharem nesse sentido. Mas mais que uma imposição (e embora sendo reconhecido como um constrangimento), este ritmo de trabalho parece ser indispensável ao seu funcionamento/desempenho normal porque é ele que acaba por dar sentido (e porque não status) à vida que levam e da qual tende a ser excluído o êxito material.

Há pessoas que se colocam a si próprias em stress por motivos que têm a ver com a procura desesperada do êxito, da mansão de vinte e seis assoalhadas, do BMW ou de qualquer outra coisa do género. Isso, de facto, não faz sentido (Ent. 5, Prof. Auxil.).

O universo do trabalho e da vida profissional domina as práticas discursivas dos professores do ensino superior quando se referem à saúde. Embora conscientes de se encontrarem presos nesse universo e, apesar de te-

cerem várias acusações ao trabalho a que diariamente se submetem e que os expõe à fadiga, ao *stress* ou mesmo aos problemas cardíacos, ele é considerado como uma garantia. Não uma garantia de carácter material, mas uma garantia que lhes permite poderem fazer aquilo que lhes dá prazer e satisfação pessoal - aquilo que lhes permite a realização.

O trabalho é valorizado como uma actividade indispensável, associada de forma unívoca à saúde e que é vivida positivamente, apesar das agressões de que o indivíduo é alvo. Nesta forma de saúde, o trabalho aparece como um factor de saúde física, moral e social. Ele representa, muitas vezes, a própria saúde.

Eu penso que a saúde, no fundo, corresponde à capacidade de cada um de nós desenvolver, dentro do seu meio, as funções que lhe competem. Eu tenho saúde se for capaz de desempenhar as funções que me estão atribuídas e aquilo a que me proponho. Quando isso acontece, então eu digo que tenho saúde (Ent. 4, Assist.).

Para mim a saúde é mais do que a maneira como me sinto... É a maneira como eu me realizo no dia a dia, portanto, sentir-me bem comigo mesmo e com aquilo que faço. Quando assim é, eu estou bem (Ent. 14, Prof. Auxil.).

A saúde é sempre concebida em função do trabalho. Ela é aquilo que permite trabalhar, que permite desenvolver as actividades de que "se gosta", que permite fazer o que "dá prazer" e que "permite funcionar a cem por cento". Para a quase totalidade dos professores do ensino superior, a saúde é assimilada à capacidade de trabalhar sem qualquer tipo de limitações. Não trabalhar apenas por necessidade ou só visando o êxito material mas, sobretudo, porque se gosta daquilo que se faz.

Ter saúde é poderem, diariamente, concretizar todos os projectos em que estão envolvidos e iniciar outros. O quotidiano dos professores é dominado por estes projectos - pelo trabalho - e a saúde representa o meio de acesso à sua concretização.

A saúde significa ter hipóteses de se estar bem e de se desenvolverem as actividades de que se gosta... É ter um grau de actividade elevado e estar no pleno uso das faculdades físicas e mentais, ou seja, é estar tudo a funcionar a cem por cento (Ent. 5, Prof. Auxil.).

Este reconhecimento da importância que o trabalho tem nas suas vidas, não impede uma análise crítica da sua actividade profissional e da sua vida de trabalho naquilo que ela tem de mais quotidiano e concreto, ou seja, nas suas representações de saúde é, predominante, uma relação social que é questionada pelos professores.

As diferentes práticas são concebidas a partir da experiência de cada um, num quadro de vida ao qual não se pode (será que se deseja?) "escapar" e o tempo, como já foi referido, é a noção que permite aclarar certos aspectos desta forma de saúde, nomeadamente o sentido que é atribuído à doença. Para os professores universitários, a doença aparece sempre de forma imprevisível pelo que apenas se pode cura-la. As práticas preventivas estão ausentes das representações destes docentes que só pensam na saúde quando irrompe a doença (e, muitas vezes, até para esta parecem não "ter tempo").

O tempo intervém sempre como mediador da interpretação dos sintomas, da natureza do problema e da decisão a tomar: esperar até que os sintomas aliviem e a doença passe ou consultar o médico. A espera temporal normalmente decide-se a favor da primeira situação.

As práticas preventivas suscitam, frequentemente, desconfiança, cepticismo ou até um certo fatalismo e estes professores não parecem desejar saber o que se passa, pois haverá sempre tempo quando a doença chegar.

Embora denotem, ao nível discursivo, uma assimilação da linguagem médica, não se assumem como consumidores assíduos quer de cuidados preventivos, quer curativos, chegando mesmo alguns docentes a questionar o recurso frequente a essas práticas.

As "doenças", que não a doença (aquela que impeça a concretização dos seus projectos pela impotência funcional e temporal que gera), parecem fazer parte da sua vida e, por isso, falam das "doenças normais/habituais" para definirem a gripe ou as constipações, problemas que consideram parte integrante do seu quotidiano.

Na representação da saúde produzida pelos professores universitários, é a doença que tem sentido e é ela que permite tomar consciência da saúde - do bem estar que permite realizar todos os projectos e enfrentar todas as contrariedades.

É a doença, essencialmente gerada pelos ritmos e pressões inerentes à actividade profissional, que os faz tomar consciência da importância da adequação dos diversos elementos que compõe o modo de vida e, fundamentalmente, do tempo. Do tempo que não se dispõe, do tempo que se sonha vir um dia a poder dispor, do tempo que comanda as suas vidas.

É a espera temporal que organiza e orienta as decisões a tomar sobre a doença e é também o tempo (a falta dele) que os leva a não se preocuparem com a saúde, a não ser quando já não a têm. A saúde é, para estes docentes, poderem curar-se rapidamente quando estão doentes porque o tempo escasseia. Nesta forma de saúde-doença a relação com o tempo é eminentemente social e as práticas são estruturadas a partir do sistema produtivo.

7.2. A Saúde produto

Quando tenho saúde, sou feliz e adoro viver.

[Ent. 2, Ens. Secund.]

A concepção de saúde dominante nos professores do ensino secundário faz da saúde um produto que pode ser mais ou menos controlável. Nesta forma de saúde ela é apreendida como o resultado de um conjunto de factores diversos e variados. A saúde depende do trabalho, do repouso, e das condições materiais de vida de cada um, dos seus comportamentos e do sistema social.

Para os docentes do ensino secundário a saúde tende a ser um valor individual e uma referência suprema à qual cada um deve submeter a sua vida. É em seu nome que se organiza o conjunto das práticas, numa perpétua negociação entre o que é possível ser e o que não é, entre o domínio público e privado, entre o prazer e o risco.

Em certa medida, esta apreensão da saúde como um valor faz eco das interrogações que atravessam hoje o campo da medicina. Mas a redefinição dos valores não é o único facto e a saúde encontra-se presa numa lógica social em que se misturam interesses socio-económicos mais amplos. Interesses comuns aos que exprimem as categorias sociais denominadas por Bourdieu (1979), como a pequena nova burguesia, com a qual os professores do ensino secundário parecem denotar algumas afinidades nas suas práticas sociais e, conseqüentemente, na sua representação de saúde.

O modo de expressão é um dos elementos que contribui para dar sentido a esta forma de saúde. Estes docentes discursam na primeira pessoa, a experiência vivida é sempre colocada em primeiro lugar e é, a partir dela, que se organizam as diferentes práticas.

A saúde para mim é eu sentir-me bem física e psicologicamente. Estar bem psicologicamente é fundamental... (Ent. 8, Ens. Secund.).

Eu, quando sinto que tenho saúde, sinto-me bem... Sinto-me bem disposta e, por isso, para mim ter saúde é sentir-me bem comigo mesma, sentir-me bem psicológica e fisicamente (Ent. 11, Ens. Secund.).

É eu sentir-me bem física e psicologicamente. Para mim não é apenas o físico, porque eu posso não estar doente fisicamente e o meu relacionamento com os outros começar a ser tão mau que, para mim, isso começa a ser um problema. Por isso a parte psicológica tem tanta importância (Ent. 3, Ens. Secund.).

Segundo Pierret (1991), aqueles para quem a saúde é um produto, falam deles próprios, das suas práticas quotidianas e dos seus hábitos de uma forma voluntária - é sempre a sua experiência de vida pessoal que emerge no discurso. Eles não ignoram o social, só que o social a que se referem é apresentado como um constrangimento e não como uma relação. O que é criticado e denunciado no sistema social são as normas e valores que se lhes impõem e que entravam a sua liberdade.

Sempre que me vêm com essas campanhas e com essas normas todas, apetece logo fazer o contrário. Se nós fizéssemos tudo aquilo que dizem esta vida era uma chatice... Quando dizem que não se deve fumar, apetece-me logo acender um cigarro... Agora é a história do cinto de segurança... A toda a hora temos que estar a pensar no que se pode ou não pode fazer... Eu sou muito contrária a isso e apetece-me fazer sempre tudo ao contrário (Ent. 13, Ens. Secund.).

É nesta forma de saúde que as práticas corporais são mais valorizadas, quer se trate da alimentação, do álcool ou do tabaco, dando-se grande importância ao carácter natural e ao prazer associado às mesmas. Estes professores mostram-se mais sensibilizados ao discurso médico sobre o risco e tendem a reproduzi-lo continuamente.

Para eles, o stress, as deficiências alimentares e o tabaco fazem parte de um modo de vida onde dominam as pressões sociais, são sinal de uma

sociedade que provoca a angústia. Como consequência, alimentar-se "mal" e fumar constituem muitas vezes paliativos ou recursos geradores de algum prazer.

Eu, por exemplo, fumo dois maços de cigarros por dia e isso, para mim, é uma forma que tenho de me ajudar com a vida que levo. Se eu, com esta vida, deixasse de fumar isso significava uma perturbação... Além disso, da última vez que deixei de fumar, engordei quase vinte quilos e isso afectou-me bastante. Portanto, até ver, vou continuar a fumar porque me sinto bem assim (Ent. 14, Ens. Secund.).

Para esses professores, as práticas corporais inscrevem-se principalmente na problemática do prazer individual imediato e do risco para a saúde. É aquilo a que Bourdieu (1979:424) chama a "moral do dever que, fundada na oposição entre o prazer e o bem, leva à suspeição generalizada em relação ao agradável, ao medo do prazer e a uma relação com o corpo feita de reserva, de pudor e de contenção, e que abastece de culpabilidade toda a satisfação das pulsões interditas, a nova vanguarda ética opõe uma moral do *dever do prazer* que leva a sentir como um revés, capaz de ameaçar a auto-estima, toda a impotência em *divertir-se*, ou como se gosta de dizer hoje com um pequeno estremecimento, em *gozar*, o prazer que é não só autorizado mas também exigido em nome de razões que se pretendem menos éticas que científicas: o medo de não se ter suficiente prazer, sequência lógica da inquietação de ultrapassar o medo do prazer, combina-se com a busca da expressão de si próprio e do seu corpo (*a expressão corporal*) e da comunicação com os outros (*a troca*), isto é a imersão nos outros (considerados não como *grupo* mas como subjectividades à procura deles próprios), para substituir uma ética pessoal por um culto da *saúde pessoal* e uma *terapêutica psicológica*".

Esta parece ser uma antítese da política que despersonaliza as experiências pessoais, fazendo aparecê-las como casos particulares de expe-

riências genéricas, comuns a uma classe. São a moralização e a psicologização que personalizam a experiência.

Para mim, a saúde é sentir-me bem e, sobretudo, emocionalmente bem. É ver as coisas pela positiva... Digo isto porque, quando não me sinto bem fisicamente, consigo fazer as coisas na mesma. Quando emocionalmente não estou bem por alguma razão, corre-me tudo mal. Afecta-me muito mais a parte emocional do que a parte física, por isso é que eu digo que se devem ver sempre as coisas pela positiva... Tentar sempre ultrapassar tudo e ver o seu lado positivo (Ent. 6, Ens. Secund.).

Quando tenho saúde, sou feliz e adoro viver. Para mim é uma grande felicidade ter saúde. Ela é a única riqueza que nós possuímos. É ela que me permite ser feliz, viver, conviver com os outros, dar aos outros e apetecer-me estar vivo, por isso são muito importantes os cuidados que se deveriam ter com a saúde e toda a gente deveria ter consciência disso (Ent. 2, Ens. Secund.).

A moral do dever e do prazer e o culto da saúde pessoal reenviam para uma preocupação de gestão e de domínio da vida.

Os professores do ensino secundário, presos num sistema social que se lhes impõe, descrevem a sua situação social e traçam um quadro de vida quotidiano dirigido pelo trabalho, mas raramente se pronunciam sobre a sua vida profissional e sobre a sua experiência de trabalho. Trata-se sempre do trabalho dos outros e da descrição de situações sobre as quais podem projectar as suas próprias preocupações. O trabalho é, para eles, uma entidade abstracta e um constrangimento e não uma relação quotidianamente vivida como acontece com os professores universitários.

Nesta forma de saúde os problemas essenciais não parecem situar-se no seio do sistema produtivo mas mais nas relações com a esfera do consumo. O trabalho parece impedir o consumo, sendo frequentemente denunciado o pouco tempo que resta para se distraírem, para se relacionarem com os outros, para estarem com a família. Com efeito, para a maioria dos professores do ensino secundário, a saúde é apreendida essencialmente a par-

tir da possibilidade que oferece de relacionamento com os outros ou de estar bem consigo próprios para poderem, igualmente, estar bem com os outros. A doença é sempre representada como um obstáculo à sua vida de relação.

Quando tenho saúde, tenho vontade para fazer as coisas boas da vida que são, por exemplo, passear, estar com os meus amigos, com o meu marido e os meus filhos. Se não tiver saúde, não tenho paciência para isso, o que é terrível (Ent. 19, Ens. Secund.).

Ter saúde é ter disposição para estar com a família e com os amigos, para me relacionar com eles... É, no fundo, estar bem comigo e com os outros (Ent. 17, Ens. Secund.).

A saúde é um estado de bem estar que não é exclusivamente físico mas, essencialmente, um estado de bem estar no relacionamento com os outros e com tudo o que nos rodeia. É poder usufruir de tudo isso (Ent. 3, Ens. Secund.).

O trabalho é ainda representado como um risco que ameaça frequentemente a saúde do indivíduo e a estrutura familiar. É um risco que se liga quer à acumulação das actividades, quer à própria natureza do trabalho que provoca tensões constantes nos indivíduos que se traduzem, normalmente, em depressões e "doenças dos nervos".

A certa altura, a minha vida começou a ser toda ocupada pela profissão e eu, que sempre tive outros interesses que, para mim, são factores de saúde (sempre gostei de ler, de ir a muitos concertos, a muitos espectáculos de teatro e bailado, a exposições), deixei de ter espaço e tempo, veio o cansaço, a saturação, o stress e a descompensação provocadas por tudo isto... E, obviamente, que deu aquele resultado [a doença] (Ent. 3, Ens. Secund.).

Parecem estar presentes nas representações destes docentes alguns dos factores tradicionalmente associados ao mal estar docente, o que pode significar que estes "males" fazem parte do quadro de vida socio-profissional dos professores do ensino secundário.

O que está em causa é a denúncia do sistema produtivo em termos dos riscos para a saúde que ele comporta. Neste sentido, formulam diversas proposições que reenviam para a solução destes problemas e ao trabalho,

enquanto constrangimento e factor de risco, contrapõem a redução das actividades e do tempo de laboração.

Com tudo aquilo que nos pedem para realizar, desde as aulas, à disponibilidade para os alunos, ao atendimento para os pais, às reuniões, à burocracia... Claro que é impossível fazer tudo. O professor não pode ser isto tudo que eles querem ao mesmo tempo e as coisas não vão mudar enquanto não houver uma redução do número de actividades que se exigem ao professor... E, depois, é também o número de horas que este trabalho ocupa. Não são só as vinte e tal horas de aulas semanais. São todas as outras horas que se ligam com as actividades que falei e, claro que isso tem de ser reduzido (Ent. 15, Ens. Secund.).

O culto da saúde pessoal é também entravado por outros constrangimentos sociais como o modo de vida actual e todo um conjunto de factores que lhe estão associados. O modo de vida é o principal responsável pelos "males" de que se sofre hoje e que são o stress, a agressividade, a tensão nervosa e, de um modo geral, tudo o que é comum designar-se por "doenças nervosas".

Quando, individualmente, não conseguem dominar estes factores, recorrem ao consumo médico preventivo. A prevenção tem, para estes professores, um estatuto privilegiado como meio de informar e de educar sobre os mecanismos de defesa contra os riscos decorrentes do modo de vida actual, e é também um meio de vigiar a sua saúde.

Tudo se passa como se, para estes docentes, a difusão no conjunto da sociedade de conhecimentos e saberes médicos, fosse suficiente para modificar certos hábitos de vida e para provocar a adopção de comportamentos tidos como racionais. Esta concepção denota também uma contradição entre o desejo de se sentirem eles próprios e de dominarem a sua vida (através da saúde) e o cumprimento das regras ditadas pela prevenção médica.

O conjunto das práticas corporais, individuais e sociais, é organizado nesta concepção de saúde em torno do culto da saúde pessoal. E, se a saúde tende a assimilar-se à própria vida, este grupo de professores parece

estar preso numa rede de contradições que torna difícil definir as suas identidades: embora proclamem a gestão racional da sua vida, sentem-se constrangidos socialmente pelo sistema produtivo e, ao mesmo tempo que exaltam a liberdade individual, procuram/exigem garantias sociais como forma de alterar o seu quadro de vida.

A representação de saúde destes professores caracteriza-se por uma organização da vida em torno da saúde pessoal, frequentemente negociada entre o prazer e o risco, em que à liberdade individual se contrapõe a regulamentação social, sendo o consumo aquilo que dá sentido às suas práticas sociais.

7.3. Da doença à doença impedimento ou à recusa da doença

A doença é aquilo que impede que eu me realize profissionalmente.

[Ent. 1, Prof. Assoc.]

A doença é um fenómeno que ameaça o indivíduo, o grupo e até a própria sociedade. Por isso, todos os agrupamentos sociais desenvolveram mecanismos para se defenderem contra ela e criaram teorias para a justificar e diagnosticar.

Na sua relação com a saúde ou com a doença o indivíduo, quer esteja ou não doente, exprime sempre uma linguagem que ultrapassa o corpo e o seu estado orgânico e que se centra na sua relação com a sociedade. Com efeito, a saúde e a doença são vividas e pensadas pelo indivíduo em refe-

rência às suas relações com a sociedade e, é através delas, que ele se insere ou se exclui dessa mesma sociedade.

O objectivo é analisar como é que os professores percebem a inscrição da doença no corpo, como estruturam a sua identidade de doentes, como integram e traduzem os conhecimentos médicos. Em suma, como se constitui a representação social da doença no grupo de professores dos dois graus de ensino.

Contrariamente à concepção da OMS que afirma que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, Herzlich (1969) afirma que a saúde e a doença são vividas pelo indivíduo não como estados, mas como universos de comportamentos e de condutas. De facto, num mesmo estado orgânico, diversos indivíduos comportam-se de forma diferente e, enquanto alguns interrompem de imediato a sua actividade, outros continuam a trabalhar regularmente.

Segundo a mesma autora, é em função destes comportamentos que se delimita a própria noção de doença que começa quando, num determinado estado orgânico, o indivíduo se comporta como doente enquanto que, num mesmo estado, outro indivíduo não se comportará como tal e continuará a persistir nas suas condutas saudáveis. Isto pressupõe que as noções de saúde e doença traduzem sempre concepções individuais que se manifestam, frequentemente, pela oposição entre o estado orgânico e a conduta e em que o indivíduo, apesar dos problemas, continua a afirmar-se como saudável (sendo o contrário também verdadeiro).

É a partir desta situação que se pode compreender o problema da relação médico-doente, em particular no caso dos "doentes imaginários" em que os problemas subjectivos não recobrem nenhum problema objectivo. Ao médico que declara a ausência de doença, os indivíduos opõem a evidência das transformações do seu humor e comportamento. Pelos seus critérios individuais, sentem-se doentes e o facto de os exames diagnósticos serem ne-

gativos não tem para eles qualquer significado. Ao contrário, o médico pode também qualificar como "saudáveis imaginários" os indivíduos que persistem na sua actividade, ignorando e recusando a doença ou os seus problemas orgânicos (Herzlich, 1969).

Para os indivíduos, a saúde e a doença aparecem em função de critérios comportamentais que são "totalizadores", no sentido que abarcam a concepção da pessoa, o seu comportamento e as suas relações com os outros e com a própria sociedade. Portanto, esses critérios não são orgânicos nem localizadores, como tantas vezes são definidos pelos profissionais da medicina/saúde. A unidade de sentido fornecida pelo comportamento (unidade da doença), opõe-se à ambiguidade e diversidade dos sintomas (à diversidade das doenças).

Embora os factos orgânicos, os sintomas e os disfuncionamentos tenham uma existência própria, eles não se organizam como doença a não ser quando introduzem uma transformação na vida do indivíduo. Como refere Herzlich (1969:), "a doença não faz do indivíduo um doente".

É a actividade ou inactividade que nos permitem definir a saúde e a doença como condutas e não como estados orgânicos. São as condutas do doente e do indivíduo saudável que têm unidade de significação e daí que se tenha sempre que distinguir entre a realidade objectiva da doença e o comportamento de doente.

O comportamento do doente é considerado a consequência e a prova de que o sintoma foi percebido e identificado pelo doente. O sintoma só toma sentido (na doença) quando dá lugar a um comportamento pelo que, no plano da representação, o indivíduo julga o seu estado, não após as manifestações intrínsecas, mas após os seus efeitos.

Frequentemente o recurso ao médico - recurso ao diagnóstico e à terapêutica - é considerado como o protótipo do comportamento de doente, ou seja, daquilo que define a situação de doença. Não é, porém, a relação entre

o doente e o médico aquilo que define a doença, mas a noção de inactividade. No entanto, as concepções de doença como inactividade e como a procura de cuidados não se opõem, já que ambas fazem intervir a sociedade. Para o médico, para a família, para o meio profissional e para a sociedade, é sempre de um doente que se trata quando a inactividade se impõe.

É através da actividade do indivíduo saudável e da inactividade do indivíduo doente que se exprime a relação do indivíduo com a sociedade, a qual pode assumir formas que vão da participação à conformidade ou da exclusão ao desvio.

Tendo como referência a tipologia proposta por Herzlich (1969) sobre a representação da doença, foram elaboradas duas concepções de doença onde se inserem os modelos de comportamento dos professores entrevistados e que são correlativos das suas relações com a sociedade. Trata-se de analisar as formas de interpretação que os professores propõem e as percepções que elaboram das suas relações com a doença e com a sociedade.

Para os professores universitários a doença é sempre concebida como uma situação perturbadora que impede a concretização dos seus planos presentes ou futuros, essencialmente ao nível profissional.

A doença é a incapacidade de se fazer tudo aquilo que se pretende. A doença é aquilo que impede que eu me realize profissionalmente... Que eu faça e realize todos os meus projectos. A doença traduz sempre perturbação... É sempre um impedimento. Para estar bem comigo, tenho que realizar aquilo que me proponho (Ent. 1, Prof. Assoc.).

A doença é eu não me sentir bem... Não me sentir realizado... É nisso que a doença se traduz sempre... (Ent. 14, Prof. Aux.).

Esta é, segundo Herzlich (1969), uma concepção característica de indivíduos que se consideram particularmente activos profissionalmente e envolvidos socialmente. Nos docentes do ensino superior, pelo material recolhido, podem confirmar-se as duas situações.

A sua concepção de doença é dominada pela inactividade e pelas diversas implicações que ela protagoniza no seu dia a dia, como sejam o abandono do seu papel profissional e o conseqüente impedimento de alcançarem a realização dos seus projectos.

A inactividade ganha sentido essencialmente a partir do abandono desse papel e é percebida como algo que lhes é imposto e como uma espécie de violência a que são sujeitos.

A pior coisa que há é uma pessoa ter que ficar ali sem poder fazer nada... Não se poder levantar... Não poder sair de casa... Estar sujeito a essas limitações é uma coisa terrível (Ent. 11, Assist.).

Ser obrigado a não vir trabalhar é o pior de tudo... Quando se chega a essa situação é muito complicado... Não há nada como uma pessoa poder fazer a sua vida sem impedimentos... (Ent. 12, Assist.).

A exclusão do grupo (também característica da inactividade) é igualmente valorizada por estes docentes. Para eles a inactividade é sinónimo de destruição das ligações com os outros e de solidão.

Nós estamos para ali sozinhos, nunca chega ninguém ao pé de nós... Ficamos ali sozinhos tempo e tempo... Os colegas iam lá mas ficavam dez minutos e, depois, iam-se embora. E ali ficava eu com todo aquele tempo sozinho a pensar e a repensar toda a minha vida sem poder fazer nada (ent. 1, Prof. Assoc.).

A perturbação profissional e pessoal, que a doença provoca, é percebida pelos professores a partir do desvio social, imputado à doença. Eles rejeitam a doença porque consideram que ela os exclui da sociedade.

Esta visão, onde exprimem a "dessocialização do doente", acentua de diversas maneiras a valorização do seu papel e da própria saúde e permite captar a importância do tempo, neste caso, do tempo que é "gasto/perdido" com a doença. Percebe-se assim a importância fundamental que assume para estes docentes, a persistência das condutas de saúde já que é através

delas que asseguram a permanência da sua função socio-profissional e impedem "perdas inúteis" de tempo.

Nestes docentes, a identidade social constrói-se a partir do seu papel profissional que exige a saúde e rejeita a doença. Assim, essa identidade é mantida enquanto assumem condutas saudáveis e perde-se a partir do momento em que se comportam como doentes.

Para os professores universitários o mundo da doença é um mundo onde nunca é possível encontrar um lugar para eles. Nada nesta forma de vida que é a doença lho permite, e daí o carácter totalmente negativo que atribuem à doença (Herzlich, 1969).

Para além de declararem que a inactividade é "insuportável" também depreciam algumas das actividades que são permitidas aos doentes e não aceitam sequer que elas possam constituir um paliativo face à doença.

Estar numa cama do hospital, todo o dia deitada é uma coisa que me perturba muito... Há pessoas que não se importam e até valorizam isso, mas para mim é completamente insuportável. Estar ali todo o tempo deitada, passivamente à espera que façam isto, que façam aquilo, que apareça aquele... É uma coisa difícil de suportar (Ent. 3, Assist.).

Quando experienciam uma situação de doença, os professores percebem as relações com os outros como relações de dependência e a imagem de si próprios aparece marcada por um sentimento de angústia e de solidão, fruto da perda do seu papel social e da exclusão do mundo dos indivíduos saudáveis. A ideia expressa é que o doente está sozinho, no meio dos outros doentes (que muitas vezes parecem perturbá-lo) igualmente sós, e que não há ajuda possível para eles.

Quando se está doente, está-se quase sempre sozinho. Claro que há sempre as pessoas que se aproximam e que tentam ajudar... Mas é difícil. Quer se queira, quer não, é uma coisa com que temos que lidar sozinhos. Mesmo o médico... Claro que ajuda e que às vezes resolve a situação mas, enquanto resolve e não resolve, só nós é que sabemos como é... (Ent. 10, Prof. Aux.).

Quando se está no hospital é perturbador ver como as pessoas valorizam a doença e como isso valoriza as pessoas. Ouvi milhares de histórias de cinquenta doenças... As pessoas gostam muito de falar da sua própria doença e isso parece ser importante para elas. Mas quando se chega ao fim do dia, já não se consegue ouvi-las falar sempre do mesmo (Ent. 3, Assist.).

Os docentes universitários (quer enquanto saudáveis, quer enquanto doentes) apresentam dificuldades em viver e conviver com os doentes. Essa dificuldade advém, segundo eles, da necessidade que o doente tem de se voltar para si próprio ou para aqueles que lhe estão mais próximos, evitando assim o contacto com os outros. A doença é percebida também a partir dos seus aspectos intimistas, como uma situação que é experienciada na intimidade, pelo indivíduo e a família.

Eu rejeito o contacto muito próximo no período de doença, porque eu rejeito a doença. Eu rejeito a imagem que a doença dá e evito, sempre que posso, um contacto mais próximo com os doentes. Lamento, mas não dou grande ajuda (Ent. 7, Prof. Aux.).

Acho que há sempre tendência para nos afastarmos da pessoa... Um bocadinho por pudor porque, nessa altura, a pessoa se volta muito mais para si própria e, se calhar, necessita de um bocadinho mais de pudor (Ent. 10, Prof. Aux.).

Se, enquanto doentes, se encontram sozinhos no mundo dos saudáveis, quando têm saúde apresentam dificuldades em criar ligações e em comunicar com os que estão doentes. Mesmo quando se aproximam, fazem-no encarando o outro como alguém que está diminuído e incapaz de "cuidar de si próprio".

Tendo a acompanhá-lo com mais insistência... Acompanho-o muito mais de perto e dou-lhe a assistência que vejo que ele necessita... (Ent. 8, Assist.).

Procuro ter uma relação mais próxima... Procuro ajuda-lo e ser útil em tudo o que ele necessitar (Ent. 16, Prof. Aux.).

A inactividade, a dependência e a exclusão social parecem cristalizar a experiência de doença como uma perturbação e um impedimento de se rea-

lizarem plenamente, onde se encontram sempre "irremediavelmente sozinhos".

A perturbação, inerente à doença, é percebida, não como uma consequência da doença ou como uma ameaça futura mas, como a realidade imediata da doença. Essa perturbação ameaça, não tanto o próprio corpo mas, o indivíduo em termos do seu envolvimento social.

A doença nunca é experienciada como uma situação que possa produzir transformações benéficas na sua vida. Tudo na doença é negativo e não concebem que dela resulte nada de positivo.

A saúde aparece sempre como um aspecto positivo ou seja, eu tenho capacidade para fazer aquilo que tenho de fazer. A doença, ao contrário, aparece como algo negativo... Mesmo que eu queira eu não sou capaz de fazer. Não há nada na doença que se possa dizer que seja positivo. Ela é sempre uma experiência que causa problemas a todos os níveis... Não só no sentido físico, mas porque as pessoas não se adaptam à sociedade, não se adaptam a profissão e por aí fora... (Ent. 4, Assis.).

A imagem da doença e do doente, no plano das experiências vividas pelos professores, permite definir a doença a partir da inactividade. Com efeito, não é senão pela redução à inactividade e às suas consequências que se define a doença. Ao contrário, certos problemas percebidos como não tendo uma influência notória sobre o comportamento, são colocados no domínio da saúde, como é o caso de certas afecções como as gripes, as enxaquecas e as constipações.

Em relação às gripes e constipações, não ligo muito. Sou muito despreocupada em relação a isso. Continuo a fazer a minha vida normal e, até agora, não houve problemas. São coisas banais que fazem parte do dia a dia (Ent. 19, Assist.).

Ao descreverem a doença, os professores deste grau de ensino, ligam-se mais às suas manifestações externas e à sua duração que ao próprio fenómeno orgânico e à sintomatologia que lhe está associada. É, frequentemente, pela sua duração que a doença se reflecte mais profundamente no

comportamento e na vida dos professores e, pelas suas manifestações externas, que ela se impõe aos próprios indivíduos e aos outros.

É no dia em que eu tento levantar-me da cama e não consigo ou, então, quando toda a gente me diz: "como é que tu consegues estar aqui?", que eu normalmente cedo. A partir daí, tenho mesmo que aceitar que tenho de me tratar e que tenho que ficar em casa (Ent. 19, Assist.).

Como refere Herzlich (1969:147), "é nesta imagem dele próprio para os outros que o indivíduo reconhecerá a doença".

A relação que se estabelece entre o indivíduo e a doença pode formular-se em termos de poder, ou seja, daquilo que se pode fazer; dos meios que se podem accionar para enfrentar a doença e que se traduziriam, à partida, numa tentativa para vencê-la. Para os professores universitários isso não é essencial e o que ressalta é a possibilidade que há de "negarem a doença", estabelecendo uma oposição entre o estado orgânico e o comportamento e persistindo na adopção de comportamentos saudáveis.

Sinto que foi um período negativo da minha vida, mas que não me impediu de continuar a trabalhar. Embora tenha tido que interromper o trabalho que estava a fazer, iniciei outro e, durante esse período, escrevi um livro... Penso que protelei em demasia a ida ao médico. Deveria tê-lo consultado mais cedo, mas sabe como é... Nós nunca queremos admitir que estamos doentes (Ent. 7, Prof. Aux.).

Se a saúde subsistir como modelo de comportamento, a espera orgânica pode perder o seu significado e o seu carácter de doença. Pode até conseguir alcançar-se a cura através dessa "negação" e, nesse caso, considera-se que há uma "vitória" do comportamento de saúde sobre o estado de doença.

A certa altura comecei a ler coisas sobre a minha doença e percebi que era rara e não tinha etiologia conhecida... Que havia pessoas que duravam muitos anos, que havia pessoas a quem isso desaparecia e nunca mais voltava... Durante algum tempo vivi com isso,

mas depois desapareceu e deixou de fazer parte da minha vida. Nunca cheguei sequer a tomar medicamentos, nunca tomei nada e, o facto é que desapareceu (Ent. 2, Assist.).

Para estes professores a redução ao comportamento de doente parece significar a impotência total sobre a doença, daí a importância que assume o facto de o indivíduo nunca se comportar como doente, quer isso resulte ou não. Como salienta Herzlich (1969), quando o estado orgânico e a conduta se juntam, o indivíduo vê-se privado de todos os recursos disponíveis e o "último passo é dado".

Através da negação da doença, os professores, resolvem o problema da doença a nível pessoal, ao nível orgânico e ao nível da participação social. A recusa em assumir os comportamentos de doente significa conservar a sua vida e a sua identidade social intactas através da manutenção da integração social. Assim, compreende-se que a persistência da actividade, durante o mais tempo possível, assumam uma importância decisiva para estes professores.

Há dois anos fui operada, mas continuei a dar as minhas aulas normalmente até esse dia e aproveitei as férias do Natal para fazer a cirurgia. Os meus colegas de departamento não se aperceberam de nada. Ninguém soube, a não ser um colega que também é amigo... E esse só soube porque eu lhe contei. Ele também não se tinha apercebido de nada... Eu fazia a minha vida normal como se não houvesse nada (Ent. 15, Assist.).

A espera temporal que medeia o recurso ao médico ou a fraca adesão às práticas preventivas (que se detectou nas suas práticas de acesso à saúde e à doença), para além de corresponder ao desejo de negação da doença que tentam levar tão longe quanto possível, revela também a recusa de saberem ou de se informarem sobre o seu estado. Consideram que há sempre tempo para isso quando algum problema chegar, o que parece demonstrar que estes docentes não parecem (querem) estar preparados para enfrentarem algum problema que perturbe o seu quotidiano de trabalho.

Acho que muitos desses testes que as pessoas fazem são perfeitamente inúteis... Um amigo dos meus pais fazia sempre isso... nunca tinha nada e, depois de fazer um em que estava tudo bem, passado um mês morreu com um tumor cerebral. Uma amiga minha todos os anos fazia esses exames, ia ao obstetra e ao ginecologista, fazia tudo...Montes de cuidados... Tinha lá ido há dois meses e a seguir apareceu com um cancro da mama e pronto. Fazem-se imensos exames sem necessidade nenhuma... Claro que se aparecer alguma coisa, nessa altura, deve-se ver o que é... (Ent. 3, Assist.).

Eu tenho sempre receio que me venham a detectar qualquer coisa... (Ent. 14, Prof. Aux.).

De um modo geral, os professores do ensino superior não admitem que um certo lapso de tempo lhe seja tomado pela doença. Para eles, esse é sempre um tempo "morto" que é necessário abreviar. O objectivo do recurso ao médico é tornar tão breve quanto possível o tempo de duração da doença.

Quando vou o médico é sempre na expectativa de resolver rapidamente a situação que me aflige. É isso que eu pretendo quando lá vou... E se vejo que é alguma coisa complicada e que se pode arrastar, ainda fico pior do que quando para lá fui (Ent. 11, Assist.).

Se a doença se instala e persiste, o último passo é transposto e o indivíduo é vencido, ficando impotente face às manifestações orgânicas da doença. É também nesse momento que se concretiza a sua exclusão social e a perda da sua identidade social. A partir daqui a dependência do médico impera. Trata-se de uma dependência que é alvo de múltiplas negociações por parte destes docentes, que exigem uma partilha sistemática e constante de informações sobre o seu estado, para assim poderem ter não só um papel activo na sua própria cura como também restabelecerem-se mais rapidamente.

Para um número restrito de professores universitários, a dependência passiva do médico é o corolário da situação de doença. Segundo Herzlich

(1969:150), esta passividade reforça a negação da doença já que, "ficar totalmente passivo, é também uma forma de não participar na doença".

A concepção de doença produzida pelos professores universitários aparece decisivamente marcada pela negação da doença, que é sempre percebida como um impedimento à sua realização.

7.4. A doença é... curar-se

Uma pessoa que se deixa abandonar na doença e que não luta por ficar melhor tem muito mais dificuldade em curar-se.

[Ent. 2, Ens. Secund.]

Para os professores do ensino secundário, a doença aparece como uma situação que suscita e exige um empenhamento indispensável para se alcançar a cura. A função reconhecida ao doente é a de lutar contra a doença. Essa luta tem um carácter activo e exige, do doente, uma conduta que o mantenha física e psicologicamente activo. Para isso ele tem de preparar-se e aprender a reagir e a lutar.

A minha primeira preocupação, quando estou doente, é ir ao médico para saber a causa e, depois, combater a causa e seguir em frente (Ent. 11, Ens. Secund.).

Quando se vai ao médico, que é o que eu faço quando estou doente, tem-se sempre medo do diagnóstico, mas pronto...As pessoas, de qualquer maneira, têm de arranjar coragem para enfrentar isso. As pessoas têm de vencer... Eu, pelo menos, tenho sempre um período em que tento arranjar alguma preparação para enfrentar a doença... Arranjo uma carapaça e, depois, aí vou eu à luta (Ent. 12, Ens. Secund.).

A doença é percebida, por estes docentes, como uma situação que se trata pelo recurso ao médico e através da luta activa do doente.

Se a inactividade é um incómodo em termos profissionais, familiares ou para a vida de relação, ela tem, apesar de tudo, uma função positiva, já que é graças à libertação das exigências do quotidiano que o indivíduo encontra a energia para lutar contra a doença (Herzlich, 1969). A inactividade é, então, substituída pela luta contra a doença que exige sempre um esforço da parte do indivíduo.

Estes docentes concebem a doença como um momento que, mais tarde ou mais cedo, acaba por ser ultrapassado e que é necessário encarar como, tal. Ao contrário dos professores universitários, eles aceitam a presença da doença e não tendem a negá-la. A doença, tal como a saúde, são situações percebidas como inerentes à vida quotidiana do homem.

A doença é uma coisa que faz parte da vida. É uma coisa que acontece todos os dias e, por isso, temos de saber lidar com ela. Nos dias de hoje, as pessoas tendem, cada vez mais, a ignorar a doença, mas ela coexiste com a saúde. Da mesma forma que há saúde, há doença... Se nós lidamos com a saúde, também lidamos com a doença. Para mim ela é uma coisa normal (Ent. 17, Ens. Secund.).

A orientação para a cura é um dos traços dominantes desta concepção. O indivíduo pode, pela sua luta, participar na cura, apressando-a e facilitando-a, nomeadamente através dos factores psicológicos que parecem ter aí um papel preponderante. Os docentes do ensino secundário recorrem, frequentemente, nas suas práticas discursivas à importância dos factores psicológicos e ao poder da vontade na luta pela cura da doença.

Eu conheci uma senhora a quem foi diagnosticado um cancro, que foi a Londres e que veio de lá desenganada. Depois indicaram-lhe uma clínica... E, claro, desenganada e perdida como estava, ela foi. Não sei se foi do tratamento que lá lhe fizeram ou da vontade dela em querer viver... O certo é que a pessoa está impecável... E já lá vão uns anos (Ent. 10, Ens. secund.).

Pela minha experiência, acho que a vontade da pessoa em querer curar-se é meio caminho andado para se conseguir a cura. Uma pessoa, que se deixa abandonar na doença e que não luta por ficar melhor, tem muito mais dificuldade em conseguir curar-se do que aquela que consegue enfrentar as coisas sem nunca desanimar. Para mim, a parte psicológica no tratamento de qualquer doença é muito importante (Ent. 2, Ens. Secund.).

Se os professores do ensino superior percebem a doença a partir das suas consequências e se recusam a aceitá-la, para os docentes do ensino secundário, ao contrário, é a acção e a luta que dominam o processo de aceitação do estado orgânico e da espera temporal subjacentes à doença.

Nesta concepção de doença é também atribuída grande importância ao comportamento do doente. O recurso ao médico visa o diagnóstico, a terapêutica e a prevenção, para além de definir o seu papel de doentes. Estas são situações complementares da luta pessoal do doente porque é graças à vontade individual que os cuidados e a acção do médico serão eficazes.

Eu não concebo o tratamento da doença sem a intervenção do médico, mas isso não chega. Se o indivíduo não se quiser curar, não há médico que valha. Conhecem-se muitos casos desses... Quando a pessoa não quer, é escusado... (Ent. 16, Ens. Secund.).

Para uma pessoa se curar tem que ter força de vontade, só os medicamentos não chegam... As duas coisas é que funcionam... Se não tivermos força de vontade nunca conseguimos... É como nas outras coisas do dia a dia... (Ent. 2, Ens. Secund.).

As relações com o médico são de cooperação e troca e o papel do doente parece ser tão activo como o do médico. Estes professores rejeitam a obediência estrita e passiva face ao médico e têm necessidade de partilhar informações sobre o seu estado. Para eles, isto significa possuírem uma das condições necessárias à luta contra a doença. Saber - possuir informação -, parece corresponder a estar preparado para a situação ao mesmo nível que o médico e em igualdade de interacção. Segundo Herzlich (1969), isto pode também interpretar-se como uma exigência que é feita ao médico em troca da obediência e da confiança que ele exige ao doente.

Os professores que se "submetem docilmente" (passivamente) ao médico não deixam por isso de participar activamente na cura, e fazem-no cumprindo rigorosamente todas as prescrições médicas e mantendo a sua força de vontade em querer alcançar a cura.

Eu vou ao médico e cumpro escrupulosamente tudo o que ele diz... Se eu fizer o que ele diz... E, claro, desde que a pessoa queira curar-se dá sempre resultado... (Ent. 15, Ens. Secund.).

A imagem do doente fundada sobre a actividade e sobre a sua participação na doença, perde assim o seu carácter dramático, já que a doença, embora represente um "momento difícil", nunca é em si mesma uma ameaça que leve à destruição do indivíduo.

Quando foi aquela situação da minha filha, em que ela saiu daqui sem hipóteses nenhuma... Eu acreditei sempre que não fosse assim... Eu resisti sempre. Não deitei uma lágrima, não chorei nunca e achava que isso não era possível acontecer... Irritava-me solenemente quando as pessoas chegavam ao pé de mim com um ar melodramático... Afinal, tudo se resolveu e eu acho que reagi sempre muito bem, sem nunca desistir nem me deixar ir abaixo... É tudo uma questão de se estar preparada e, depois... as coisas resolvem-se (Ent. 13, Ens. Secund.).

O facto de aceitarem a doença não significa que rejeitem o medo, a perturbação e a angústia, como factores integrantes dessa experiência. Embora presentes, estas reacções, não dominam a experiência da doença.

A doença exige energia e vontade e é através delas que o indivíduo pode ultrapassar a situação em que se encontra e da qual sai, frequentemente, fortalecido. A experiência da doença embora difícil, uma vez ultrapassada, parece dotar estes docentes de meios que lhes permitem enfrentar mais facilmente situações semelhantes no futuro. Isto significa que a doença, para estes professores, pode apresentar aspectos positivos, ao contrário do que acontecia com os docentes do ensino superior.

Esta também parece ser a forma como alguns docentes lutam contra o mal-estar docente (de que já foram "vítimas") e que não parece ser experienciado de uma forma diferente das outras situações de doença.

Eu vivi uma situação de doença que esteve relacionada com a minha profissão e que, na altura, foi desagradável mas que, actualmente, ainda me continua a ajudar. Agora, com mais facilidade, consigo lidar com esses problemas... Evito cair em situações semelhantes e, às vezes, até ajudo os colegas a enfrentarem isso. No fundo, essa situação acabou, de certa forma, por ser positiva... Quanto mais não seja vai-me impedir de cair noutra igual (Ent. 6, Ens. Secund.).

A relação com os outros não sofre transformações profundas na situação de doença e o próprio doente não se sente isolado dos indivíduos saudáveis. Para eles o mundo dos doentes nunca é um mundo dessocializado.

Quando estive internada... Claro que há sempre o afastamento físico da família... Mas eu telefonava-lhes todos os dias... Uma pessoa já sabe que se se quer tratar é para lá que tem que ir... Se eu estou doente e me quero curar é lá que tenho que estar... Naquela altura o meu papel é esse. Portanto vou para lá (Ent. 4, Ens. secund.).

A identidade do doente (que nunca é perdida) e o carácter socializado da doença, tal como o da saúde, são os pontos que dominam esta concepção. Nela sobressaiem os valores sociais associados à saúde, como a actividade, a energia e a vontade. A conduta do doente, dominada por estes valores, parece afirmar/reafirmar a permanência da sua pertença à sociedade. Também na doença eles têm um papel a desempenhar - o de doentes.

No seu relacionamento com os indivíduos doentes são também estes valores que predominam.

Eu procuro saber qual é a causa para ver como posso ajudar na recuperação. Eu sou muito positiva e a partir daí digo: há isto para fazer então tem que se fazer... Procuro levantar a moral da pessoa e dar-lhe forças para ela conseguir lutar (Ent. 11, Ens. Secund.).

O doente, durante todo o processo temporal em que decorre a doença, está ocupado a curar-se. Para estes docentes a cura é, com efeito, o resultado normal da doença.

Nas suas concepções, a vida contém simultaneamente a saúde e a doença, não apresentando, portanto, estas realidades um carácter heterogéneo. A sociedade não rejeita a doença nem o mundo dos doentes porque a doença não passa de uma etapa que se insere "no tempo socializado da saúde" (Herzlich, 1969:164).

Nas concepções expostas ressalta, relativamente ao professores universitários, a resistência em assumirem o papel de doentes, o que poderá ser explicado pela sua reivindicação de autonomia e pelo seu grande investimento profissional. Esta concepção de doença pode também ser o resultado da sua (eventual) desconfiança na medicina e pela crença nas suas possibilidades de um controle da saúde, mesmo que seja através da negação da doença.

Nos docentes do ensino secundário domina a imagem de um doente activo e cooperante com o médico, lutando pela cura com a energia ganha pela libertação das pressões sociais. Eles parecem ser os bons doentes de que falava Parsons (1951). O doente, isento de responsabilidades, tem direito à ajuda mas também tem a obrigação de a procurar e deve ter igualmente a vontade para se curar e de participar activamente na cura, pois só assim satisfaz as exigências da sociedade. Tudo se parece resumir, como referia um professor, a "fazer todos os possíveis e impossíveis para se alcançar a cura" (Ent. 2, Ens. Secund.).

Subjacente a estas duas concepções encontra-se um quadro de referência comum: a relação do indivíduo com a sociedade. Na primeira concepção de doença, os professores universitários definem-se e completam-se através da participação social e da realização profissional. A doença, que se encontra na origem da exclusão e que obsta a que alcancem a realização, só

pode ser concebida como perturbadora e impeditiva. Por isso se esforçam por negá-la.

Na segunda concepção, os professores do ensino secundário recusam a equivalência entre a doença e a exclusão social, já que a luta do doente assegura-lhe a integração na sociedade pelo desempenho do papel de doentes.

Ambas as concepções surgem como uma apreensão total dos fenómenos de saúde e de doença, em que cada modelo de conduta e cada tipo de resposta só é compreensível a partir do sentido e da estruturação diferencial que lhe é atribuída pelo indivíduo. O que sobressai é o equilíbrio que se estabelece em cada uma delas, nas relações do indivíduo com a sociedade e nas relações com a saúde e a doença "do indivíduo em sociedade" (Herzlich, 1969:168).

Na doença impedimento, as normas sociais que a saúde e a actividade exigem parecem estar interiorizadas e o indivíduo percepçiona a situação de doença como desvio que ameaça a sua identidade. Neste caso, há maior dificuldade em estabelecer o papel de doente que canaliza o desvio. O único modo de controle possível, é o controle individual (não o social) que se exprime pela persistência do papel do indivíduo saudável. Quando isso não acontece, a doença impõe-se e a sua identidade fica ameaçada.

Na segunda concepção, o comportamento do indivíduo e a sua luta assimilam-se ao papel de doente e o controle social funciona. O sentido do comportamento de doente parece ser o de impedir que a doença seja vivida como desvio.

7.5. Cancro e Sida: demónios e fantasmas

O cancro é terrível e a sida é assustadora.

[Ent. 8, Ens. Secund.]

As representações produzidas pelos indivíduos são indissociáveis das doenças que, em cada época, constituíram a especificidade da experiência dos doentes e modelaram a sua consciência e identidade. O facto de determinadas doenças aparecerem, difundirem-se e desaparecerem, faz com que sejam acontecimentos que se reflectem nas representações dos indivíduos.

Em diferentes períodos, uma doença encarnou sempre aos olhos de todos o mal absoluto, não só devido à sua frequência e ao perigo que representava, mas porque de diversas formas ela materializava as concepções de vida e as condições de existência do momento.

O objectivo é perceber quais as doenças que dominam a realidade da experiência e estruturam as representações dos docentes entrevistados.

Na sociedade actual todas as angústias e medos sobre a doença cristalizam-se em torno do cancro, que surge como uma patologia sempre associada à morte. O que se teme, na verdade, é a impotência da medicina para fazer face a essa doença.

Como referem Herzlich e Pierret (1991), o cancro é a doença específica da sociedade contemporânea, que dá sentido ao mal dos nossos dias. Segundo as mesmas autoras (1991:84) "o lugar central que ocupa tende a eclipsar a diversidade de afecções de que sofremos para significar, ele sozinho, A Doença".

O cancro surge sempre como uma doença sem passado, embora se morra e sofra de cancro há bastante tempo. Ele é uma doença que se reporta sempre ao presente e em que só as fantasias que lhe estão associadas parecem equivaler aos flagelos de antigamente.

Actualmente, na maioria dos países, o cancro não surge como o a primeira causa de morte. Apesar disso foi-lhe declarada guerra e é tal o medo que ele provoca que, frequentemente, não se ousa falar dele ou sequer pronunciar tal palavra. O nome da doença parece dotado de um poder mágico cuja pronúncia parece equivaler a uma verdadeira condenação. Para Sontag (1981:12), a questão não está em nomear-se o perjurativo ou o condenatório, mas sim a palavra cancro, que há muito tem sido tratado "como um animal de rapina, perverso e invencível e não como uma doença". A solução não está em nomear a doença, como se isso automaticamente a eliminasse, mas em rectificar a ideia que se tem dela, desmistificando-a.

Segundo a mesma autora, as fantasias são reacções que surgem no imaginário das pessoas perante doenças consideradas incuráveis, cujas causas são difíceis de explicar numa época em que a premissa básica da medicina é a de que todas as doenças podem curar-se e explicar-se.

No século passado e nas primeiras décadas deste século, saber que se tinha tuberculose equivalia a uma sentença de morte. Hoje é o cancro que assume esse significado, por isso se tende a ocultar (pelo menos inicialmente) o diagnóstico - o nome da doença - ao doente e à própria família. Esta situação revela como é difícil, na sociedade actual, conviver com uma doença que é sinónimo de morte, ou seja, como é difícil conviver com a morte.

A negação da doença não explica cabalmente porque se oculta a verdade aos doentes, nem porque os próprios doentes desejam que se lhes "minta" (Sontag, 1981:15). Enquanto ninguém oculta a verdade a um cardíaco, já que a doença cardíaca representa uma falha orgânica que não está associada a nenhum tabu e, por isso, não tem nada para esconder, "aos doentes com cancro oculta-se a verdade, não apenas porque se pensa que a doença é uma condenação à morte mas porque se considera obscena - repugnante para os sentidos".

As fantasias sobre o cancro e a tuberculose sobrepuseram-se ao longo da história destas duas doenças que eram descritas como um processo em que o corpo se consumia. A diferenciação deu-se quando se descobriu que a tuberculose era uma infecção bacteriana. A partir daí, as principais fantasias sobre estas duas patologias separaram-se e tornaram-se praticamente opostas, como é mostrado por Sontag (1981).

Classicamente, supunha-se que a tuberculose afectava apenas um órgão. Pelo contrário, o cancro afecta vários; a tuberculose afectava os pulmões, situados na parte superior do corpo e considerados órgãos nobres, que permitiam respirar e, em última análise, viver. O cancro elege partes do corpo que não é fácil confessar existirem, como o cólon, a mama, o recto, o útero, a próstata, e que acarretam sentimentos de vergonha.

Enquanto a tuberculose era uma doença de contrastes violentos (rubor/palidez, grande actividade/languidez), o cancro não tinha contrastes porque não apresentava sequer sintomas. O seu desenvolvimento é, frequentemente, invisível.

Se a tuberculose era considerada de diagnóstico acessível pelo RX, o cancro permanece (quase) invisível até ao último momento, muitas vezes quando já é demasiado tarde.

A tuberculose era uma doença do tempo, que acelerava a vida e a espiritualizava. O cancro trabalha insidiosa e letalmente e é clássico o eufemismo: morreu de doença prolongada.

Pensava-se que uma mudança de ambiente ajudava a curar a tuberculose, mas nenhuma mudança ajuda a curar o cancro que, uma vez declarado, não pode ver invertida a sua marcha.

Tanto as fantasias sobre a tuberculose como sobre o cancro sustentam que o indivíduo é o responsável pela sua doença. De qualquer forma, o imaginário do cancro é mais punitivo. Se o tuberculoso podia ser um marginal ou um proscrito, a personalidade do canceroso é a de um perdedor. Por

exemplo, atribuía-se a morte de Napoleão, por cancro, à reacção depressiva perante a derrota sofrida.

Enquanto a tuberculose foi romancizada e sempre associada a uma vivência bela e singular e a uma morte lírica e decorativa (sobretudo para a aristocracia), o cancro continua a ser um tema raro na poesia e na prosa e parece "inimaginável estetizar esta doença" (Sontag, 1981:32).

Qualquer doença, cujas origens sejam obscuras e o tratamento ineficaz, tende a encher-se de significados, segundo a mesma autora. A princípio é sempre associada aos horrores mais hediondos, à putrefacção, à poluição e, conseqüentemente, a doença transforma-se numa metáfora. A partir daí, e usando-a como metáfora, atribui-se esse horror a outras coisas e diz-se que algo é doentio quando é feio e repugnante. O cancro é uma das doenças que mais tem sido usada como metáfora daquilo que se considera moral ou socialmente indesejável.

Em 1919, Hitler acusava os judeus de produzirem uma tuberculose racial entre as nações. O tratamento aconselhado para a doença era, na altura, a ida para o sanatório, o que equivalia, no caso dos judeus, ao exílio. Mas os nazis mudaram rapidamente de retórica. O imaginário do cancro parecia mais adequado para servir os seus interesses. Durante os anos 30, ao referir-se ao problema judaico, Hitler afirmava que os judeus eram o cancro da sociedade. Para tratar o cancro era preciso destruí-lo, tal como algum do tecido que o rodeava, ou seja a cirurgia radical. No caso dos judeus isso equivaleu ao crematório (Sontag, 1981).

Para a mesma autora, comparar um facto ou uma situação social ou política com uma doença equivale, geralmente, a atribuir uma culpa ou a prescrever uma pena e isso acontece sobretudo com o cancro, em cujas metáforas está sempre implícita uma forma de violência.

O cancro, pela degradação física e sofrimento... Não sei até que ponto é que uma pessoa pode aguentar tanto sofrimento. O cancro é uma doença assim. As pessoas, antes de morrerem, sofrem muito. Não sei, se me defrontasse com uma situação dessas, conseguiria aguentar... (Ent. 19, Ens. Secund.).

Também o facto de o cancro não "escolher" idades, sexo, ou outras variáveis, para se manifestar é percebido pela maioria dos docentes entrevistados como uma situação geradora de apreensão. Ele pode atingir, igualmente, todos os indivíduos. A imagem que fica é a de que todos estão em igualdade de circunstâncias perante o cancro; todos estão sujeitos a contrair a doença.

O cancro, porque é uma doença a que todos nós estamos sujeitos... Com ele não há diferenças entre uns e outros. Ninguém pode fazer grande coisa para o impedir... E, por vezes, aparece já num estado um bocado avançado (Ent. 12, Assist.).

O cancro é uma doença que pode atingir qualquer um... Para ele, não há idades ou sexos... Todos estamos em risco de o contrair, sem podermos fazer nada... Ninguém está livre dele... (Ent. 15, Ens. Secund.).

Ao perspectivarem a doença, o que mais parecem temer não é a morte mas sim o sofrimento, a degradação física e psicológica, as limitações e a dependência dos outros. O que está em causa é, portanto, o carácter irreversível da doença e a ausência (na maior parte dos casos) de cura para o cancro.

O cancro é aquela doença que nós não podemos evitar. É encarada sempre como uma fatalidade... Não se consegue evitar... E é a morte... (Ent. 9, Prof. Aux.).

O cancro suscita-me muita preocupação pela degradação física, pelo sofrimento e pela morte. Mas a morte é a que me preocupa menos. Assusta-me sim o sofrimento e a degradação física... O chegar à morte é que é uma chatice... É todo o tempo antes de lá se chegar (Ent.15, Assist. Estag.).

O cancro, porque é uma doença incurável. Amedronta-me viver numa situação de dependência dos outros... Completamente consciente e saber que se está dependente dos ou-

tros para viver... A pessoa está ali deitada e não tem forças para se mexer, para andar, para comer, para ler, para escrever... Não pode fazer nada... Às vezes nem falar... Isso é horrível... Já para não falar no sofrimento (Ent. 13, Ens. Secund.).

A prevenção, quando se trata do cancro, parece ser ineficaz já que, para os docentes, a impossibilidade de lutar preventiva e eficazmente contra esta patologia é total. Desconhecendo-se quais são as causas do cancro, torna-se difícil encontrar factores contra os quais se possam proteger.

O que mais me preocupa é o cancro porque, mesmo que a gente tente preveni-lo, isso nunca é totalmente eficaz e ele pode aparecer na mesma. Depois, porque há muito sofrimento associado a ele (Ent. 6, Assist.).

O cancro é uma doença que nós não conseguimos controlar... Não se consegue prevenir e, por isso, quando acontece é já num estadio muito adiantado em que já não se consegue fazer nada (Ent. 11, Ens. Secund.).

Embora considerem que a causalidade desta doença não está esclarecida, frequentemente oscilam entre dois pólos: o cancro ora surge como uma doença cujas causas se desconhecem, ora aparece como a doença das "mil causas", todas elas produto da sociedade contemporânea. Qualquer das situações confirma a noção da impossibilidade de se actuar preventivamente face à doença.

O cancro é, de certeza, a doença de que todos nós vamos morrer. Com a vida que hoje se leva só pode ser assim. Não há prevenção que valha... (Ent. 18, Prof. Assoc.).

O cancro, porque não se sabe como é que surge... Uma pessoa não sabe como é que se pode precaver dele porque não se sabe quais as suas causas...E, às tantas, aparece de um momento para o outro (Ent. 6, Ens. Secund.).

O cancro, porque é impossível preveni-lo. Hoje quase tudo parece estar ligado ao cancro... É o tabaco, a bebida, o sol, a poluição, a alimentação... Ora, assim é impossível controlar tudo... Não nos podemos meter numa redoma de vidro... Essa incapacidade de actuar sobre as causas da doença é que me preocupa. Não se poder preveni-la eficazmente... (Ent. 2, Ens. Secund.).

Afirmar que aquilo que caracteriza a doença é que ela tem um grande número de causas, como acontece nas múltiplas campanhas de informação que visam denunciar o carácter patogénico de certos comportamentos, é precisamente o que caracteriza as doenças cujas causas não se compreendem.

Como referem Herzlich e Pierret (1991), nas representações do cancro reúnem-se simultaneamente a ameaça da morte, sinal da permanência simbólica dos flagelos de sempre, e os perigos da vida actual, isto é, a visão arcaica e moderna da doença.

O "terror" que o cancro parece gerar nos docentes dos dois graus de ensino pode compreender-se também a partir das suas concepções de doença. Para os professores universitários, a representação produzida da doença tinha sempre, como pano de fundo, um impedimento à sua realização profissional e, por isso, frequentemente havia a tendência para a negar. Quando o cancro se declara, a negação parece deixar de fazer sentido e só resta assumir a doença, com todas as consequências destruidoras que lhe são inerentes.

Nos professores do ensino secundário, para quem a doença se assimilava à cura e em que todas as energias se destinavam a lutar contra o mal, perante o cancro não há cura possível. Um processo inelutável como o cancro representa, para estes docentes, uma verdadeira condenação.

5.2. A Sida, espectro invisível e segregação

A sida é um problema porque nunca se sabe quando já se contraiu e... a segregação a que ela está ligada assusta-me muito.

[Ent. 4, Ens. Secund.]

A sida surgiu como uma patologia desde logo determinada como doença infecto-contagiosa de carácter epidémico e representativa de uma ameaça global para a sociedade. A intensidade das reacções que a doença suscitou evidenciam o peso que a noção de epidemia tem na consciência colectiva; não parecia fazer sentido, nos anos 80 e na sociedade actual, dominada pela ciência e tecnologia, surgir uma epidemia caracterizada por uma irrupção súbita e extensiva, por um grande número de vítimas e pela morte inelutável. Ao mesmo tempo, ela revelava-se como uma doença que se assimilava mais a um modo de vida específico do que a uma forma de morte.

Com a sida assistiu-se ao nascimento, num tempo muito curto, de uma nova doença, à sua irrupção no espaço público e na consciência colectiva. Esta nova realidade foi construída por um saber biológico e epidemiológico em rápido desenvolvimento e foi, simultaneamente, apresentada "em directo" ao grande público por intermédio dos meios de informação. Em sentido restrito, foram eles que fizeram existir a sida para toda a sociedade (Herzlich e Pierret, 1991). Segundo as mesmas autoras, a elaboração de sentido e a metaforização desta nova patologia foram paralelas à progressão do conhecimento sobre a doença.

A sida foi apresentada pela imprensa como um "mistério médico", em que pontuavam a incerteza e a ignorância face a um fenómeno inexplicável, mas que se previa ser duradouro. O crescimento da doença foi difundido e a

imagem que domina é a de um fenómeno de alto risco, dificilmente controlável.

Num tal contexto de ameaça biológica, a noção de epidemia parece constituir o único modelo inteligível da doença. Aparecem aí associadas as dimensões culturais e morais, as ideias de falta e de castigo, relativas a grupos particulares ou mesmo a toda a sociedade. Reproduz-se, assim, a antiga temática da doença-flagelo, que dominou a consciência colectiva da doença-pestes nos séculos passados.

Com a sida, também se voltou a falar do sangue, do sexo, da falta, da punição divina e do contágio, noções que já circularam a propósito de outras doenças, nomeadamente da sífilis. Em muitos países ocidentais surgiram também, associados a esta doença, sinais de uma moralização das práticas sexuais.

Inicialmente, se se associava a doença à homossexualidade, actualmente, com a noção de que não existem grupos de risco mas sim comportamentos de risco face à doença, concretiza-se a ameaça que deixa de dizer respeito apenas aos homossexuais, para poder atingir qualquer indivíduo.

O avanço científico que esteve na origem das diferentes emoções e tentativas de estigmatização da doença, foi a detecção dos seropositivos - os chamados portadores "sãos". A difusão desta informação originou a ideia de um perigo ainda mais insidioso e fez renascer o tema do contágio, sempre associado a uma generalização potencial da doença. "Cada um passa a ser um perigo para os outros que constituem igualmente uma ameaça para ele" (Herzlich e Pierret, 1991:304).

Nos seropositivos as questões que parecem dominar são saber quando é que a doença se vai declarar (já que a ameaça está presente mas não se conhece nem a sua forma nem a sua duração) e a gestão do segredo (dizer a quem e quando). Qualquer que seja a opção, o objectivo é sempre evitar a rejeição e a marginalização - a segregação.

O aparecimento da sida mostra também que, contrariamente ao que se pretendia, a idade das doenças infecciosas (sobretudo virais) não terminou. Embora a mortalidade provocada, até agora, pela sida não seja comparável à que foi provocada por outras epidemias no passado, o risco mortal parece ser universal para os indivíduos atingidos. A título de exemplo refira-se que, no século passado, os doentes com cólera tinham uma em duas possibilidades de se curarem. Até agora, isso não acontece com a sida, doença para a qual continua a não haver cura possível.

Um outro factor, que distingue a sida das epidemias do passado, relaciona-se com o seu tempo de latência. Enquanto que as afecções de antigamente matavam em poucos dias, a sida "insinua-se" lentamente e, entre a infecção e o desenvolvimento dos sintomas, há uma antecipação do mal que pode permitir organizar a luta do doente, mas pode também aumentar a sua angústia (Herzlich e Pierret, 1991).

Segundo estas autoras, a sida revelou também a insuficiência do sistema de cuidados, os limites da eficácia da medicina, dos progressos da investigação e a lentidão das decisões políticas. A intervenção do poder político mostrou que a sida não é um problema privado dos doentes ou dos profissionais de saúde, mas é um problema que será sempre alvo de atenções políticas. Muitas das organizações (de apoio aos doentes) que se desenvolveram a propósito da sida estão sempre, de uma forma ou de outra, na dependência de instituições estatais.

Os médicos desempenharam e desempenham um papel central face a esta nova patologia, não apenas pelo investimento científico mas também como aliados dos doentes e dos grupos que lutam contra segregação e estigmatização. Face a esta doença, os médicos e os investigadores parecem nunca estar isolados já que têm sempre que coordenar e negociar a sua acção com outros parceiros desde os doentes até aos decisores políticos.

Neste sentido, a sida revela também os limites da autonomia destes profissionais.

Para alguns dos professores entrevistados, a sida surge como a doença que mais preocupações lhes causa ou como a doença que mais temem a seguir ao cancro.

As imagens que dominam a percepção desta patologia não parecem afastar-se muito das que dominavam o cancro, nomeadamente o destino fatal e a irreversibilidade. No entanto, surgem também noções que parecem dominar a consciência colectiva sobre esta doença, como a marginalização, a segregação, o carácter insidioso e o contágio, que estavam ausentes do cancro.

A sida também me preocupa, não porque eu pense estar em risco mas, sobretudo, pela segregação que as pessoas fazem... e, está a ver, se eu depois a transmitisse aos meus filhos e depois as pessoas não os aceitassem?... Isso era terrível (Ent. 6, Assist.)

A sida é uma doença que a pessoa não controla. Pode estar seropositiva durante uma quantidade de anos muito grande sem saber... Sem que isso tenha qualquer reflexo no seu dia a dia e, depois, de repente, tem uma sentença de morte (Ent. 20, Assist. Estag.)

A sida, por tudo o que rodeia esta doença. Quer dizer, é sobretudo porque é uma doença que não tem cura e por todos os aspectos que lhe estão associados... Do receio que nós temos da marginalização das pessoas (Ent. 11, Assist.)

A sida mete-me impressão pela segregação a que leva as pessoas. Isso deve ser muito complicado e deve dar muitos problemas pessoais. Às vezes penso que, quando os meus filhos tiverem amigos com sida... Eu penso que se adoptasse uma criança ser-me-ia difícil adoptar uma com sida, provavelmente é porque ainda tenho muitas dificuldades. Mais facilmente adoptaria uma criança com uma deficiência qualquer. Isso faz-me pensar que, afinal, também tenho preconceitos, embora racionalmente não os tenha. Mas, no fundo, não era tanto por mim, era por causa dos miúdos (Ent. 3, Assist.)

A sida é um problema porque nunca se sabe quando já se contraiu e pode aparecer em qualquer altura. Depois, também me preocupa o seu crescimento... Dizem que o número

de casos não pára de aumentar e, por fim, a segregação a que ela está ligada assusta-me muito (Ent. 4, Ens. Secund.).

A sida não é percebida, pelos professores entrevistados, com algumas das características mais marcantes e sempre presentes na generalidade dos debates que têm atravessado a sociedade contemporânea. Os factores de risco, associados ao modo de vida, encontram-se praticamente ausentes das suas práticas discursivas, provavelmente por estes docentes se posicionarem à margem, quer dos grupos, quer dos comportamentos de risco. Também o carácter de doença-epidemia não se repercute no imaginário da maioria dos docentes.

Nas concepções elaboradas sobre a sida por estes docentes, a segregação e o carácter insidioso da doença sobressaiem como os aspectos mais marcantes. A incapacidade de domínio da sida, tal como acontecia com o cancro, é total. Só que aqui essa incapacidade reveste outras formas, porque pode-se já ser portador da doença sem se saber.

O medo impõe-se, porque a doença existe e não se revela, e o temor parece agravar-se precisamente quando a sida se "dá a conhecer", não apenas a eles próprios mas, sobretudo, aos outros.

A partir daí, mais que o medo da própria doença, é o medo da exclusão que passa a dominar os indivíduos. A exclusão social que era percebida como uma consequência (perturbadora) da doença pelos professores universitários com a sida, alarga-se também aos docentes do ensino secundário.

Aqui, a exclusão social não se limita à dessocialização gerada pela doença. O indivíduo seropositivo ou o doente com sida são excluídos, não só por estarem doentes mas, fundamentalmente, por serem portadores de sida. Nas concepções deste grupo de professores a imagem que prevalece é que, mais que excluídos, os doentes com sida parecem ser proscritos da sociedade, tal é o medo que essa exclusão lhes suscita.

Apesar da evolução imparável do cancro e da sida, em ambos os casos a medicina tem um papel a cumprir ou, pelo menos no imaginário dos professores entrevistados, ocupa um lugar central.

A medicina, para além de tratar as doenças e preveni-las, serve para dar segurança à sociedade... Essa segurança que ela necessita para se manter em equilíbrio... Depois, ela evita ainda que as pessoas morram antes do tempo (Ent. 14, Ens. Secund.).

Concebida a partir da sua instrumentalidade, ao nível da saúde e da doença e simultaneamente na sociedade, a importância da medicina nunca é questionada e é-lhe atribuído um lugar que, na maioria das vezes, é inalcançável pelas demais ciências.

O papel da medicina é manter a saúde e aliviar o sofrimento para que toda a sociedade possa viver mais aliviada e feliz (Ent. 19, Assist.).

A medicina é, sem dúvida, uma das ciências mais importantes... A sua importância para a sociedade, para as pessoas, nunca a coloca ao lado das outras ciências. Hoje, pode-se viver sem professores, sem físicos, mas sem a medicina ninguém sobrevive. Eu acho que o papel dela está subvalorizado, embora como profissão ela esteja sobrevalorizada (Ent. 9, Ens. Secund.).

Nas concepções elaboradas sobre a medicina, os professores não percebem esta disciplina científica a partir do papel do médico mas sim do potencial tecnológico e científico que lhe permite actuar na saúde e na doença. O prestígio da ciência parece sobrepor-se ao do profissional.

O carácter instrumental da medicina revela-se e actualiza-se, em particular, a propósito das duas patologias que dominam as representações da doença produzidas pelos professores: o cancro e a sida.

A medicina é extremamente útil porque cada vez há coisas mais complicadas para resolver... Eu acredito que, com o seu potencial tecnológico e científico, ela vai acabar por resolver problemas como o cancro e a sida (Ent. 8, Ens. Secund.).

É a ciência que aplica os conhecimentos que recolhe a partir da pesquisa e da investigação (e não têm sido poucos) e tenta pô-los ao serviço do homem para dominar as doenças que mais o afligem como, por exemplo, o cancro e a sida (Ent. 15, Assist. Estag.).

A maioria dos docentes entrevistados parece depositar na medicina toda a esperança de solução dos "males" que mais os assustam. Eles investem esta disciplina de um poder quase inabalável face a qualquer doença. Tudo se parece resumir a uma questão de tempo.

7.6. A necessidade e o risco, a propósito de um problema ambiental

Os problemas ambientais mantêm-se sempre apesar das intervenções da medicina.

[Quest. 2, Ens. Sec.]

A questão da amplitude das agressões à saúde devidas à dispersão no ambiente de inúmeros produtos tóxicos, que emanam da produção industrial e do consumo individual, têm tido uma importância crescente, quer ao nível da ciência, quer na consciência colectiva.

Todas as discussões em torno da crise ambiental têm sempre como referência a saúde dos indivíduos. A este facto não parecem ser alheias as catástrofes nucleares (Three Miles Island e Tschernobyl) e os numerosos acidentes na indústria química (de que são exemplo os casos de Bopal e Seveso) que parecem ter mediado a percepção dos indivíduos sobre a relação entre os problemas ambientais e a saúde/doença. Também as informações, cada vez mais numerosas, veiculadas pelos meios de informação a propósito da destruição ambiental e da acumulação de produtos tóxicos no ambiente, parecem ter um papel importante nesta percepção (Ruff, 1992).

Para o mesmo autor, o facto de os problemas ambientais favorecerem ou agravarem os problemas de saúde não constitui uma perspectiva nova para a medicina ou para os indivíduos. Com efeito, o modelo clássico de Koch já apontava o ambiente como o terceiro elemento na tríade ecológica da doença. Ao hospedeiro e agente associava-se o ambiente no desencadear da doença.

A crise ambiental parece, no entanto, conferir uma nova significação a este modelo explicativo da doença. As concepções científicas, e as próprias concepções dos indivíduos sobre a saúde e a doença, tendem a equacionar

um novo esquema explicativo, assente nas doenças cujas causas estão relacionadas com os problemas ambientais (Ruff, 1992).

A especificidade dos problemas/riscos ambientais, causadores de danos irreversíveis e que, permanecendo invisíveis até ao momento em que se materializam (se toma consciência deles), faz com que ao nível das representações possam ser dramatizados ou minimizados pelos diferentes indivíduos.

Neste sentido, pretende-se analisar como são representados e geridos os riscos para a saúde ligados aos problemas ambientais. Para tal, é necessário saber como é que os indivíduos concebem a eventual responsabilidade do ambiente no desencadear da doença, como dominam os potenciais perigos provenientes da degradação ambiental, como percebem as consequências que daí resultam para o seu quadro de vida, como apreendem o papel da medicina face aos riscos ambientais e as afecções cujas causas estão ligadas com esses mesmos problemas. O que está em causa é saber como é que os indivíduos combinam as suas estruturas conceptuais cognitivas em esquemas explicativos de análise.

O objectivo é analisar como é que os professores entrevistados representam os problemas ambientais, numa região onde esses mesmos problemas (desertificação, recursos hidrológicos) são, desde há muito, objecto de discussão e onde a questão da água de abastecimento público surgiu com uma acuidade premente. Com efeito, as algas azuis (que podem libertar substâncias tóxicas, nomeadamente cancerígenas) detectadas nas albufeiras do Monte Novo e da Graça do Divor, fontes abastecedoras da cidade de Évora, fizeram emergir na consciência colectiva da população os perigos para a saúde que resultam da degradação ambiental.

A degradação destas albufeiras (ambas em avançado processo de eutrofização) relaciona-se, quer com as irregularidades climáticas que se têm

vivido nos últimos anos, quer com as cargas poluentes que recebem, provenientes da actividade agrícola (e pecuária).

Sendo a água um recurso natural intrínseco ao quadro de vida quotidiano dos indivíduos, pareceu também importante analisar qual o impacto desta situação, amplamente difundido pelos *media*, na representação dos problemas ambientais face à saúde e à doença elaborada pelos professores.

A água, problema estrutural desta região, devido a factores conjunturais sofreu, nas duas albufeiras abastecedoras, um processo de eutrofização, cujas causas se encontram determinadas. Para se compreender este fenómeno, parece importante fazer uma breve referência ao modo como o processo se desenvolve, bem como ao seu impacto na saúde das populações.

O processo de elevação da produção de biomassa, designado por eutrofização, provoca alterações na estrutura e funcionamento do ecossistema aquático, mais ou menos drásticas consoante a sua intensidade. Vollenweider (1968) estabelece uma relação entre cargas afluentes e o estado trófico resultantes, estabelecendo níveis críticos para as cargas de nutrientes estabelecidos com base na resiliência dos sistemas.

Dentro de certos limites, o processo de eutrofização pode ser considerado positivo relativamente a determinados aspectos, como a elevação da produção secundária, nomeadamente piscícola. As consequências da eutrofização são, no entanto, genericamente negativas, particularmente nos seus estados mais avançados em que se assiste nomeadamente a uma diminuição de potabilidade e salubridade da água e a perda de valor em termos de conservação. A situação é tanto mais crítica quanto mais elevado for o estado trófico.

Embora as cianofíceas ocorram naturalmente nos ambientes aquáticos, tendem a desenvolver-se, chegando a formar florescências extremas, em meios com níveis elevados de nutrientes e sujeitos a temperaturas ele-

vadas. A temperatura óptima para algumas das espécies que desenvolvem florescências encontra-se provavelmente no intervalo 25-35° C (Fogg *et al.*, 1973; Robarts e Zohary, 1987). As necessidades em nutrientes não diferem grandemente das dos outros grupos de algas (Reynolds, 1991).

O desenvolvimento das algas azuis tem sido também relacionado com elevadas concentrações de compostos orgânicos dissolvidos (Horne *et al.*, 1972), embora este fenómeno permaneça por esclarecer (Reynolds e Walsby, 1975).

O interesse pela ocorrência de florescências de cianofíceas nas águas interiores prende-se sobretudo com o facto de poderem produzir e libertar toxinas, além de afectarem o sabor, cheiro e aspecto da água.

As potentes biotoxinas das cianofíceas podem formar-se em todos os estados de crescimento dos organismos, permanecendo geralmente dentro das células até que o envelhecimento ou o *stress* provoquem a sua libertação para o meio (Carmichael, 1991). Não está, no entanto, convenientemente esclarecido qual o conjunto de condições ambientais responsáveis por essa libertação.

Os principais tipos de toxicoses provocadas pelas algas azuis, documentadas até à data, afectam o fígado, sistema nervoso e tubo digestivo (Carmichael, 1991).

Todas as cianotoxinas podem causar a morte ou doença no homem ou em animais domésticos e selvagens. Não foi, no entanto, confirmado qualquer caso de morte em seres humanos (ao contrário do que já aconteceu com outros animais) que pudesse ser atribuído a cianotoxinas.

Às cianotoxinas somam-se outros riscos em termos de saúde pública, quando albufeiras em eutrofização avançada são utilizadas para a produção de água de consumo. Concentrações elevadas de nitratos (habitualmente mais associados a águas subterrâneas) têm-se revelado associadas à indução de metahemoglobinémia infantil (WHO, 1987; Johnson e Kross, 1990) e

coloca-se a questão dos efeitos cancerígenos (bexiga e estômago) das nitrosaminas (WHO, 1986).

Em sistemas muito eutrofizados, o tratamento da água enfrenta um conjunto de condições fortemente adversas devido ao elevado teor de sólidos em suspensão, às elevadas concentrações de matéria orgânica e inorgânica dissolvida, à ocorrência de anóxia a que se associam compostos reduzidos tóxicos e à possível presença de cianotoxinas na água.

Os sistemas de filtração colmatam mais rapidamente, exigindo soluções particularmente efectivas que evitem o recurso a doses elevadas de agentes de floculação. O elevado teor de matéria orgânica dissolvida e as biotoxinas impõem soluções específicas de tratamento (carvão superactivado, resinas, ozono) face à ineficácia e ao risco que a cloragem representa para as populações consumidoras.

O tratamento das águas eutrofizadas é muito complexo e pode adicionar, *per si*, alguns novos problemas. A cloragem leva à formação de trihalometanos (devido à elevada quantidade de matéria orgânica dissolvida), aumentando o risco de carcinogénese da bexiga e cólon e parece ser ainda causa indutora de doenças cardio-vasculares (Crann, 1991).

A solução passa pela recuperação dos ecossistemas aquáticos, o que acarreta a necessidade de reduzir as cargas de nutrientes provenientes da bacia de drenagem (desviando ou providenciando o tratamento dos efluentes e alterando o modo de aplicação de fertilizantes agrícolas) e/ou diminuir o estado trófico através do controle das florescências algais (usando algicidas - método inconveniente nas albufeiras utilizadas para produzir água potável - ou através da biomanipulação) (Shapiro e Wright, 1984; Andersson *et al.*, 1988).

O abastecimento de água às populações da região de Évora, dependente significativamente de águas superficiais - de albufeiras em franco processo de eutrofização -, transformou esta situação num problema ambiental

premente. Neste trabalho pretendeu-se saber até que ponto é que esta questão penetrou na consciência colectiva dos professores entrevistados.

De facto, para os professores dos dois graus de ensino, o problema ambiental da região/cidade de Évora que mais os preocupa é a água de abastecimento público, quer em termos de qualidade, quer de quantidade. Este problema é identificado por 80,5% dos docentes como o que mais os preocupa nesta região. A desertificação é outro problema que causa preocupações, mas apenas a 11,1% dos docentes.

Os principais motivos que justificam a preocupação com este problema são as consequências a "curto, médio ou longo prazo" que a "má qualidade" da água pode provocar ao nível da saúde (52,7%). Também o facto de a água ser considerada um "bem essencial à vida" (27,7%) é motivo que leva estes docentes a elegerem a água de abastecimento público como uma preocupação (não existe diferença estatisticamente significativa entre os professores dos dois graus de ensino).

Os professores entrevistados são unânimes (concordam ou concordam inteiramente) em considerar que os problemas ambientais favorecem a doença (100%) e uma quase unanimidade de opiniões volta a encontrar-se quando se trata de equacionar os problemas ambientais como agentes que provocam doença (94,4%). Ressalta destas respostas uma forte aderência, por parte destes docentes, às concepções dos problemas ambientais como situações favorecedoras ou geradoras de doença.

Não deixa, no entanto, de ser interessante notar que, quando confrontados com diversas situações potencialmente associadas à doença, entre as quais várias problemas de natureza ambiental, os professores elegeram uma situação que se identifica mais com o modo de vida actual do que propriamente com os problemas ambientais. Assim, a situação que mais frequentemente é percebida pelos docentes, como causa de doença, é o *stress* (47,2%). Sendo o *stress* um dos factores associados ao mal estar docente,

sobretudo a nível dos docentes do ensino secundário, foram, no entanto, os docentes do ensino superior aqueles que mais o apontaram como causa de doença (52,9%) (não há diferença estatisticamente significativa).

Seguem-se, como situações mais frequentemente causadoras de doença, os resíduos químicos nos alimentos, com 22,2% de opções, e a poluição atmosférica e hídrica, com 13,8% cada.

Parece importante notar que, apesar de elegerem como principal problema ambiental da região a água (sobretudo pela sua qualidade) e se mostrarem apreensivos relativamente aos impactos desse problema em termos de saúde, a poluição hídrica (no geral) não surge como uma situação que seja frequentemente associada à doença.

A maioria dos docentes (80,5%) sente-se revoltada face aos problemas ambientais que podem constituir um risco para a saúde e apenas 5 (3 do ensino secundário e 2 do ensino superior) se sentem resignados com estes problemas .

Para 44,4% dos docentes há a possibilidade de manterem a saúde apesar dos problemas ambientais. Dominam neste grupo os docentes do ensino superior (9 em 16). Os docentes que discordam dessa possibilidade (44,4%) são maioritariamente os docentes do ensino secundário (9 em 16) (diferença não é estatisticamente significativa).

Para os docentes que consideram ser possível manter a saúde apesar dos problemas ambientais as medidas propostas assentam, de um modo geral, na higiene. Através de acções individuais, como o afastamento "sempre que possível" das fontes de poluição - "das cidades", "de fumadores" -, os passeios ao "ar livre", a prática do exercício físico em locais não poluídos e a ingestão de uma alimentação "cuidada" e à "base de produtos naturais", parece ser possível para estes docentes manter-se a saúde.

Os professores que consideram que não se consegue manter a saúde face aos problemas ambientais apontam como justificação a "interacção con-

tínua entre o homem". Face à degradação ambiental, o "homem será sempre afectado, de uma forma ou de outra, a curto, médio ou longo prazo". Outro motivo apresentado para a sua opção prende-se com a grande variabilidade (de intensidade) das situações de degradação ambiental mas, das mais às menos intensas, todas "acabam por afectar a saúde" e parece ser difícil "lutar contra isso".

As doenças que dominam as concepções dos docentes, dos dois graus de ensino, em termos ambientais são as doenças respiratórias, que aparecem referidas em primeiro lugar por 23 docentes e em segundo por mais 7 docentes (no total 83,3%). O cancro e as doenças psíquicas aparecem a seguir, cada uma com um total de nove referências, em primeiro ou segundo lugar (25,0% cada).

As práticas preventivas, enunciadas pelos professores para as doenças que têm uma ligação mais imediata com causas ambientais, voltam a ser as práticas higiénicas, que passam pelo "afastamento dos focos de poluição", a alimentação, a prática do exercício físico e onde sobressai, também, o envolvimento/intervenção (a que apelam) das "autoridades responsáveis" ao nível da legislação que deve ser "mais penalizante" para os poluidores - sobretudo as actividades industriais -, exercer um maior controle das fontes poluidoras, e ser mais eficaz no tratamento dos lixos e resíduos tóxicos e na vigilância dos locais de trabalho.

Os professores percebem maioritariamente (94,4%) a medicina como uma ciência cujo êxito, em termos interventivos, é ditado pelas doenças cujas causas não estão directamente relacionadas com os problemas ambientais - as "doenças tradicionais". Segundo os docentes entrevistados, isto acontece porque, nas doenças cujas causas estão mais directamente relacionadas com os problemas ambientais, a medicina tem "mais dificuldade em identificar e combater as causas" o que torna "mais difícil a sua resolução". Também o facto de estas doenças apresentarem "sintomas menos

definidos" dificulta a sua detecção e, conseqüentemente, a capacidade de intervenção da medicina.

Os professores mostram-se igualmente cépticos em relação às capacidades terapêuticas da medicina face às doenças cujas causas mais directas estão relacionadas com os problemas ambientais. A maioria dos docentes (80,5%) considera que apenas nalgumas situações a medicina dispõe dessa capacidade (face a estas doenças). O motivo quase unanimemente apontado reside na dificuldade que a medicina tem em eliminar "os factores causais da doença", pelo que apenas a pode "atenuar e não curar, já que a causa permanece". Neste domínio, e face à impossibilidade de êxito na cura, é-lhe atribuído um importante papel preventivo. Embora minoritária (11,1%) parece importante referir a concepção de alguns docentes, para quem as dificuldades da intervenção terapêutica da medicina se prendem com o facto de os problemas ambientais "serem um domínio pouco investigado medicamente".

Para diminuir ou eliminar os riscos para a saúde ligados aos problemas ambientais, os professores propõem maioritariamente soluções políticas (63,8%). São, no entanto, os professores universitários aqueles que mais aderem a este tipo de soluções (52,1%). No conjunto daqueles que optam por soluções individuais para diminuir ou eliminar esses mesmos problemas dominam os professores do ensino secundário (diferença não é estatisticamente significativa).

Os professores, na sua maioria (75,0%), perspectivam sempre ou quase sempre o futuro das próximas gerações, equacionando os problemas ambientais. Fazem-no essencialmente porque "os problemas ambientais se agravam diariamente devido à actual dinâmica de desenvolvimento", o que gera preocupação face a possíveis "situações irreversíveis e geradoras de problemas para a saúde". Para outros docentes é a sua própria actividade profissional (conteúdos das matérias leccionadas e relacionamento com os jovens) que os leva a equacionar o futuro nesta perspectiva.

À excepção de 3 docentes do ensino superior, todos os outros professores afirmam saber quais as fontes de abastecimento de água da cidade de Évora e identificam-nas correctamente.

A maioria dos docentes (69,4%) associa o fenómeno de eutrofização aos "actuais problemas da água de Évora" e "à situação que atinge as duas barragens que abastecem a cidade" e consideram-no preocupante. Questiona-se se os *média* não tiveram um papel decisivo na formação da percepção destes dos professores, ao divulgarem os problemas relacionados com a água de abastecimento público (diferença não é estatisticamente significativa).

Do total dos professores apenas 1 não consome água da rede pública (vive fora da cidade e tem poço próprio). A desconfiança em relação à ingestão da água parece ser grande, já que apenas um dos docentes a ingere. A concepção dos perigos associados à ingestão directa da água ("que não apresenta qualidade", "que cheira e sabe mal" e que "não é segura") revela-se aqui, mas ela parece deixar de funcionar quando se trata de ingeri-la associada aos alimentos. Uma vez sujeita a fervura, consideram-se eliminados muitos dos perigos. As medidas clássicas de higiene associadas à destruição dos microrganismos pela fervura permanecem nestes docentes.

A água é consumida por todos os docentes (que responderam a esta questão - 32) na higiene corporal. Estes percebem as afecções "da pele", potencialmente gerados pelo contacto com a água, como patologias que não são "graves" e que se "tratam facilmente". O que parece estar em causa é o "mal" que penetra o organismo (que é ingerido) e não aquele que superficialmente o atinge.

Todos os professores (que responderam a esta questão) ingerem - bebem - água engarrafada. Fazem-no (recorrem a essa água), porque "não têm confiança na água da rede pública", devido ao sabor e odor "muito desagra-

veis e até repulsivos" dessa mesma água e para "não correrem riscos" em termos de saúde.

Os 13 docentes que recorrem à água da fonte, utilizam-na maioritariamente para beber (69,2%). Os motivos que os levam a optar por esta alternativa são as "condições impróprias" (mais uma vez determinadas pelo sabor e cheiro) da água da rede.

Do total de docentes que consomem água de fontes, apenas 3 fazem "tratamento dessa mesma água" através da "fervura" e "coando-a". Os restantes 10 professores não fazem qualquer tipo de tratamento porque "a qualidade da água é controlada pela entidade que a comercializa", ou porque "partem do princípio que é potável porque mais gente a utiliza", ou porque a fonte "está situada em locais pouco poluídos e não sujeita a tratamentos químicos", ou ainda porque desconhecem "a necessidade de fazer tratamento" e por não saberem "como se faz".

Do total dos professores entrevistados, um odor anormal foi detectado por 97,1% dos docentes. O sabor, na água da rede foi detectado por 93,9% dos professores. Em relação à cor da água, as respostas coincidem totalmente com as que foram emitidas sobre o sabor.

Face a estas ocorrências, 31 docentes deixaram de beber, temporária ou definitivamente a água da rede pública. Destes, 11 deixaram também de a utilizar no processamento dos alimentos. Os restantes 20 utilizam-na para cozinhar e para a higiene corporal. As razões que motivaram os seus comportamentos foram a "falta de segurança e confiança" na água da rede pública e a "repulsa pelo cheiro e sabor" dessa mesma água.

Registe-se que apenas um docente continuou a ingerir a água da rede pública, independentemente da sua cor, sabor ou odor. (3 docentes não responderam e 1 não tem acesso à água da rede pública).

Pode dizer-se que, quando confrontados com uma água que não é inodora, insípida e incolor e, independentemente do discurso das autorida-

des responsáveis nesta matéria, os professores optaram por tomar um conjunto de medidas que perceberam como sendo as mais eficazes para protegerem a sua saúde. Isto revela também uma desconfiança, pelo menos implícita, no discurso das autoridades, que sempre afirmaram as condições de potabilidade da água e a inexistência de riscos para a saúde associados ao seu consumo.

Para os professores entrevistados os microrganismos/substâncias mais frequentes na água da rede pública, após ter sido sujeita a tratamento, são o cloro (44,4%), os nitratos (41,7%) e as algas (36,1%). Mais uma vez, nomeadamente em relação às algas e aos nitratos, parece fazer-se sentir o discurso veiculado pelos meios de informação e pelas autoridades responsáveis, discurso que os professores terão assimilado e reorganizado em esquemas que lhes permitam pronunciar-se sobre este tema (diferença não é estatisticamente significativa).

Ainda nesta questão salienta-se o elevado número de não respostas, num total de 10. Destes, 6 docentes são do ensino secundário e 4 do ensino universitário. Para além de não responderem, frequentemente "referiam desconhecerem o assunto" e, portanto, não se "sentirem competentes nessa matéria". O receio de "errar", por parte de quem nunca "pode" fazê-lo, parece evidente nesta questão.

Relativamente aos microrganismos e às substâncias (algas azuis e nitratos) presentes em grandes quantidades nos ecossistemas aquáticos em avançado estado de eutrofização e cujo consumo ou contacto directo com essas águas pode provocar doenças no homem ou outros animais, metade dos docentes referem já terem ouvido falar, mas desconhecerem o assunto. Nesses 18 docentes são maioritários os professores do ensino secundário (61,1%). Os restantes docentes, onde dominam os professores do ensino superior (61,1%), afirmam já terem ouvido falar do assunto e estarem informados sobre o mesmo (diferença não é estatisticamente significativa).

Quando confrontados com o facto de as algas azuis e os nitratos poderem permanecer na água da rede pública, em menores quantidades, após ela ter sido sujeita a tratamento para consumo público, 50% dos docentes admite que isso seja possível, embora confie no tratamento da água, e 41,6% admitem que isso seja possível, porque não confiam no tratamento da água. Também nesta questão não há diferenças estatisticamente significativas entre os professores dos dois graus de ensino.

Para a maioria dos docentes as gastroenterites dominam as suas concepções das patologias causadas pelos nitratos e algas azuis (69,4%). No imaginário colectivo esta doença é, desde há muito, associada em termos causais à contaminação da água, e aqui ela prevalece também como a doença dominante mesmo face a estes microrganismos e substâncias. As dermatites, embora com uma percentagem mais reduzida (25,0%), são a doença que aparece logo a seguir nas concepções destes docentes e, mais uma vez, predomina a concepção clássica "dos problemas da pele" devido ao contacto com águas contaminadas.

O tratamento das águas eutrofizadas consiste num processo complicado e difícil que gera, muitas vezes ele próprio, a formação de compostos químicos - os trihalometanos - que se mantêm na água da rede pública e cujo consumo prolongado pode originar, a longo prazo, doenças graves. A maioria dos professores (83,3%) admite como provável que esta situação se verifique na água que abastece a cidade de Évora. Dois docentes afirmam mesmo que esta situação se verifica. Estes dois docentes mostram-se preocupados com essa mesma situação por considerarem que ela pode originar "doenças incuráveis e tumores malignos".

Os professores denotam ainda preocupação pelo facto de uma água ser considerada potável pelas autoridades responsáveis e, ao mesmo tempo, conter substâncias e microrganismos que podem ser prejudiciais à saúde, nomeadamente algas azuis, altos teores de nitratos e de trihalometa-

nos. Questionam também se os "responsáveis não sobrepõem as questões políticas às questões de segurança dos cidadãos", ou se não se está "perante mais um caso de empolamento das situações por parte dos meios de informação". Além disso, afirmam igualmente a necessidade de um "maior e mais detalhado esclarecimento público" por parte das autoridades responsáveis para que possam ser "desfeitos todos os equívocos".

Na sua maioria, os docentes entrevistados, para além de preocupados com esta situação, mostram alguma desconfiança face à informação, quer dos *média*, quer das autoridades responsáveis.

Pode dizer-se que, nas concepções elaboradas pelos docentes inquiridos sobre os problemas ambientais na região de Évora, a água emerge como uma ameaça para a saúde. A incerteza gerada pelos discursos dos responsáveis não parece atenuar o risco do consumo deste "bem de primeira necessidade".

Face aos problemas ambientais (globais), as possibilidades de controle passam pelas medidas preventivas individuais - pela higiene - e pela intervenção das instâncias legítimas. Nas concepções destes docentes, à medicina não "resta senão" um papel preventivo, já que as suas intervenções na cura são escassas. Com efeito, as causas dos problemas ambientais, que não são domináveis/controláveis, medeiam a representação produzida sobre o papel da medicina face às doenças, cuja causalidade está mais directamente ligada a estes problemas.

CONCLUSÃO

Das interpretações produzidas ao longo deste trabalho e a partir da aplicação das dimensões analíticas da pesquisa, é possível identificar as principais linhas de força que atravessam a identidade socio-profissional dos professores dos dois graus de ensino.

No ensino secundário encontramos os professores situados na periferia das escolas, do sistema de ensino e no centro dos disfuncionamentos desse mesmo sistema, fixados defensivamente na transmissão de saberes/conhecimentos (ajustados aos objectivos determinados superiormente) na sala de aula.

No ensino universitário, o papel de professor, só *per si*, não assegura o reconhecimento da autoridade científica de que estão investidos e, por isso, encontramos o *Homo Academicus* dividido entre o ensino e a investigação, espartilhado entre uma carreira estruturada em torno da docência e à volta do desafio intelectual que, em geral, apenas a investigação consegue promover no acesso às diferentes formas de prestígio universitário. Não afectados no seu prestígio de um modo tão profundo como o que ocorre com os professores do ensino secundário, sentem-se menos atingidos pela crise estrutural do sistema de ensino.

De qualquer forma, para os docentes dos dois graus de ensino é manifesta a necessidade de uma recomposição da sua imagem social.

A representação da saúde e da doença, produzida pelos docentes, que se estrutura a partir das suas formas de gestão e práticas de acesso à saúde e à doença, diverge no universo do ensino secundário e universitário.

Nos professores do ensino superior prevalece uma imagem de saúde construída e estruturada a partir da doença e do tempo. É a doença que delimita todo o processo de valorização da saúde e é o tempo que organiza e orienta todas as decisões a tomar sobre a doença. A espera temporal que

medeia o recurso ao médico para além de corresponder ao desejo de negação da doença, que tentam levar o mais longe possível, revela também a recusa de saberem ou de se informarem - de enfrentarem - algum problema que perturbe o seu quotidiano (ritmo) de trabalho.

A "constante" falta de tempo faz com que a saúde só seja percebida e valorizada no momento em que emerge a doença. Com efeito, a doença e o tempo são, para estes docentes, os elementos de referência na definição da saúde.

O seu discurso (sobre a doença) é dominado pela negação da doença, que é sempre percebida, quer como destruidora da sua identidade social, quer como um impedimento à sua realização profissional. Assim, se explica a sua recusa persistente em aceitarem a inactividade característica e "definidora" da situação de doença. Se o indivíduo é excluído da sociedade pela doença, participa/integra-se nela pela saúde.

Nesta imagem elaborada pelos professores universitários, a saúde representa a integração social através da actividade e a doença, ao contrário, a exclusão pela inactividade.

A fraca adesão às práticas preventivas revela que não admitem que qualquer lapso de tempo lhe seja tomado pela doença (ou por uma potencial doença) e, por isso, o consumo de cuidados curativos tem sempre como objectivo restabelecerem-se no mínimo tempo possível, para retomarem, de imediato, o seu projecto profissional. Revela também que estes docentes recusam a normatividade do discurso preventivo legítimo, já que é através de regras adaptadas (autonomamente) ao seu quadro de vida que conseguem ter e manter a saúde.

Os docentes do ensino secundário elaboram uma imagem de saúde que se organiza em torno do culto da saúde pessoal, frequentemente negociada entre o prazer e o risco. A saúde é apreendida, sobretudo a partir das possibilidades que oferece à sua vida de relação. O trabalho é percebido-

nado como uma entidade abstracta que ameaça a saúde e a relação quotidiana que têm com a esfera do consumo. Por isso denunciam, frequentemente, o pouco tempo que têm para se distrair, para se relacionarem com os outros e para estarem com a família.

A doença é uma experiência integrante do quotidiano destes docentes, que têm como elementos de referência o recurso ao médico e a luta activa do doente. A cura é percebida como resultado final da situação de doença e, nesse sentido, todos os esforços são desencadeados para que ela seja alcançada. O papel de doente, assumido sem hesitações, assegura a integração social que, para estes docentes, nunca é ameaçada pela situação de doença.

A conduta de doente não é só o resultado da doença, mas também uma resposta (que se opõe) à própria doença. Estes docentes percebem a doença como uma situação que se trata através da luta activa do doente o que passa, necessariamente, pela assunção da conduta de doente. Através dessa luta activa o indivíduo pode participar na cura (apressando-a e facilitando-a) e, assim, opor-se à doença

A doença, que lhes é exterior, afasta-os da sociedade e a conduta de doente (re)integra-os nela. Nesta dualidade reside a complexidade dos conteúdos da doença propostos por estes docentes.

Embora represente um obstáculo (sempre temporário) à sua vida de relação, a doença nunca é percebida como uma experiência dramática ou como uma ameaça para a sua identidade. Pelo contrário, pode ser experienciada como uma situação da qual o indivíduo sai fortalecido.

Em termos de práticas de acesso, os professores do ensino secundário optam essencialmente pelo consumo preventivo. A prevenção tem, para eles, um estatuto privilegiado, quer como meio de informar e de educar sobre os mecanismos de defesa contra os riscos decorrentes do modo de vida actual, quer como meio de vigiar a saúde. O desejo de domínio autónomo

da sua vida e as regras preventivas a que apelam, expressa a contradição entre a liberdade individual e a regulamentação social.

As doenças que dominam a representação dos professores dos dois graus de ensino são o cancro e a sida. Estas patologias emergem como as mais temidas devido ao seu carácter impiedoso, silencioso e imprevisível. À medicina cabe destruir estes temores. Por isso investem nesta ciência todas as esperanças e expectativas para a solução destes "males".

O cancro e a sida são, assim, assimilados às "doenças tradicionais" em termos de potenciais capacidades interventivas da medicina. O mesmo não se passa com as patologias cujas causas mais directas se relacionam com os problemas ambientais, onde consideram que as possibilidades de intervenção da medicina são escassas. Estas patologias são percebidas fora do domínio das "doenças tradicionais" e, conseqüentemente, fora do alcance da medicina.

Nos professores dos dois graus de ensino, quer se trate da génese da saúde ou da doença, das suas formas e dos seus critérios, a saúde e a doença são sempre concebidas a partir da relação do indivíduo com a sociedade. É a partir da inter-relação entre o indivíduo e a sociedade e entre a saúde e a doença que a representação se organiza.

Para os docentes entrevistados, a doença emerge sempre como uma situação exterior que tem uma génese alheia ao indivíduo. Pelo contrário, a saúde aparece como uma situação (propriedade) inerente ao indivíduo, cuja responsabilidade ele assume inteiramente.

É através da sua génese que a saúde e a doença se distinguem. Ao modo de vida, eminentemente gerador de doença, opõe-se o indivíduo, eminentemente saudável, e à conduta de doente opõe-se a conduta de indivíduo saudável.

É nesta perspectiva que pode ser compreendida a diversidade de condutas que respondem à diversidade das formas e dos sentidos que assume para o indivíduo a sua relação com a sociedade.

Para os professores dos dois graus de ensino a linguagem da doença raramente se assume como a linguagem do corpo. Embora sejam frequentes as descrições relacionadas com o comportamento de doente, pouco falam do corpo. Entre a doença produto do modo de vida e a conduta de doente o corpo quase é ignorado. São raras as imagens que se referem ao seu funcionamento normal e, ainda mais raras, as que dão conta das manifestações e do desenvolvimento da doença em termos corporais.

Nos professores dos dois graus de ensino a linguagem sobre a saúde e a doença elabora-se, frequentemente, a partir da relação do indivíduo com a sociedade - com a actividade ou com a inactividade. É esta relação que dá sentido às experiências de saúde e de doença, que medeia a definição de saúde e de doença e que opera a diferenciação entre estas duas situações.

Se para os professores (homens) dos dois graus de ensino os médicos, a mulher e os amigos são os receptores privilegiados de tudo o que diz respeito à doença, para as professoras esses mesmos receptores são apenas os médicos. Neste sistema referencial são, no entanto, as mulheres que decisivamente assumem o papel de gestoras da saúde e da doença.

A imagem da sociedade e dos seus constrangimentos sobre o indivíduo e a forma como este os experiencia é revelada na representação social da saúde e da doença produzida pelos docentes. Assim, a saúde e a doença adquirem um novo significado e permitem captar o modo de interpretação da sociedade pelo indivíduo e o relacionamento que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade. Nesta relação, a actividade, com a sua função estruturante da identidade social do indivíduo, emerge como um valor fundamental.

Espera ter-se conseguido mostrar que, através da imagem de saúde e doença produzida pelos professores, se tem acesso às configurações que o seu relacionamento com a sociedade assumem em cada momento e que é diferente consoante o contexto organizacional em que exercem a sua actividade.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, L. (1984), in Serrão, J. (dir.), *Dicionário de História de Portugal*, Tomo VI, Porto, Ed. Liv. Figueirinhas: 228-232.
- ANDERSSON, G. et al. (1988), "The Influence of animals on phosphorus cycling on lake ecosystems", *Hydrobiologia*, 170: 267-284.
- ASHBY, E. (1981), *Reconciliar al Hombre con el Ambiente*, Barcelona, Ed. Blume.
- AUGÉ, M. (1991), "Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaires de l'événement" in Augé, M. e Herzlich, C. (dir.), *Le Sens du Mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines: 35-91.
- BARBOSA, A. (1987), "Educação para a Saúde: Determinação individual ou social?", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 169-164.
- BAUDELLOT, C. e ESTABELET, R. (1971), *L'École Capitaliste en France*, Paris, Ed. F. Maspero.
- BAUDRILLARD, J. (1968), *Le Système des Objects*, Paris, Ed. Gallimard.
- BERGER, I. (1974), "Psychologie des enseignants", in Debesse, M. et Mialaret, G. (org.), *Traité des Sciences Pédagogiques*, Tomo VI, Paris, Ed. P.U.F.: 121-140.
- BLOOM, A. (1988), *A Cultura Inculta*, Lisboa, Ed. Europa-América.
- BOURDIEU, P. (1978), "Classement, déclassement et reclassement", *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 24: 2-15.

- BOURDIEU, P. (1979), *La Distinction*, Paris, Ed. Minuit.
- BOURDIEU, P. (1984), *Homo Academicus*, Paris, Ed. Minuit.
- BOURDIEU, P. (1987), "Propostas para o Ensino do Futuro", *Caderno de Ciências Sociais*, 5: 101-120.
- BOURDIEU, P. e PASSERON, J.C. (1971), *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Ed. Minuit.
- BRAUNWALD, E. (1988), *Heart Diseases*, Philadelphia, Ed. Saunders.
- CARAPINHEIRO, G. (1986), "A Saúde no contexto da Sociologia", *Sociologia Problemas e Práticas*, 1: 9-22.
- CARAPINHEIRO, G. (1993), *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Ed. Afrontamento.
- CARLSON, D. (1987), "Teachers as political actors: from reproductive theory to the crisis of schooling.", *Harvard Educational Review*, Vol. 57 3, 283-307.
- CARMICHAEL, W. (1991), "Blue-green algae: an overlooked health threat", *Health and Environment Digest*, Vol. 6, 5: 1-4.
- CHAPOULIE, J.M. (1974), "Le Corps Professoral dans la Structure de Classe", *Révue Française de Sociologie*, Vol. 15: 155-200.
- CHAPOULIE, J.M. (1979), "La Compétence Pédagogique des Professeurs comme enjeu des conflits", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 30: 65-85.

CLARKE, R. (1980), *O Nascimento do Homem*, Lisboa, Ed. Gradiva.

COSTA, A. F. et al. (1994), "Políticas Científicas", in Jesuíno, C. (Coord.), *A Comunidade Científica Portuguesa nos finais do século XX - comportamentos, atitudes e expectativas - Relatório*, Lisboa, Ed. CIES/ISCTE: 223-248.

COMISSÃO 114/ME/88 (Comissão criada pelo Despacho 114/ME/88 do Ministro da Educação) (1988), "A Situação do Professor em Portugal", *Análise Social*, Vol. 24, 103-104: 1187-1293.

CRANN, E. F. (1991), "Epidemiologic Studies of Organic Micro Pollutants in Drinking Water", in *Water Pollution, Handbook of Environmental Chemistry*, Berlin, Ed. Springer-Verlag.

DEBESSE, M. (1979), "Une Fonction remise en Question", in Debesse, M. e Mialaret, G. (org.), *Traité des Sciences Pédagogiques*, Vol 7, Paris, Ed. P.U.F.: 11-25.

DELCHET, R. (1979), "L'Enseignement Supérieur", in Debesse, M. e Mialaret, G. (org.), *Traité des Sciences Pédagogiques*, Vol. 7, Paris, P.U.F.: 205-239.

DIGIACOMO, J.P. (1981), *Représentations Sociales et Comportements Collectifs*, Lovaina, Ed. Université Chatolique Lovain.

DONNAY, J. (1988), "Profession: Professeur d'Université", *Education Permanente*, 92: 155-160.

DUBOS, R. (1973), *L'Homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Ed. Payot.

DURÁN, M.A. (1993), *Desigualdad Social y Enfermedad*, Madrid, Ed. Tecnos.

- ESTEVE, J.M. (1991), "Mudanças Sociais e Função Docente", in Nóvoa, A. (org.), *Profissão Professor*, Porto, Ed. Porto Editora: 93-124.
- ESTEVE, J.M. e FRACHIA, A.F.B. (1988), " Le Malaise des Enseignants", *Revue Française de Pédagogie*, 84: 45-56.
- FALTERMAIER, T. (1992), "Théorie Subjective de la Santé: état de la recherche et importance pour la pratique" in Flick, U. (dir.), *La Perception quotidienne de la Santé et de la Maladie*, Paris, Ed. L'Armattan: 55-71.
- FEMIA, J. V. (1981), *Gramsci's Political Thought: Hegemony, Consciousness and the Revolutionary Process*, Oxford-Nova York, Ed. Oxford University Press.
- FOGG, G.H., et al. (1973), *The Blue-green Algae*, Nova Iorque, Ed. Academic Press.
- FOUCAULT, M. (1984), *Vigiar e Punir*, Petrópolis, Ed. Vozes.
- FOUCAULT, M. (1992), *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Ed. Graal.
- GARCIA, E. (1986), "Funcion Status y Rol del Professor", in Mayor, J. (dir.), *Sociologia y Psicología Social de la Educacion*, Madrid, Ed. Anaya: 381-419.
- GUYOT, Y. (1981), "Quelques reflexions à propos d'un sondage exploratoire sur le statu et le rôle de l'enseignant d'enseignement supérieur", *Revue Belge de Psychologie et de Pedagogie*, Tomo XLIII, 176:93-111.
- HERZLICH, C. (1969), *Santé et Maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ed. Mouton.

HERZLICH, C. (1986), "Representations Sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social", in Flick, U. (dir.), *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie*, Paris, Ed. L' Harmattan: 347-357.

HERZLICH, C. (1991), "Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social", in Augé, M. e Herzlich, C. (org.), *Le Sens du Mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines: 189-215.

HERZLICH, C. e PIERRET, J. (1991), *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui*, Paris, Ed. Payot.

HODSON, R. e SULLIVAN, T. (1990), *The social organization of work*, Belmont, Ed. Wadsworth.

HORNE, A.J. et al. (1972), "Nitrogen fixation in clear lake, California. II Cyanotic studies on the Autumn Anabaena bloom", *Limnology and Oceanography*, 17: 693 - 703.

ILLICH, I. (1970), *The Scholing Society*, Nova York, Ed. Harper and Row.

ILLICH, I. (1977), *Limites para a Medicina. A expropriação da saúde*, Lisboa, Ed. Liv. Sá da Costa.

JODELET, D. (1984), "Représentation Sociale: phénomènes, concept et théorie", in Moscovici, S. (Dir.), *Psychologie Sociale*, Paris, Ed. P.U.F..

JODELET, D. (1989), *Représentations Sociales*, Paris, Ed. P.U.F..

JOHNSON, C. J. e KROSS, B. C. (1990), "Continuing importance of nitrate contamination of groudwater and wells in rural aereas. Agricultural occupational and environmental health! Policy strategies for the future - the scientific basis. Part. III", *American Journal of Industrial Medicine*, 18: 449-456.

- KELLERHALS, J. et al. (1993), *Microsociologia da Família*, Mem Martins, Ed. Publicações Europa-América.
- LEON, A. (1972), "La Profession Enseignante: motivations, recyclage, promotion", in Debesse, M. e Mialaret, G. (org.), *Traité des Sciences Pédagogiques*, Tomo III, Paris, Ed. P.U.F.: 27-48.
- MIGUEL, J.M. (1979), *Introduccion al campo de la Antropologia Médica*, Barcelona, Ed. Anagram.
- MOLLO, S. (1969), *A Escola na Sociedade*, Lisboa, Ed. 70.
- MOLLO, S. (1979), "Le Status Social des Enseignants", in Debesse, M. e Mialaret, G. (org.), *Traité des Sciences Pédagogiques*, Vol. 7, Paris, Ed. P.U.F.: 51-73.
- MONTEIRO, J. R. e FERNANDES, M. H. (1985), *A Educação e o Ensino no 1º Quartel do Século XX*, Bragança, Ed. Instituto Politécnico de Bragança.
- MORIN, E. (1973), *O Paradigma Perdido. A Natureza Humana*, Mem Martins, Ed. Publicações Europa-América.
- MOSCOVICI, S. (1961), *La Psychanalyse, son image et son public*, Paris, Ed. P.U.F..
- MOSCOVICI, S. e HEWSTONE, M. (1984), "De la Science au Sens Commum", in Moscovici, S. (dir.), *Psychologie Social*, Paris, Ed. P.U.F..
- NÓVOA, A. (1987), *Le Temps des Professeurs. Analyse socio-historique de la profession enseignante au Portugal (XVIII-XX)*, Lisboa, Ed. INIC.
- NÓVOA, A. (1989), "Profissão: Professor. Reflexões históricas e sociológicas", *Análise Psicológica*, Vol. 7, 1-2-3: 435-456.

NÓVOA, A. (1991), "O Passado e o Presente dos Professores", in Nóvoa, A. (org.), *Profissão Professor*, Porto, Ed. Porto Editora: 9-29.

NUNES, A.S. (1968), " A população universitária portuguesa: uma análise preliminar", *Análise Social*, Vol. 6, 22-23-24: 295-385.

NUNES A.S. (1981), *Questões Preliminares sobre as Ciências Sociais*, Lisboa, Ed. Presença.

NUNES, A.S. e GUERRA, M. (1969), "A Crise da Universidade em Portugal: reflexões e sugestões", *Análise Social*, Vol. 7, 25-26: 5-49.

PARSONS, T. (1955), *Éléments pour une Sociologie de l'Action*, Paris, Ed. Plon.

PIERRET, J. (1991), "Les Significations Sociales de la Santé: Paris, L'Essonne, L'Hérault", in Augé, M. e Herzlich, C. (dir.), *Le Sens du Mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines: 217-256.

PINTO, J.M. (1984), "Epistemologia e Didática da Sociologia", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 14: 47-75.

PINTO, L. (1968), "O Papel das Universidades na formação dos dirigentes", *Análise Social*, Vol.6, 22-23-24: 599-638.

REYNOLDS, C. S. (1991), "Swings and Roundabouts; engineering the environment of algae growth.", in White, K.N.; Bellinger, E.G.; Saul, A. J.; Henry, K.; Briston, M. R. (Eds.), *Urban Waterside Regeneration*, Chichester, Simon and Schuster.

REYNOLDS, C. S. e WALSBY, A. E. (1975), "Water Blooms", *Biological Review*, 50: 437-481.



RITZER, G. (1993), *The McDonaldization of Society*, Newbury Park, Ed. Pine Forge Press.

ROBARTS, R. D. e ZOHARY, T. (1987), "Temperature effects on photosynthetic capacity, respiration and growth rates of bloom-forming Cyanobacteria", *New Zeland Journal of Marine Freshwater Research*, 21: 391-399.

RUFF, F.M. (1992), "Les Nuisances Environnementales portent atteinte à la Santé - Un nouveau schème explicatif", in Flick, U. (dir.), *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie*, Paris, Ed. L'Harmattan: 123-142.

SACRISTÁN, J.G. (1991), "Consciência e Acção sobre a prática como libertação profissional dos Professores", in Nóvoa, A. (org.), *Profissão Professor*, Porto, Ed. Porto Editora: 61-92.

SAN MARTIN, H. (1983), *Ecología Humana y Salud. El Hombre y su Ambiente*, Cidade do México, Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana.

SANTOS, B.S. (1994), *Pela Mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*, Porto, Ed. Afrontamento.

SARGENT, F. (1974), *Human Ecology*, U.S.A., Ed. Elsevier.

SCHUMACHER, E. F. (1985), *Small is Beautiful*, Lisboa, Ed. Publicações D. Quixote.

SHAPIRO, J. e WRIGHT, D. I. (1984), "Lake Restoration by Biomanipulation", *Freshwater Biology*, 14: 371-383.

SILVA, A.S. (1989), "A ruptura com o Senso Comum nas Ciências Sociais", in Silva A.S. e Pinto J.M. (org.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Ed. Afrontamento: 29-53.

SONTAG, S. (1981), *La Enfermedad y sus Metáforas*, Barcelona, Ed. Muchnik.

STEUDLER, F. (1974), *L' Hôpital en Observation*, Paris, Ed. Armand Colin.

VALA, J. (1993), "Representações Sociais - Para uma Psicologia Social do pensamento social", in Vala, J. e Monteiro, M. (org.), *Psicologia Social*, Lisboa, Ed. Fundação Gulbenkian: 353-358.

VOLLENWEIDER, R.A., (1968), "Scientific Fundamentals of the Eutrophication of Lakes and Flowing Waters with particular reference to nitrogen and phosphorus as factors in eutrophication", *Report DAS/CSI/68.27*, Paris, Ed. OCDE.

W.H.O. (1986), *Guiding principles for national monitoring of the water supply and sanitation sector. International drinking water supply and sanitation decade*, Geneva.

W.H.O. (1987), "Drinking water quality and health - Related risks.", *Environmental Health* 21, Copenhaga.

WILDEN, A. (1972), *System and Structure*, Londres, Ed. Tavistock.