

30
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

O SIGNO DE LUCINA

**Contextos de institucionalização e formação das
parteiras**

Dissertação apresentada

por

Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação,

sob orientação do Professor Doutor José Alberto Correia

Porto, Maio de 1998

TE. 362-B
UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 10.225
Data 98/05/27

RESUMO

O SIGNO DE LUCINA

Contextos de institucionalização e formação das parteiras.

A parteira era a mulher que assistia a mãe no parto, baseada num conhecimento popular nas sociedades agrárias. Hoje a parteira é considerada como uma profissional da área do cuidar, integrada na enfermagem. Esta investigação desenvolve a análise das parteiras na sua trajectória profissional. A atenção é focalizada nos contextos de institucionalização e de formação, desde que os médicos expandiram a sua especialização e a sua jurisdição sobre a área de prática das parteiras até à actualidade (pelos anos 40), quando estas convergem na enfermagem.

Depois de uma introdução teórica, o texto divide-se em três partes. Na primeira parte, analiso o período em que a actividade de parteira assume características formais com o licenciamento pelo Cirurgião-mor (a autoridade real) e estava sob pressão dos cirurgiões e seus forceps e a profissão médica fazia já incursões no seu território profissional, usando novos conhecimentos e tecnologias e, principalmente, o seu poder.

Na segunda parte, analiso as novas condições institucionais, quando a parteira passa a ser formada nas universidades pelos médicos e envolvida pelas suas estratégias de demarcação, que tinham o suporte do Estado: as parteiras devem ser supervisionadas pelos médicos e a sua prática severamente restringida. Neste período, o conhecimento e a tecnologia desenvolvem-se muitíssimo na obstetrícia médica. Nesta altura pude sublinhar um conflito de género contra as parteiras mas também contra as mulheres médicas, para além dos argumentos legais e de tipo credencialista.

Finalmente, na terceira parte, a parteira torna-se uma enfermeira especializada em obstetrícia que trata dos casos normais no parto e sabe ajuizar sobre quando chamar o médico. O discurso médico estava agora (anos 1920 e 1930) envolvido nas controvérsias malthusianas e eugenistas, e a parteira deveria ser um instrumento dessas políticas. Entretanto, a sua prática tende a ocorrer no hospital.

Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

RESUMÉ

SIGNE DE LUCINE

Contextes d'institutionnalisation et de formation des sages-femmes

La sage-femme était une femme qui assistait une mère à l'accouchement, se basant sur une connaissance traditionnelle dans une société rurale. Aujourd'hui les sages-femmes sont une profession des soins, intégrée dans la profession infirmière. Cette investigation développe l'analyse de la trajectoire professionnelle des sages-femmes. L'attention se projette sur les contextes d'institutionnalisation et de formation, depuis que les hommes-médecins dirigeaient son expertise et sa juridiction vers le territoire des sages-femmes, jusqu'à l'actualité (vers 1940) quand les sages-femmes se joignent aux infirmières.

Depuis une introduction théorique, le texte est divisé en trois chapitres. Au premier chapitre j'analyse le temps où l'activité des sages-femmes est réglementée par le Grand-Chirurgien (l'autorité royale) qui leur confère un permis et était pressionné par les chirurgiens et leurs forceps et les médecins qui intervenaient sur le domaine des sages-femmes, en usant des nouvelles connaissances et technologies et, surtout, son pouvoir. Au second chapitre, j'analyse les nouvelles conditions institutionnelles, où la sage-femme doit apprendre dans les universités avec les médecins qui développent des stratégies de démarcation avec l'appui de l'État: les sages-femmes sont supervisées par les médecins et sa pratique est fortement limitée. À cette époque, il se vérifie un très grand développement des connaissances et des techniques de la clinique obstétricale. À cette période j'ai vu un conflit de "genre" contre les sages-femmes mais aussi contre les femmes-médecins, au-delà d'une augmentation légaliste et credentialiste.

Enfin, à la troisième partie, la sage-femme est devenue une infirmière avec une spécialisation obstétricale, qui peut soigner les accouchements normaux et décider d'appeler le chirurgien. Le discours médical était maintenant (1920 et 1930) secoué par des controverses sur le malthusianisme et l'eugénisme et la sage-femme devrait être un instrument au service de ces politiques. Cependant, sa pratique se développe à l'hôpital.

Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

ABSTRACT

THE LUCINA'S SIGN

Institutional and formative contexts of midwifery

Midwife was a woman who was with a mother in childbirth, based in a folk knowledge in the agrarian society. Today midwifery is considered a care profession, integrated in nursing. This investigation develops the analysis of the midwifery in its professional trajectory. The attention is focused in the institutional and formative contexts, since the medical men expanded their expertise and jurisdiction into the area of the midwifery's practice, until the actuality (about 1940's) when midwifery converges with nursing.

After a theoretical introduction, the text is divided into three parts. In the first part I analyse the period that the midwifery activity became formalized as licensing by the Great-Surgeon (the royal authority) and was under pressure from the surgeons and their forceps and the medical profession who made inroads into the domain of midwifery, using new knowledge and technology and, principally, their power.

In the second part, I analyse the new institutional conditions, when midwife must be trained in the universities by the medical profession and its demarcationary strategies supported by the intervention of the state: the midwives should be supervised by medicine and his practice severely restricted. In this period, the knowledge and technology developed so far in the medical obstetric. In this period I can see a gender conflict, against midwives and also the medical women, after the legalistic and credentialist arguments.

Finally, in the third part, the midwife becomes an obstetric nurse, who can deal with normal labour in childbirth and judge when to call the doctor. The discourse medical was involved now (1920s and 1930s) in malthusianism and eugenics controversies, and the midwife should be an instrument of this politics. Meanwhile, his practice tends to elapse in hospital.

Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

**Para a Rita e para a Sara,
com quem vivi a maternidade.**

SUMÁRIO

1 – Introdução	4
2 - A parteira nas artes de curar	20
2.1 – Normas sobre as artes de curar	21
2.2 – A parteira examinada	30
2.3 – A emergência do poder médico	38
3 – A parteira no contexto médico (séc. XIX)	55
3.1 – O novo ensino médico e os cursos de partos	56
3.2 – Cursos de partos: que resultados?	75
3.3 – As parteiras na prática	84
3.4 – As novas técnicas obstétricas	95
3.4.1 – O forceps	96
3.4.2 – A anestesia	98
3.4.3 – A cesariana	103
3.4.4 – Assepsia e anti-sepsia	107
3.4.5 – O parto provocado	111
3.5 – As mulheres nas profissões de saúde	115
4 – As parteiras e a medicalização do parto	134
4.1 – As maternidades	135
4.2 – A lenta gestação da Maternidade Júlio Dinis, no Porto	144
4.3 – Neomalthusianismo e natalismo	148
4.4 – Integração das parteiras na Enfermagem	151
5 – Conclusões	171
6 – Fontes e Bibliografia	179
7 – Anexos	196

1. INTRODUÇÃO

Partejar – verbo transitivo, isto é, cuja acção se transmite ao complemento directo e não se remete apenas ao sujeito, eis a primeira indicação, em abreviatura, que um dicionário nos transmite sobre esta palavra. Ampliando o significado, logo nos informa que se trata de *auxiliar como parteira ou parteiro no parto*, vocábulo este que, na cadeia de significações, nos aparece como *dar à luz filhos, paridela, paridura*. Estamos, assim, perante uma *ajuda* que se dá ou um *serviço* que se presta a outrem, a *parturiente*, a cujo parto se *assiste*, intervindo no sentido de o facilitar.

Quando é que essa assistência tradicional no parto se configura como um serviço reconhecido institucionalmente? Quem está autorizado/a a prestar esse serviço? Em que condições? Qual a extensão e os limites dessa intervenção? Como evoluíram os parâmetros do licenciamento da actividade de *partejo (ofício de parteira)* e da formação que se vai fornecer/exigir para essa finalidade? Que princípios, valores e interesses se desenrolam em torno desta actividade fundamental à reprodução da prole num momento que pode ser traumático? Que partilha de espaços de acção e de saberes entre os profissionais da área? Eis algumas questões gerais que balizaram desde o início o desenvolvimento da investigação cujos resultados agora se apresentam. Trata-se, em suma, de reconhecer os contextos de institucionalização e de formação das *parteiras*, também designadas institucionalmente nas últimas décadas como *enfermeiras especializadas em saúde materna e obstétrica*, na designação actual.

Desta forma procurei dar corpo a uma investigação que me permitisse reconhecer o tipo de relações e de conhecimentos, a atribuição do campo de acção e os enredos profissionais que condicionaram no contexto local e nacional a produção social das *discípulas de Lucina*, uma expressão que por vezes aparece na literatura médica relacionada com as parteiras para designar estas profissionais, numa evocação mitológica

de Lucina, a deusa que em Roma tinha como missão dirigir os trabalhos relacionados com o parto. Recorde-se que Lucina pode ainda significar Lua, o astro que na tradição popular comanda os tempos da gravidez e do parto. Acepções que justificam a escolha do título para este trabalho.

Mas todo o trabalho tem a sua história e este não foge à regra. Inserido no campo de investigação inerente a um mestrado em Ciências da Educação, a opção temática deriva de vivências pessoais: em grande medida, a pesquisa aqui subjacente resulta do cruzamento de dois caminhos no meu campo profissional e de formação de base, a Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e as Ciências da Educação, campos do saber que me tem vindo a motivar para, ao reflectir sobre a natureza do ensino em que me insiro, reconhecer a construção social subjacente à emergência desta especialidade profissional. Neste contexto, procuro responder aos próprios desafios que me coloca a responsabilidade quotidiana de ensinar no Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente a que me defronta frequentemente com falta de informação sustentada sobre o nível sócio-histórico deste percurso profissional, tão necessário à problematização dos desafios actuais e à equação de soluções numa altura de reformas do subsistema constituído pelo ensino de enfermagem.

Importa acrescentar ainda que a história deste trabalho se prolonga na própria delimitação temática e cronológica. Neste sentido este trabalho é complementar de outros que venho desenvolvendo neste âmbito, embora mais virados para problemáticas actuais e com sentidos de aplicação imediata¹. Em todo o caso deve referir-se que a fracção do problema aqui abordado – os contextos de institucionalização e formação das parteiras sensivelmente até aos meados do século XX (até à plena integração na enfermagem) - começou por configurar-se como um eventual capítulo de um projecto mais vasto e cuja componente fundamental seria uma abordagem global relativa aos contextos de trabalho e

¹CARNEIRO, Marinha Fernandes - *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Contributos para uma organização curricular*. Porto: 1994. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

de formação das parteiras e enfermeiras de saúde materna e obstétrica, na sua interacção profissional com outros agentes da área médica. Esse trabalho requeria a convergência de diversas metodologias e técnicas de investigação de forma a apreender também o domínio do vivido, objectivo para o qual preparei entrevistas para vários tipos de agentes (profissionais, alunas e utentes) nesta área e procedi à sua execução em alguns casos. Simplesmente, a perspectiva sócio-histórica, pela anterioridade cronológica que impõe, precisava de ser aprofundada de forma a compreender melhor o processo que conduziu à formação actual destas profissionais, tanto mais que não conheço qualquer trabalho de índole investigativa nesta área para Portugal. Com o seu gradual aprofundamento, perfilou-se a hipótese de conceder por agora uma atenção mais vincada a esse processo, reconhecendo-lhe a virtualidade de um trabalho autónomo, ajustado às limitações temporais e de volume inerentes a uma dissertação de mestrado, ficando a sequência da investigação sobre os tempos actuais e o vivido profissional para um trabalho posterior e mais alargado. A partir de certa altura da investigação, esta foi uma opção que se tornou definitiva, que ajudou a delimitar os temas a tratar, dentro de uma linha de coerência.

Esta opção não está naturalmente isenta de problemas. O principal reside no facto de, nas fontes de informação disponíveis e utilizadas, não ouvirmos a parteira a falar, mas apenas a de contactarmos com textos que falam sobre ela. A parteira, uma das protagonistas dos cenários de maternidade ao longo dos tempos, durante muito tempo não produziu discursos sobre a sua acção profissional de forma a que ficassem registados em suporte de papel, todas as referências à sua actividade e ao seu perfil são veiculadas por outras vozes, quase sempre a dos cirurgiões e depois médicos que com ela disputam o mesmo espaço profissional e de acção, razão pela qual essa argumentação sai fortemente enviesada. Uma linha de preocupação investigativa tinha, assim de recair, na desocultação desse tipo de discurso que secundariza a mulher e lhe atribui limitações ditas naturais, procurando relegá-la para tarefas subalternas, quando não consegue remetê-la exclusivamente para as tarefas domésticas e as funções de reprodução, criando sucessivos

argumentos legitimadores para esse efeito. A análise sócio-histórica com base documental, a partir do discurso médico e de outras informações fragmentárias sobre a formação das parteiras, era a opção para trabalhar sobre períodos recuados, mas determinantes no processo de institucionalização profissional desta actividade.

Analisar a construção desse percurso institucional, essencialmente ao nível da discussão sobre a intervenção obstétrica e das normas que essencialmente definem concessões de licença e dispositivos de formação, na sua articulação com as condições sócio-técnicas que a contextualizam, é a finalidade deste trabalho. Para isso, conto essencialmente com as referências disciplinares acima da minha formação de base, não esquecendo a sua natureza multireferencial e transdisciplinar, recorrendo, portanto, sempre que necessário, a um património já comum às ciências sociais, derivado da antropologia, da sociologia ou da história.

Assim, desenrolando-se em torno de uma actividade, a de parteira, este trabalho segue naturalmente algumas linhas de força da sociologia das profissões e do trabalho, tendo em conta alguns dos contributos publicados nestes domínios. Actividade essencialmente feminina, que emerge da prática de entreaajuda das mulheres, esta é uma ocupação incaracterística, a que se não ajustam as explicações lineares de tipo funcionalista, em que a aquisição de determinados atributos que se ajustariam a um *tipo-ideal* levaria o Estado a conceder-lhe as prerrogativas inerentes a uma profissão. Reconhecida desde cedo (séc. XV) como uma das artes de curar (ao lado de cirurgiões, dentistas, algebristas, boticários) em textos legislativos, o Estado vai criar mecanismos de controle e legalização para a *arte de partejar*, os quais são delegados nas instituições médicas, que em fase de ampliação do seu espaço profissional não facilitam um desenvolvimento uniforme da profissão de parteira (como de outras artes), o que desencadeará diferenciados choques de poderes e de enredos sociais. Amplia-se a produção de profissionais quando a conjuntura o aconselha, criam-se discursos legais ambiciosos e paternalistas e não se desenvolvem condições satisfatórias para a sua formação, limitando-a, quando se torna oportuno para

os grupos dirigentes. Estes vão ao ponto de lhe criar um “ideal de serviço”, de acordo com as transformações sociais e as modificações no aparelho de Estado, na linha do que António Nóvoa, no seu estudo sobre os professores, explica como o papel activo do Estado, enquanto mediador na emergência e desenvolvimento dos diferentes grupos profissionais, através de uma delegação de poderes que ocorre de acordo com relações de forças e negociações de interesses².

As parteiras (depois enfermeiras-parteiras) constituem, assim, um grupo profissional específico, entendendo-se aqui a expressão *grupo profissional*, tal como a de *profissionais* ou de *profissão* num sentido lato e genérico, pois num sentido restrito tais designações não se ajustariam aos conceitos de determinadas correntes sociológicas, de raiz anglo-saxónica, quando estas estabelecem hierarquias conceptuais de profissões, ocupações ou semi-profissões, tanto mais quanto a actividade de parteira, depois de um exercício autónomo, passou a integrar a enfermagem, a qual para alguns autores se considera apenas como uma semi-profissão³.

Com efeito, à actividade de enfermagem, enquanto estrutura de um campo de cuidados na área da saúde, por oposição à estrutura de cura (a medicina), não é vulgar reconhecer-lhe um conjunto de condições que sustentem o seu estatuto de profissão no sentido sociológico (para além da utilização de “profissão” ao nível do senso comum, aqui enquanto grupo que exerce um determinado número de competências no desenvolvimento de uma actividade remunerada), em confronto com o paradigma profissional que desde logo a medicina configura. Discute-se, como lembra Noémia Lopes⁴, a natureza do trabalho de enfermagem como *trabalho delegado*, não se lhe reconhecendo a condição de *fechamento social*, enquanto expressão do monopólio de um grupo socio-profissional no que se refere à sua capacidade de controlar relativamente o mercado de serviços que

²NÓVOA, António - *Le Temps des Professeurs*. Lisboa: INIC, 1987, vol.I.

³RODRIGUES, Maria de Lurdes - *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

⁴LOPES, Noémia da Glória Mendes - *A Recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem : Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Lisboa: 1994. Dissertação de mestrado apresentada ao ISCTE. p. 12-23.

presta, de selecção e formação dos praticantes, bem como no de garantir legitimidade para definir o seu campo de exercício, para além de não dominar o jogo político que garanta a cobertura jurídica às suas formas de poder. É certo que a enfermagem vem desenvolvendo gradualmente *estratégias de profissionalismo* que parecem apontar para um desejo de autonomia, num processo complexo porque se desenvolve em referência a uma profissão dominante - a medicina. Na verdade, esta assegura um *saber central* e uma *dominância profissional* clara que, nomeadamente, se tem traduzido em autoridade para controlar e dirigir o trabalho de outras profissões da sua área, que são remetidas para um estatuto periférico e dependente, nas quais se insere a enfermagem, para onde foi remetida a actividade de parteira já no século XX.

Num sentido mais abrangente se utiliza na corrente francesa o conceito de profissão, que, no dizer Yvette Lucas, se refere essencialmente a um “estado”, ou seja, a uma situação no campo de trabalho e de emprego e a um conjunto de competências de um indivíduo ligado a um corpo de características socialmente definidas (*corpo profissional*), noção muito utilizada pela estatística e pelos demógrafos. Mas procurando enquadrar o domínio tanto da “profissão” como da “ocupação” e toda a diversidade lexical neste domínio, esta autora propõe a designação de *grupo profissional*, preocupando-se com a sua construção/desconstrução. Neste sentido, define “grupos profissionais” como constituindo “processos dinâmicos que têm uma história e que apresentam variações e diversidade segundo os campos profissionais, as condições sociais de emergência, os modos de construção, de legitimação e eventualmente de institucionalização”⁵. É uma posição mais flexível e adaptável ao tipo de trabalho que é possível desenvolver no âmbito das parteiras, face ao tipo de informação documental de que disponho para uma perspectiva sócio-histórica das parteiras e das enfermeiras-parteiras.

⁵LUCAS, Ivette - Introduction : Qu'est-ce qu'une sociologie des groupes professionnels?, in LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.11-26.

Uma abordagem importante nesta discussão é a que se refere à dicotomia concepção/execução, ligada aos modelos tayloristas da divisão do trabalho, em que a primeira estaria entregue aos médicos e a segunda à enfermagem. Autores mais recentes tem vindo a sublinhar a natureza complexa do trabalho hospitalar em que se insere a enfermagem (e também a actividade da parteira), que não é um trabalho fragmentável numa conotação taylorista, que não pode ficar sempre dependente de ordens médicas mas também requer iniciativa e, portanto, decisão, e logo também revela autonomia. Procuram, assim, definir e desocultar o saber específico da enfermagem, aprofundar a sua cientificidade e demonstrar que não se esgota nas rotinas hospitalares mas que se pode perspectivar como um saber em construção, que se questiona, se avalia e se reajusta, numa dinâmica de transformação e mudança. Trata-se de um movimento profissional de que se fazem eco obras como as de de Béatrice Walter⁶, sobre a construção e a revolução nos conceitos de enfermagem, ou a de André Petitat⁷ que discute a dicotomia vocação/profissão. É, na verdade, um movimento de construção de uma ideologia profissional que, tal como em França, é especialmente desenvolvido a partir do campo da formação inicial, com empenho particular na construção da autonomia profissional, da definição de um campo de cuidados e num nível de formação e de certificação elevado⁸. Mas, no caso das parteiras, é bom sublinhar desde já que a divisão do trabalho, segundo as normas legais, se distribuiu durante muito tempo de forma inversa, isto é, a parteira era a primeira profissional a ter acesso às situações de trabalho de parto, só devendo chamar o cirurgião se considerasse existir complicações que exigiriam intervenção cirúrgica, situação que ainda se verifica nas rotinas hospitalares da área de obstetrícia, cabendo-lhe assim responsabilidade conceptual e mesmo civil.

⁶ WALTER, Béatrice - *Le Savoir Infirmier : Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris: Éditions Lamarre-Poinat, 1988.

⁷ PETITAT, André - *Les Infirmières : De la vocation à la profession*. Montreal: Boreal, 1989.

⁸ FERONI, Isabelle - La Professionalisation des infirmières en France : le cas de la formation initiale, in LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.181-183.

Trata-se, assim, de conferir reconhecimento social e dar visibilidade teórica a saberes e qualificações que durante muito tempo foram ocultados por narrativas que, através de argumentações sobre ideais e vocações, remeteram para a especificidade da natureza feminina estes serviços⁹. Neste linha, o processo que a enfermagem vem desenvolvendo nos anos recentes em Portugal aponta sem dúvida para a *profissionalização*, na perspectiva de concretização de um certo número de etapas inerentes a evoluções deste tipo, que, segundo a recensão de Maria de Lurdes Rodrigues, passa pela passagem a uma actividade de tempo inteiro, controlo sobre a formação, criação de associações profissionais, protecção legal, definição do código de ética¹⁰. Ora, para compreender estas movimentações actuais, a análise sócio-histórica é indispensável, como forma de superar o carácter a-histórico de várias abordagens sociológicas (funcionalismo, interaccionismo) sustentadas essencialmente na variável *divisão técnica do trabalho*, e detectar o longo processo de desenvolvimento das ocupações. Pretende-se, assim, produzir uma perspectiva dinâmica, onde os diversos discursos sobre a profissão passam a constituir uma “argumentação passível de se transformar em crenças socialmente partilhadas por públicos internos e externos às ocupações”, num contexto de jogos sociais de organização e de discursos, onde se conquistam ou não estatutos e instrumentos de protecção¹¹.

Falo de *parteiras*, já que o masculino *parteiros* é normalmente reservado para os cirurgiões, gradualmente especializados neste domínio, que tem a última palavra nos actos de partejar. Falo, portanto, de mulheres e de homens. Por isso este trabalho é também tributário dos *estudos de género*, ou seja, retira alguns contributos dos estudos que têm usado a aplicação da relação entre os sexos como categoria de análise, ao partirem do pressuposto que essa relação está longe de ser um facto *natural* e se inscreve como uma construção social, dotada de efeito e motor de dinâmica social. Estudos que têm permitido

⁹BOUFFARTIGUE, Paul – Introduction in LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p. 227-239.

¹⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes, ob. cit., p. 22.

¹¹ Idem, *ibidem*, p. 44.

revelar relações de poder, de desigualdade e de dominação sobre o sexo feminino, mas também da sua afirmação e de luta pelas suas aspirações, que nos conduzem para o *gender system*, como nos explica Françoise Thébaud na sua introdução ao último volume da magnífica *História das Mulheres No Ocidente*, o qual se deve entender como o “conjunto de funções sociais sexuadas e sistema de pensamento ou de representação definindo culturalmente o masculino e o feminino e modelando as identidades sexuais”. Questiona-se, por exemplo, se, no mundo do trabalho, “a feminização de certas profissões perpetua o desfasamento das posições entre homens e mulheres”, ou procura-se perceber “tudo o que dá sentido às actividades e aos estatutos respectivos dos homens e das mulheres, sondando, nas suas formas múltiplas, as funções e os reptos de todo o simbolismo sexuado, quer ele dimanar dos poderes, dos indivíduos ou dos grupos”¹². Estas posições ganham neste estudo uma evidente acuidade, pois estamos em face de uma especialização profissional – a parteira - que se desenrola em torno da mulher e do seu potencial de maternidade, numa área especificamente feminina, que vai ser depois controlada por instituições onde dominam homens, nomeadamente cirurgiões e médicos mas também a Igreja, que, em nome do interesse público, produzem discursos sobre a saúde e a reprodução, e especificamente sobre a natalidade e o parto. Discursos que são assumidos e legitimados pelo Estado, a partir do qual se constroem dispositivos ordenadores neste campo e uma apertada selecção dos agentes interventores (embora durante muito tempo a eficácia estatal demore a chegar aos vários lados, continuando a tradição a imperar em áreas periféricas do ponto de vista geográfico e social).

Não é mesmo possível, como já referimos no início, fazer uma análise da evolução sócio-profissional das parteiras numa perspectiva histórica anterior ao nosso século a partir delas mesmas, isto é, não se encontram textos ou documentos de outro tipo que configurem um discurso próprio de um grupo profissional feminino e preparado para

¹²THÉBAUD, Françoise - Introdução in *História das Mulheres no Ocidente - O Século XX*. Porto: Edições Afrontamento, 1991. p. 9-13.

exercer exclusivamente a sua acção junto das mulheres. O que se pode saber é indirectamente, através de inferências de outras áreas do saber, ou de textos legislativos e de literatura médica. Assim, sabe-se, através de uma informação documentada demograficamente, que nascer antigamente não era fácil, nem para a mãe, nem para o filho: os níveis de mortalidade neo-natal eram elevadíssimos e a mortalidade maternal assustadora, numa situação que só com o decorrer do século XIX se altera gradualmente de forma positiva. Daí podermos inferir que as condições de parto não poderiam ser as desejáveis: falta de higiene, incapacidade científico-técnica para afrontar os problemas patológicos, falta de profissionais adequados a vários níveis. Apesar desta estrita especificidade, os textos sobre obstetrícia são textos produzidos por homens: os manuais de partos, o jornalismo médico, os relatórios institucionais e a legislação. Só com o avançar do século XX a situação se altera ligeiramente. Trata-se, na verdade, de um campo profissional que tem sido fortemente marcado pelo que Keith Macdonald designa como a “invisível gramática do patriarcado” na sua adaptação aos modelos da modernidade social construída pelo capitalismo, a qual se revela a quatro níveis: remeter as actividades femininas para a área marginal do serviço doméstico ou, então, tentar a sua abolição; dispensar a mulher burguesa de actividade profissional, ocupando-a com tarefas domésticas; a valorização do conhecimento científico no mercado de trabalho, que favorece a ocupação das posições superiores ao homem, na medida em que o ensino das mulheres é especificamente desenhado para as actividades ditas femininas, sendo que à feminização de certos sectores corresponde desde logo uma desvalorização profissional e perda de reconhecimento social; tornar incompatíveis os papéis femininos (família, maternidade) com as profissões de estatuto mais elevado¹³.

Ora sabe-se que a parteira não emerge historicamente do meio hospitalar-religioso dos tempos medievais, que se traduzia na prestação de cuidados aos doentes, numa prática de

¹³MACDONALD, Keith - *The Sociology of the Professions*. London: Sage Publications, 1995. p.126-129.

caridade envolvida por uma mística de virtude pessoal e de pureza doutrinária que culminou na actividade de enfermagem¹⁴. Mulher hábil na arte de ajudar a nascer, a parteira terá começado a desempenhar a sua função por questões de solidariedade feminina, mãe que ajuda outra mãe, às vezes sua familiar, no trabalho de parto. O acto repetitivo da maternidade e a empatia pessoal para com o fenómeno terão habilitado certas mulheres a uma prática mais intensiva nessa arte de facilitar o nascimento, adquirindo um sentido ocupacional, que com o decorrer do tempo vai assumindo rituais próprios, conforme os valores e as representações de cada época, e que suscita a curiosidade e o controlo do poder político, incluindo a apetência fiscal traduzida no pagamentos de emolumentos para a concessão de licenças. A imbricação da actividade de parteira na enfermagem, em que esta passou a constituir uma etapa de formação prévia à sua específica formalização de saberes, configurando-se a parteira como uma especialidade da enfermagem, é, na verdade, o fruto de uma decisão político-administrativa inspirada pelo poder médico, crescentemente influente e dominante desde os finais do século XVIII, quando a figura institucional do representante do rei (Físico-Mor ou Cirurgião-Mor) passa a ser substituído por organismos mais corporativos, de que são exemplo a Junta do Protomedicato, depois o Conselho de Saúde Pública e outros organismos que actuam junto das áreas governamentais que tutelam os problemas da saúde, estruturados sobre uma caução científico-profissional que lhes confere uma legitimidade racional.

Ao falar de poder médico, tive em conta que, segundo Michel Foucault, o poder não se deve conceber como uma realidade com natureza, como algo de unitário e global, mas sim como “formas díspares, heterogêneas, em constante transformação”, como uma “prática social com dispersão”, que por isso se não pode reduzir à análise do Estado, pois expande-se por toda a sociedade e “assume as formas mais regionais e concretas, investindo em instituições, tomando corpo em técnicas de dominação”. Por isso o Estado

¹⁴COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989.

não é o foco de todo o poder social a partir do qual se pode explicar a formação dos saberes na sociedade capitalista: “foi muitas vezes fora dele que se instituíram as relações de poder, essenciais para situar a genealogia dos saberes modernos, que, com tecnologias próprias e relativamente autónomas, foram investidas, anexadas, utilizadas, transformadas por formas mais gerais de dominação concentradas no aparelho de Estado”¹⁵. Mas, nesta linha, o poder médico não surge como uma dominação absoluta, configurando-se antes como uma disciplina, com efeitos ordenadores e naturalmente também criativos.

Naturalmente que, com o decorrer da investigação, se levantam novas questões que acrescem às interrogações iniciais que serviram de ponto de partida.

Integrada desde tempos antigos no conjunto das artes médicas, ao lado de dentistas, algebristas, médicos, cirurgiões, boticários, por que razão esta actividade de parteira teve uma evolução diferenciada das restantes, não se constituindo como uma profissão no pleno significado deste conceito?

Por que razão é expulsa para a periferia dos saberes médicos, limitada na possibilidade de aquisição de conhecimentos, controlada na acção prática, responsabilizada pelo eventual desrespeito da sua área de acção, proibida de experimentação e até de utilização de meios de intervenção cuja eficiência e normas de utilização são entretanto reconhecidos?

O que esteve historicamente em causa foi a acção e o saber da parteira face aos outros saberes alternativos (o do cirurgião) ou o efeito das representações sobre a mulher, as suas capacidades e vocações, aspectos que marcaram a mentalidade ocidental, desde a religião à ciência? Não se reconhece hoje que a narrativa biológica oitocentista, emitindo juízos de valor, ajudou a naturalizar e a desenvolver um discurso onde a diferença sexual é a inferioridade da mulher, ocultando a explicação económica, social e cultural que produzem múltiplas situações de discriminação?

¹⁵ MACHADO, Roberto - Introdução, in FOUCAULT, Michel - *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. X-XIV.

É aqui que se torna indispensável utilizar o conceito de género como categoria de análise, não no sentido de se fazer aqui um discurso feminista, mas sim como forma de evitar a repetição de um discurso androcêntrico, no sentido de melhor apreender os reflexos das “construções culturais, da criação totalmente social das ideias sobre os papéis apropriados para mulheres e homens”, conforme diz Joan Scott¹⁶. Facto que tem consequências ao nível do ordenamento social, com uma divisão assimétrica do trabalho segundo os sexos, cujas representações se perpetuam em termos de construção da subjectividade. Assim, seguindo a definição de Joan Scott, perspectiva-se género como “um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças que distinguem os sexos” e ainda como “uma forma primária de relações de poder”¹⁷.

O problema das parteiras não pode, portanto, deixar de ser também equacionado segundo a dimensão do género, enquanto instrumento analítico que nos ajuda a descobrir áreas de conhecimento que tem sido esquecidas ou ocultadas, sobretudo na detecção dos problemas de relações entre os seres, relançando o debate para uma compreensão mais profunda da realidade¹⁸.

Estamos, na verdade, perante o território da mãe, resolvido durante milénios pelas mulheres, tantas vezes remetidas a um gineceu, como espaço físico ou social, que, de repente, passa a ser preocupação do homem, de forma positiva quando se traduz numa partilha, de forma negativa quando se torna num reflexo de dominação. Depois o processo de crescente medicalização da maternidade, o qual representa essencialmente uma acção de controlo sobre essa função feminina de reprodução biológica, veio de alguma forma ocultar esse problema de discriminação feminina, tanto mais que, em anos recentes, o acesso crescente das mulheres às profissões médicas, nomeadamente nas especialidades da

¹⁶ SCOTT, Joan W. - El Género : una categoria útil para el análisis histórico. In AMELANG, James S. A; NASH, Mary - *Historia y Género : Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. Valencia: Ed. Alfons el Magnanim, 1990. p.28.

¹⁷ Idem, *ibidem*, p. 21-56.

¹⁸BOCK, Gisela - La Historia de las mujeres y la historia del género: aspectos de un debate internacional. *Historia Social*. Valencia: UNED, nº 9 (1991), p.55-77.

saúde materna, representa uma inversão do processo. Pesquisas sobre a situação actual na Internet mostram-nos estudos actuais em que especialidades médicas como a obstetrícia estão agora a ser invadidas pelas mulheres em alguns países (caso dos Estados Unidos).

Eis um conjunto de questões que balizam o tipo de leitura que procurei desenvolver para produzir este trabalho, essencialmente de análise documental. Tendo como ponto de partida o Porto e as suas instituições ligadas à maternidade, pretendi equacionar os problemas de um ponto de vista local, na medida do possível, de forma a analisar os discursos e as realidades que aqui se produziam, sem deixar de as problematizar num âmbito mais geral. Para constituir uma base de informação sobre as parteiras, com a dimensão temporal pretendida, organizei a recolha de material da seguinte forma:

1. Pesquisa bibliográfica sobre história da medicina e cirurgia publicada em Portugal, com relevo para os numerosos trabalhos de Maximiano Lemos, Hernâni Monteiro, Ricardo Jorge, Alberto Saavedra, Costa-Sacadura e outros autores médicos do Porto, que nos oferecem os mais sistemáticos trabalhos sobre esta área.

2. Recolher a legislação que de alguma forma se relacionasse com a actividade e formação das parteiras. É de salientar que para a legislação mais antiga grande parte da legislação anterior ao século XIX se encontra transcrita em várias revistas médicas, nomeadamente nos Arquivos de História da Medicina Portuguesa, publicados no Porto nos finais do século passado, mas também em artigos de outras publicações.

3. Percorrer as numerosas revistas médicas (e outras) que se publicaram em Portugal, que nos vão dando conta das vivências conjunturais no ambiente médico, quer sob os pontos de vista técnico como profissional, detendo-me naturalmente sobre as questões da maternidade e da obstetrícia.

4. Recolher as teses inaugurais da Escola Médico-Cirúrgica do Porto relacionadas em geral com o parto e a maternidade, cerca de 50, de um total de cerca de 1300 casos.

5. Levantar a informação existente no Museu Maximiano Lemos relativas a parteiras: livros de matrículas, livros de diplomas e de registo geral.

6. Recolha de outros trabalhos avulsos relacionados com a temática a desenvolver, sem esquecer as obras de enquadramento geral e publicações estrangeiras.

Segue-se, agora, a apresentação de três capítulos, onde procuro expôr o trabalho substancial desta investigação. Num primeiro momento – *A parteira nas artes de curar* - debruço-me sobre os documentos mais antigos que pude encontrar com referências a parteiras e outras artes médicas, detectando a emergência das primeiras preocupações do poder central com a actividade e a concorrência crescente dos cirurgiões e as normas de aprendizagem e de examinação para o licenciamento da actividade. Num segundo momento – *A parteira no contexto médico (séc. XIX)*-, procuro contextualizar a revolução científica e o seu impacto ao nível da medicina e das disposições então criadas para a formação das parteiras, equacionando o papel da mulher, em geral e especificamente na área da saúde, teorizado ao nível das dissertações da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Por último – *As parteiras e a medicalização do parto* -, abordo as novas problemáticas da assistência materna, com a emergência de discursos contraditórios (neomalthusianismo e eugenismo) e de novas práticas de assistência (com relevo para as maternidades), procurando situar a formação das parteiras neste contexto, desde os cursos de partos nas faculdades à sua integração na enfermagem.

Para a consecução deste trabalho, diversos foram os contributos de pessoas que, desinteressadamente me sugeriram pistas, me forneceram indicações bibliográficas e arquivísticas ou mesmo discutiram alguns tópicos do conteúdo, ou ainda me criaram condições institucionais que me facilitaram a frequência do mestrado. Quero aqui deixar uma palavra de agradecimento a todas as pessoas que mostraram disponibilidade para, de alguma forma, me ajudarem ao longo do processo de investigação. Desde logo às responsáveis e colegas da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto pela criação de condições no âmbito profissional que me permitiram a frequência do mestrado. Na impossibilidade de referenciar todos os nomes, permito-me salientar particularmente os professores e colegas com quem tive o privilégio de partilhar o meu processo

formativo em Ciências da Educação (licenciatura e mestrado), com especial realce para a disponibilidade das doutoras Cristina Rocha e Manuela Ferreira. Quero exprimir um agradecimento muito sincero ao orientador desta dissertação, Professor Doutor José Alberto Correia, pelo apoio de sempre, pelos estímulos oportunos, pela confiança expressa, pela disponibilidade em orientar mais uma dissertação apesar da reconhecida sobrecarga profissional.

2. A PARTEIRA NAS ARTES DE CURAR

Num texto de tendências populacionistas, datado de finais do século XVIII, o intendente Luis Ferrari Mordau faz um curioso e veemente apelo à existência de parteiras, como condição para melhorar essa riqueza que se chamava população, ao mesmo tempo que estigmatiza as parteiras rurais por falta de conhecimentos e como causadoras da elevada mortalidade materna e neo-natal:

Pois que se dirá dos partos, e dos seus aprestes, e consequências? São precisas parteiras, examinadas nos campos, que não há, e pelas não haver, ou não prestarem, morrem neste acto muitas mulheres, e muitas crianças, pois assim como ha Medicos pagos, deve haver parteiras pagas, com o maior fundamento de que das mãos dos Medicos, vai se da vida para a morte, que não tem remedio, e das mãos das parteiras vem o Homem do nada para a vida, que se facilita com a boa assistência¹⁹.

Mas de que parteiras se pode falar no século XVIII? Que parteiras invoca o texto citado, que qualificações e atributos profissionais estão em causa? Parteiras examinadas, logo sujeitas a exame, parteiras pagas, logo profissionalizadas, parece ser o que se discute e o que se deseja, por contraponto com situações de inexistência de parteiras ou a existência de elementos que, por “não prestarem” deixavam morrer muitas mulheres na sequência dos partos. Parteiras examinadas que no campo faltavam, mas pode concluir-se

¹⁹MORDAU, D. Luiz Ferrari - Despertador da Agricultura de Portugal (finais do século XVIII). In AMZALAK, Moses Bensabat - O "Despertador da Agricultura de Portugal" e o seu autor o Intendente D. Luiz Ferrari Mordau, Lisboa: 1951. p. 54.

do texto que elas existem na cidade²⁰, devendo exportar-se este modelo para as zonas rurais. Temos, assim, de um lado, as parteiras com certificação através de um exame e, do outro lado, as chamadas “curiosas”, as mulheres habilidosas que por emergência, necessidade ou experiência iam acompanhando os partos, ajudando as mulheres suas familiares ou vizinhas em situações de maternidade. Que distância separava estes dois tipos de parteiras, no que concerne ao saber e à legitimidade do exercício da actividade de partejar?

2.1 - Normas sobre as artes de curar

Para compreendermos esta distinção que surge com as parteiras examinadas, temos de recuar pelo menos a 1631, quando surge o Regimento do Cirurgião-Mor do Reino, sistematização de um conjunto de medidas que já vinham de séculos anteriores no campo da medicina e da cirurgia. Na realidade alguns esforços de normalização das artes médicas por parte do Estado até são mais remotos. Há notícias de que D. João I, em 1430, proibiu a todo o homem ou mulher de usar de Física sem carta do Físico Real, tendo em conta o terem-lhe dito que *“algumas pessoas do nosso Senhorio asy Christãos, como Judeos e Mouros, se trabalham d’usar de Fizica nom sabendo tanto dello per que o devam fazer, e que porem perecem muitos, de que se segue mui gram dano, e por quanto esto sempre foi recusado em tempos dos outros Reis que antes nós foram, e nossa mercê e vontade hé que nenhuma pessoa nom uze dello salvo seendo examinado, e aprovado por aqueles que mais sabem pera poderem faser como devem”*, nomeando desde logo o Físico real, Mestre

²⁰Como produto do poder central que passa a certificar-las, a parteira examinada é naturalmente uma inovação urbana, tal como em França. Cf. GÉLIS, Jacques - *La sage-femme ou le médecin : Une nouvelle*

Martinho, para esse cargo, estabelecendo penas de prisão e tomada de bens para os infractores²¹. Estas medidas foram retomadas no Regimento do Físico-Mor, datado de 1476, confirmado depois em 1496.

Com argumentação semelhante e evocando os reis anteriores, surge em 1448 o Regimento do Cirurgião-Mor, no reinado de D. Afonso V, dando ordens gerais a todos os oficiais de justiça para prenderem quem usasse da arte de cirurgia sem licença²². Criava-se, assim, uma medicina oficial, em que a certificação sob controlo da instituição real era o grande elemento distintivo, à qual se deveriam sujeitar todas as artes de curar. Cumpria-se, assim, bastante cedo, uma etapa “profissional” que ajudou a medicina a constituir-se como uma das primeiras profissões, a etapa da licença concedida pelo Estado, sustentada num “saber” que o Físico-mor e o Cirurgião-mor asseguravam.

Segundo Ferreira de Mira²³, pelo alvará de 3 de Março de 1565, as parteiras não podiam exercer o seu officio sem prévio exame perante o cirurgião-mor e, a 6 de Outubro desse ano, nova lei obrigava que as parteiras, além daquele exame, fossem ainda aprovadas pela Câmara local no que se referia “à sua vida e costumes”. A exigência de exame pouco nos diz sobre a qualificação exigida, sendo de prever que não iria muito além dos procedimentos empíricos e usuais entre as mulheres de então, mas mostra-nos a dependência da acção das parteiras de outro saber presumidamente mais alto, em que se

conception de vie. Paris: Fayard, 1988. p. 23.

²¹AMADO, J.J. da Silva - Algumas considerações sobre a conveniencia de crear cursos de cirurgia em Lisboa, Porto e Coimbra. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. (1866), p. 224. Esta medida legislativa, que por curiosidade está registada no 1º livro de Vereações do Porto, foi recolhida pelo médico António de Almeida e, tal como outros documentos legislativos, publicados no *Jornal de Coimbra*, periódico publicado entre 1813-1820. Toda essa “Colecção de Documentos para a História da Ciência de Curar em Portugal” foi republicada depois nos *Archivos de História da Medicina Portuguesa*, vol. I (1877), em vários números, além de surgirem reproduções dispersas por outras publicações médicas.

²²Regimento do Cirurgião-Mor do Reino, dado por El-Rei D. Afonso V. *Gazeta Médica do Porto*. nº 244. (1850), p.422.

delegava poder para seleccionar e, logo, restringir os profissionais a habilitar. Por outro lado, a exigência moral revela a necessidade de actuação conforme aos padrões sócio-culturais, e naturalmente religiosos, obrigando a objectivar o comportamento de alguém que como profissional iria penetrar no seio das famílias e tocar numa corda sensível tanto da conjugalidade como de eventuais comportamentos ilegítimos de procriação.

Vamos, então, encontrar estes princípios sistematizados no novo “Regimento” de 1631, em tempo filipino, com referências explícitas à parteira, incluída num lote de profissões adstritas à arte de curar, ao lado de cirurgiões, dentistas, algebristas e sangradores, em que o exercício dessas profissões estava dependente de licença ou carta prévia do Cirurgião-Mor, sob penas diversas²⁴. Assim, para além de se obrigar a um assento em livro de registo de todos os profissionais, para conhecimento das circunstâncias em que obtiveram as licenças e se poderem mandar aonde fosse necessário,

²³MIRA, M. Ferreira - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947. p. 88.

²⁴ **Extracto do Regimento do Cirurgião-Mor (1631)**

A pena dos que se acharem usando de qualquer officio de cirurgia, sem licença, ou carta, serão dez mil réis somente, como está determinado no regimento do fisico-mor, e pela terceira vez serão condenados em um ano de degredo fora de Vila e Termo. E a pena dos que sangrarem, sem serem examinados, e aprovados, serão dez cruzados somente.

A pena das parteiras, e pessoas que concertão braços e pernas, e dão suadouros, tiram dentes, e curam doudos, sem licença, serão dois mil réis.

O dito Cirurgião-Mor, com dois cirurgiões, quaes lhes parecer, havendo-os de S.M., os escolherá, e com eles examinará todos os que houverem de usar o officio de cirurgia, e não os admitirá ao exame se não souberem latim, e terem praticado no Hospital da terra donde viverem; e não o havendo nela, provarem por instrumento, como praticaram quatro anos com o cirurgião, com quem aprenderam; e as cartas que passar aos que forem examinados, declararão os nomes dos cirurgiões, com quem os houver examinado; com declaração que nenhum dos cirurgiões, com quem o examinado houver aprendido, será adjunto do exame, e levará o cirurgião-mor dois cruzados, e cada um dos adjuntos um cruzado; e esta propina se lhes pagará assim dos aprovados, como dos reprovados.

E os cirurgiões aprovados pagarão das suas cartas da chancelaria um marco de prata.

O dito cirurgião-mor examinará os sangradores, depois de serem ensinados por seus mestres, e provarem que depois disso sangraram, e fizeram os mais officios diante de seus mestres, ou em algum lugar, ou Hospital, por tempo de dois anos.

Assim examinará as parteiras, sendo presentes duas, quaes lhe parecer; e da mesma maneira as pessoas que concertam braços, e que tiram dentes, e os mais que pertencem ao seu officio; e do tal examinado ou seja aprovado, ou não, levará seiscentos reis, e cada um dos adjuntos trezentos reis, e aos tais examinados passará o cirurgião-mor suas cartas, sem irem à chancelaria; e levará pelas tais licenças, três cruzados. [...]

Regimento do antigo Cirurgião-Mor do Reino. *Gazeta Médica do Porto*. nº 244 (1850), p. 409.

também se define de uma forma burocrática e hierárquica o campo de decisões em termos de “polícia de saúde”, ao estabelecerem-se as penalidades para os que usassem de ofício sem licença. Essa definição permite-nos apreender a hierarquia das várias artes de curar, bem como perceber a permissividade relativa que o Estado aceitava em relação a cada domínio:

1. Os que exercessem qualquer *ofício de cirurgia* sem licença pagariam dez mil réis, sendo ainda remetidos para degredo (para fora da Vila ou Termo) durante um ano à terceira infracção;
2. Os que sangrassem sem licença pagariam dez cruzados (4000 réis).
3. A infracção legal na prática das artes de parteira, de algebristas (*peessoas que concertão braços e perna*), dos que “*dão suadouros*”, dos dentistas e dos que “*curam doudos*”, é apenas castigada com dois mil réis.

O Regimento estabelece ainda as regras relativas à constituição dos exames para os cirurgiões: são pré-requisitos saber latim e ter tirocinado no Hospital local ou praticado durante quatro anos com outro cirurgião; em termos de júri, o Cirurgião-Mor escolhe dois outros cirurgiões para o efeito, desde que não sejam os que patrocinaram a aprendizagem do candidato; as propinas a pagar consistem em 4 cruzados para os examinadores (dois para o cirurgião-mor e um para cada adjunto) e pelo diploma (carta de chancelaria) um marco de prata, no caso de ser aprovado.

Aos restantes tipos de arte (sangradores, parteiras, dentistas) pedia-se-lhes prática de dois anos no Hospital; o júri, presidido pelo cirurgião-mor, integraria sempre dois mestres da arte respectiva; as propinas de exame importavam em 1200 réis (600 para o cirurgião e

300 para cada adjunto); pelas cartas de aprovação (que não precisavam de ir à chancelaria) pagavam três cruzados (1200 réis)²⁵.

Uma vincada hierarquia coloca, pois, o cirurgião no topo destas artes de curar, para quem pré-requisitos e emolumentos são os mais elevados. Parteiras, dentistas, algebristas pagam menos e as cartas de licença respectivas nem sequer vão à chancelaria. Mas todos estão sujeitos à supervisão do Cirurgião-Mor, que chamava a si a habilitação e a jurisdição sobre estas artes, desde que atestada a prática com profissionais afins.

Em todo o caso, o cirurgião tinha ainda de disputar a sua superioridade profissional com o físico. Como se infere da cronologia apresentada e é sublinhado por historiadores da medicina como Silva Carvalho, a criação do cargo de Cirurgião-mor foi mais tardia que a do Físico-Mor, tal se explicando pela diferença de estatuto, pois enquanto os cirurgiões eram “práticos sem a menor ilustração, que acompanhando outros como ajudantes durante alguns anos, adquiriam os mais elementares conhecimentos da arte”, os físicos ou médicos apresentavam alguma formação letrada, frequentavam cadeiras nas universidades, seguiam os livros dos sábios filósofos e teólogos, receitavam fármacos, encarando, no âmbito da religião dominante, de uma forma difusa, a doença como um acto divino para mortificar o corpo e torná-lo obediente ao espírito ou para preparar a morte. Muitos destes físicos eram monges que nos conventos liam livros e preparavam botica, não admirando que achassem indigno da sua condição o uso das mãos nos corpos sujos pelo pecado, embora o catolicismo que impedia a profanação dos corpos possa explicar este preconceito, pelo que deixavam esses serviços de cortar, sangrar, endireitar ou tratar de chagas a pessoas de baixa condição. Daí emergem os diversos especialistas das artes de curar, a que se passou a exigir exame e pagamento de emolumentos, já que a fiscalização provavelmente ficaria

²⁵ Cruzado: antiga moeda que valia 400 réis.

por apenas este controlo administrativo. Silva Carvalho descreve-nos muitos destes cirurgiões ambulantes que arrancavam dentes, operavam hérnias ou cataratas nos olhos, correndo, “de mochila ao ombro e apoiados a um bordão”, castelos, feiras e aglomerações urbanas, armando tenda, pagando-se de imediato dos seus serviços, só um outro se demorando nas cidades, dado o maior potencial de clientela²⁶.

Estamos, assim, perante a conhecida dicotomia entre expectantes e activos, que provoca uma “guerra” profissional entre médicos e cirurgiões que séculos mais tarde acabou por ser ganha pelos segundos, através da incorporação e crescente dominação dos saberes cirúrgicos na medicina.

A normalização que o Regimento do Cirurgião-Mor estabelece em 1631 não vai para além do direito legal do exercício da profissão²⁷, restringindo esse direito aos examinados e estabelecendo penas para os infractores, pois no campo da habilitações destes profissionais das artes de curar tudo se deixava ao mecanismo de reprodução assente no praticar com os profissionais mais velhos, havendo muitas referências no publicismo médico sobre as artimanhas e subornos para adquirirem a documentação habilitadora ao exercício. De resto, a exigência de deslocação à Corte para obtenção do exame era um sacrifício a que poucos se sujeitariam, ainda mais pairando a incerteza da aprovação e com a onerosidade exigida, pelo que os “não examinados” deveriam cobrir “sanitariamente” o país. O poder central logo reconheceria a necessidade de medidas de descentralização administrativa, pelo que em 17 de Agosto de 1740 foi publicada uma provisão, *“pela qual*

²⁶CARVALHO, Silva - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: separata de Portugal - Exposição Portuguesa em Sevilha. 1929. p. 8-9.

²⁷Em França, o primeiro regulamento que normaliza a profissão de parteira no conjunto de outras profissões médicas data de 1692. Cf. GÉLIS, Jacques - *La sage-femme ou le médecin : Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard, 1988. p. 44.

o Cirurgião Mor pode commetter aos Medicos de outras provincias tirar devassas dos casos conteídos em seu Regimento, e fazer exames" 28.

O quadro, do ponto de vista científico, era restrito: “os remédios heróicos de que usavam e abusavam era os cauterios, os fontículos, as sangrias gerais e locais, os vesicatórios, as purgas e os vomitórios”²⁹, ou seja, a aplicação das receitas galénicas, dado que as doutrinas de Galeno prevaleceram longamente na medicina ocidental. Dominando então a teoria dos humores, a doença era entendida como um desregramento em que um ou mais desses humores deixava de circular convenientemente no corpo, sendo, para os médicos activos, necessário desenvolver acções de desobstrucção, representadas por aqueles actos. A prática repetida desses exercícios levava os pacientes a morrer frequentemente mais da cura do que da doença.

Entretanto, os historiadores da medicina em Portugal salientam a falta de acompanhamento das descobertas que se iam fazendo no estrangeiro, nomeadamente no sentido da rejeição e superação de tais práticas, com a emergência da dúvida metódica, do uso da razão e da experiência, bem como da nova dicotomia cartesiana da separação do corpo e da alma: antes corpo e alma eram uma só realidade e a doença tinha como causa primeira Deus, sendo que para as causas segundas dominava a teoria dos humores ao lado de outras que remanesciam dos médicos da Antiguidade; agora a concepção cartesiana introduz uma ruptura completa na forma de encarar a doença, introduz verdadeiramente um novo paradigma científico, que vai modelar a modernidade, onde o corpo surge como realidade autónoma, como uma máquina que é preciso conhecer e reparar quando dos seus disfuncionamentos. Legitimava-se, assim, uma medicina mais interventiva e analítica,

²⁸CARVALHO, Silva, ob.cit., p. 46-47.

²⁹Idem, ibidem, p. 24.

onde o conhecimento da anatomia e da patologia se tornam imprescindíveis e se desenvolvem gradualmente, embora a ritmo desigual conforme os países e as culturas. As universidades, à medida que se ligarem aos hospitais, evoluirão para este campo de formação e de produção de saberes, mas tudo será muito lento. O alcance de algumas descobertas nos séculos XVII e XVIII não será atingido de imediato, outras só terão consequências práticas com novos desenvolvimentos e, finalmente, as formas evoluídas do saber ficavam sempre restritas a uma minoria, pois só com o correr das gerações se revitalizava o panorama geral do saber prático dos profissionais em exercício.

Para a explicação do atraso português neste domínio, não são alheias as perseguições a judeus e cristãos novos, grupos sociais de onde procediam os mais afamados médicos cirurgiões que se viam obrigados a emigrar, os quais, pela sua tradição de viajarem e estarem em contacto com várias culturas, acompanhavam mais de perto as inovações. Em todo o caso, sempre houve médicos portugueses a merecerem algum realce, nem tudo sendo escuridão científica.

Na área da obstetrícia e ginecologia, ou da saúde materna em geral, vários historiadores da medicina põem em relevo Rodrigo de Castro (1546-1662), lisboeta originário de uma família de médicos ligados à Corte, o qual fez os seus estudos em Salamanca. Os relatos que nos chegam sobre este médico apresentam-no, contudo, como uma verdadeira exceção no panorama médico português, que por isso vale a pena referenciar. Sendo médico de grande mérito junto da casa real, segundo Maximiano Lemos, terá sido por via da sua esposa, que lhe morreu de febre puerperal ao terceiro parto, que procurou coligir este tipo de conhecimentos, dada a “miseranda condição da mulher que, além das moléstias comuns, está sujeita às do sexo”. Neste sentido escreveu *De Universa mulierem medicina* (1603), livro que o consagrou como um dos criadores da

ginecologia. Maximiano Lemos sublinha o facto de ele comparar os sexos “opinando que a mulher não era inferior ao homem, debaixo de qualquer ponto de vista”. Segundo aquele autor, a obra recenseada estava dividida em duas partes, a primeira consagrada à anatomia e fisiologia dos órgãos genitais da mulher, a segundo à respectiva patologia e clínica, prestando grande atenção à hereditariedade, à concepção e à gravidez. Discutia o parto e suas condições, apresentava fórmulas de contagem do tempo da gravidez, defendia a amamentação materna. Abordava ainda as doenças comuns da mulher: causas que impedem o fluxo menstrual, amenorreia, hemorragias uterinas, tumores mamários, prolapso uterino, esterilidade, doenças durante a gravidez (a concepção monstruosa, as molas, a gravidez falsa, os vômitos e náuseas), doenças das puérperas e das mulheres que amamentam, aborto e cesareana, febre puerperal, ulcerações uterinas. Os autores posteriores elogiam-lhe as qualidades de método e de espírito prático, já que quase toda a obra, reconhecendo escritos de autores diversos que por vezes contestava, era sobretudo fruto das suas observações, embora fosse frequente a aceitação de várias superstições que ao tempo dominavam³⁰.

Era um caso raro, pois havia também, por parte de médicos e cirurgiões portugueses, um grande desconhecimento de línguas vivas, dado o tradicional privilégio do latim, o que os impedia de contactarem de imediato com os avanços científicos que se iam dando no exterior. Contudo, é importante salientar o papel de alguns cirurgiões estrangeiros que, desde os inícios do século XVIII, no Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, aplicavam

³⁰LEMOS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*. Lisboa: Manuel Gomes Editor, 1899, I vol. p. 260-270.

conhecimentos de anatomia e os ensinavam aos praticantes, passando-se mesmo a exigir aos pretendentes à carta de Cirurgia certidão de terem estudado anatomia³¹.

2.2 - A parteira examinada

Tal como está documentado para outros países, também em Portugal as parteiras examinadas tiveram uma origem urbana, como forma de estas comunidades resolverem os problemas ligados às mães e às crianças, não se resignando à explicação divina e ao princípio do pecado para explicar os insucessos da maternidade que na cidade atingiam maior volume e significado, dada a acumulação de gente de todas as condições sociais, sendo muitas das parturientes desprotegidas de apoio familiar³². Para assegurar funções na comunidade se criavam “partidos” (contratos) municipais, tanto para médicos como para parteiras, e se procedia a um controlo sobre as pessoas que estavam em condições de exercer a profissão, algumas das quais a exerciam por sua conta e risco, produzindo-se para o efeito um serviço de registo, em conformidade com o que a lei preconizava.

Algumas referências a situações de registo de licenças para exercer as artes de curar, podem encontrar-se num minucioso trabalho de pesquisa documental de J. A. Pinto Ferreira³³ sobre o Arquivo Histórico Municipal do Porto (Casa do Infante) e publicado no Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto em 1961. É-nos aí disponibilizada uma longa lista dos registos efectuados no Porto para esse efeito, lista que se inicia precisamente com o registo de licença da parteira Maria da Cunha em 1667 (Livro 3º do

³¹CARVALO, Silva, ob. cit., p. 23.

³²GÉLIS, Jacques - *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard, 1988. p. 23-39.

Registo Geral, fl.303), a que se desfia depois um rol de sangradores, dentistas, cirurgiões, algebristas, curadores de tinha, emplastradeiras, boticários, alguns dos quais acumulavam algumas destas actividades.

A leitura de algumas cartas mostra-nos o mundo fabuloso em que decorria o licenciamento das artes de curar, o seu carácter hereditário, com os “segredos” da arte a transmitirem-se geracionalmente, e permite-nos desde logo observar que o cumprimento da lei, nomeadamente nos procedimentos para verificação de conhecimentos, estava, de facto, longe de ser seguido à risca pela própria autoridade, havendo uma grande margem de arbítrio por parte da tutela. Veja-se a exemplar carta que confere licença de meia-cirurgia a Giraldo Gram Mestre, de Braga, *“para que ele possa curar cancos, tinha, e toda a casta de nascidas, porquanto cura há muitos anos com bom sucesso, sem que dele haja queixa e que estas curas fazia seu pai Domingos Fernandes Gram Mestre. E por ter notícia e informação por várias pessoas, que ele fazia as ditas curar com remédios específicos e particulares, por cuja causa e conveniência que se segue ao público o dou licença para que ele possa curar dos ditos achaques, sem embargo de não ser cirurgião nem saber as regras gerais desta arte, porque o não mandei examinar e pelo ter feito até agora as ditas curas com sucesso, sem que houvesse até agora quem se queixasse de que ele fizesse cura errada”*. E a carta inseria ainda as habituais indicações para que se as autoridades encontrassem alguém a exercer o mesmo ofício lhe marcassem um prazo para se apresentar perante o Cirurgião-Mor, podendo o dito Giraldo denunciar às justiças sobre as mesmas circunstâncias.

³³FERREIRA, J. A. Pinto - Alguns documentos do Arquivo Municipal de interesse para a História da Medicina Portuense. *Boletim do Arquivo Municipal do Porto*. vol. XXIV, fasc. 3-4, p. 515-542.

O desvio à lei deveria estender-se oportunisticamente a todas as artes de curar, como de resto a todos os domínios da sociedade. Daí que os delineamentos institucionais, a partir de leis, regimentos ou regulamentos, tenham uma validade relativa, ajudando-nos sobretudo a esboçar os grandes quadros nos quais se movem os actores sociais com os seus jogos de poder e as suas estratégias. Em todo o caso, num trabalho que privilegie uma dimensão sócio-histórica e pretenda estabelecer linhas evolutivas, a legislação e os procedimentos burocráticos dela decorrentes são o principal e frequentemente único elemento documental, indispensável para apreendermos realidades, comportamentos e ambientes.

Neste contexto, prestemos atenção ao procedimento burocrático da parteira, através da primeira carta de parteira, atrás referida, exemplo de um modelo que se repete com poucas variações: o Físico-Mor, que acumulava com o cargo de Cirurgião-Mor dava licença a Maria da Cunha *“para que ela possa usar o ofício de comadre a que commumente chamam parteira e juntamente dar suores, em todos os reinos e senhorios de Portugal”*, uma vez que tinha sido examinada por dois médicos a quem dera comissão, pedindo às justiças que a deixassem exercer livremente, mas para isso a parteira devia ainda jurar *“na Câmara da dita Cidade do Porto aos Santos Evangelhos que bem e verdadeiramente usará do que dito é, como cumpre ao serviço de Deus e de Sua Majestade e proveito do povo”* (Vd. AnexoI).

Maria da Cunha foi, portanto, examinada apenas por médicos, não sabendo nós os conteúdos que foram objecto de questionamento nem os níveis de aceitação das respostas. Em todo o caso passa a estar oficialmente apta para o exercício da arte de partejar, a que neste caso juntava ainda o de “dar suores”. A atribuição do poder de exercício pela

autoridade suprema era, portanto, determinante, podendo mesmo, a partir daí, ela própria denunciar e exigir justiça sobre as “comadres” que não pudessem apresentar licença.

Poderiam as parteiras “examinadas” fugir a um quadro deste género, elas que se habilitavam junto de outras “comadres” e podiam, além disso, invocar frequentemente a sua experiência pessoal e/ou social na arte de partejar? Que poderiam elas aprender ou demonstrar junto de cirurgiões cuja sabedoria deixava tanto a desejar. Mesmo nos hospitais, o parto operatório não se praticava, por insuficiência dos cirurgiões!

No que respeita à divulgação do conhecimentos conhecem-se referências de manuais já para o século XVIII, embora se possa questionar se as parteiras seriam suficientemente letradas para lerem e perceberem o que se publicava. Em geral poder-se-á mesmo dizer que seria melhor seguir a prática, fazer o que era o costume em tais casos, do que ler a literatura existente. Em 1725, surge um manual, em tradução, de Sebastião de Sousa, intitulado *Luz de Comadres e Parteiras*, que pretendia servir de instrução a parteiras e cirurgiões, decisão que tomara depois de ter visto morrer uma parturiente assistida por três comadres, “Mestras velhas”, sem que lhe tenham dado algum remédio, e por saber que todos os dias ocorriam situações idênticas por “erro e ignorancia das Comadres”.

As soluções que este médico se propõe ensinar às comadres são, naturalmente, pouco ortodoxas ou do campo das superstições, mas exprimem uma forte e conhecida vontade de medicar para actos que deveriam decorrer em situações de grande normalidade. Receita, por exemplo, para facilitar o parto ou apressá-lo, a colocação de folhas de loureiro mastigadas sobre o umbigo, ou untar o ventre com óleo de víboras. Ou ainda “duas oitavas de pó de testículo de cavalo, que não morresse de doença, secco no forno, e dado em duas onças de vinho branco” ou uma pele de cobra cingida à barriga de modo a tocar a carne. Ou então “caganitas de cabras montesinhas bebidas com alguma cousa

aromatica, expellem a criança e as pareas”. E para lançar as páreas não faltavam outros xaropes e mezinhas, como “pós de três ouriços marinhos em vinho odorífero; figados de cobra feitos em pó e dados em vinho ou caldo de galinha ou “pó de parea de primeiro parto” em caldo de galinha bem açafreado. Para provocar os puxos, fazia-se uma aplicação de fel de galinha negra sobre o ventre e as mulheres não deviam parir deitadas, antes sentadas ou de pé. Para verificar se as dores de parto eram verdadeiras ou falsas, queimavam-se sementes de coentro seco em brasas que se punham entre os pés da mulher que estava com dores, as quais aumentariam ao receber o fumo por baixo no caso de serem verdadeiras ou diminuiriam se fossem falsas; para curar “a madre quando sai fora ou aboca” aplicava-se fumo da pele de cobra por um funil ou untava-se com mel e deitava-se por cima “pós de priapo de boy”³⁴. Um sem acabar de soluções para dar “luz às comadres”!

Mais tarde, em 1772, surge, de Manuel José Afonso e José Francisco de Melo, o *Novo Método de Partear*, publicando-se nesse ano uma tradução de Raulin, *Breves Instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias*. Apesar da distância cronológica estas obras de médicos não oferecem nenhum salto qualitativo, como reconhece Hernâni Monteiro. Valeria às parteiras em geral e às das províncias particularmente o não saberem ler! Um só exemplo, relativo aos dois primeiros autores: quando um feto nascesse com “poucos alentos de vida” aconselhavam a introdução pelo recto de “fumo de hum pouco de tabaco de rolo”³⁵. Outras artes de curar, tiveram também por esta época os seus manuais, tanto sangradores e cirurgiões, como os boticários e os clínicos, num tipo de obras que se multiplicam no decorrer do século XVIII

³⁴Cit. por MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*, Porto: 1926. p. 167-172

³⁵MONTEIRO, Hernâni, ob. cit., p.173.

e cujos padrões científicos não deviam andar muito longe dos apresentados, como se pode verificar pelos muitos exemplos que Hernâni Monteiro nos fornece.

O que se torna interessante observar é o comentário, eivado de preconceito, que a literatura médica recente, fortemente dominada por discursos de origem masculina, expõe a respeito das parteiras, a partir destes textos que, afinal, eram produto de homens médicos ou cirurgiões. As recomendações dos médicos funcionam para estes críticos como se fossem as práticas das parteiras, embora seja de admitir que as habilidades destas não andassem muito longe dos modelos impressos com que os médicos as queriam instruir, sobretudo as mais instruídas, o que poderá ajudar a explicar as tradicionais dificuldades das examinadas para exercerem a sua profissão, quase sempre suplantadas pela “comadre” mais próxima .

Veja-se um autor consagrado como Maximiano Lemos. Abordando os desenvolvimentos da obstetrícia no século XVIII em quatro escassas páginas, começa por afirmar: “A obstetrícia, que no século XVIII se achava já constituída definitivamente como ciência e que seguia no trilho aberto por Rhodio, Guillemeau, Portal e La Motte, entre nós era relegada para as matronas ignorantes, e nenhuns documentos nos restam da instrução que recebiam. Os próprios autores dos tratados de medicina e cirurgia quase se não ocupam do assunto, prova de que não fazia parte dos conhecimentos exigidos ao prático”. Faz depois uma síntese dos trabalhos de Fonseca Henriques — *Socorro Delphico* —, autor que trata questões ligadas à concepção e ao parto, e de Monravá e Roca — *Novíssima Medicina* — que trata de acidentes no parto, para finalmente, na quarta página, ao referir as três obras sobre a arte de partejar acima citadas, disparar lapidarmente: “Trabalhos exclusivos de obstetrícia, encontramos três, todos eles insuficientes, e em harmonia com a deficiência de conhecimentos das matronas para cujo uso eram

destinados”³⁶. Ou seja, as destinatárias das obras eram as culpadas das insuficiências científicas dos produtores dos textos!

Posição idêntica assume Hernâni Monteiro que, à falta de documentos sobre as práticas de partejar, assume implicitamente os livros referidos acima como demonstrativos das práticas das parteiras. Assim, interroga-se:” Que instrução tinham as parteiras antes da criação de um curso regular, em 1836?” E responde: “Lendo o pitoresco livrinho ‘Luz de Comadres’ [...]. Ou seja, na impossibilidade de conhecimento de uma prática não institucionalizada, com muito de informalidade, reporta-se a um livro produzido por um eventual cirurgião, que pretendia transmitir uma mensagem escrita pretensamente científica a comadres que por não saberem essas práticas eram consideradas ignorantes, reconhecendo-se simultaneamente que raras sabiam ler!

O que se parece passar é um fenómeno idêntico ao que se passava em França³⁷. São os cirurgiões os profissionais chamados para os partos “contra natura”, dado usufruírem o privilégio de só eles poderem usar os instrumentos cortantes e operar sobre os corpos. Ao serem chamados para estes partos difíceis, que as comadres não podem resolver, expandem a sua superioridade e tendem a teorizar sobre a gestação, a gravidez e o parto, tanto mais que fazem dissecações, nomeadamente através de cesarianas efectuadas quando a parturiente já está morta. Isso permite-lhes produzir algum conhecimento e legitimar o seu discurso, ainda que às vezes profundamente marcado pela extravagância, como se pode verificar quando esse discurso foi editado como no caso dos manuais acima citados. Multiplicam-se estes textos de homens sobre mulheres, não só no campo do parto, mas sobre os vários domínios da maternidade, mas não mudam o essencial: o parto é um

³⁶LEMOS, Maximiano, ob. cit, vol. II. p. 147-150.

assunto de mulheres e continuará a sê-lo sempre que não há perigo, subsistindo os ritos e os saberes próprios das mães. O que se verifica, entretanto, é a lenta mas persistente intromissão do cirurgião nas questões da maternidade, procurando chamar a si uma arte que era basicamente feminina, ultrapassando pudores e saberes ancestrais e aí introduzindo novas receitas que hão-de conduzir gradualmente à medicalização do parto.³⁸

Neste contexto, o enviesamento da leitura médica desfavorável à parteira multiplica-se por efeitos de reprodução, sendo de sublinhar que se trata, tal como diz Jacques Gélis, de “uma campanha bem orquestrada” que corre a Europa desde os meados do século XVIII, por detrás da qual está a ambição dos cirurgiões em exercer a obstetria e afastar as parteiras, uma campanha que retoma o fervor medieval de campanhas anteriores que combatiam as parteiras por práticas de feitiçaria, só que agora a parteira já não é agente do Diabo mas sim o rosto do obscurantismo no século das luzes. Das parteiras a resposta foi débil, sublinhando Gélis que só na Inglaterra se publicaram alguns textos a denunciarem a ignorância e a ganância dos cirurgiões, o abuso na utilização dos instrumentos que não sabiam dominar, o afastamento e interdições que impunham às parteiras que procuravam melhor formação³⁹.

Uma campanha que só começa a ultrapassar-se em Portugal, de forma marginal, por parte da nova geração de etnógrafos, a partir dos finais do século passado, que surgem naturalmente mais compreensivos, sobretudo para com as parteiras espontâneas e curiosas, como se pode ver por um pequeno extracto (editado em 1924) de Alberto Braga sobre a zona de Guimarães, que as apresenta como “mulheres de habilidade, fecundas

³⁷KNIBIELHER, Yvonne ; FOUQUEY, Catherine Fouquet - *Histoire des Mères*. Paris: Ed. Montalba, 1977. p. 41.

³⁸Idem, *ibidem*, p. 56-78.

parteiras que são mães de muitos filhos, aprendendo no laboratório do seu próprio partejar, essa arte de toques, de puxos e de sondagens, velhotas por vezes já no descanso da postura, que aliam ao seu saber obstétrico um calendário cortido de superstições inerentes ao acto e sequentes funções das puérperas... Ainda mais: a superstição é uma parte da base do seu modo de vida, do seu operar, do seu saber de experiência feito, é por assim dizer a preventiva desinfecção dos males, dos ares, dos maus olhados, dos demónios, do corpo e do espírito, enfim”⁴⁰.

2.3 - A emergência do novo poder médico

A tradição corporativa de criação de formas de companheirismo entre os profissionais também se verificou entre as artes médicas. Nos principais núcleos urbanos, os médicos, cirurgiões e boticários organizaram-se em confrarias, sob a invocação de S. Cosme e S. Damião. Segundo Silva Carvalho, houve organizações dessas em Lisboa, Santarém, Rio de Janeiro e Baía. Mas, numa linha diferente, correspondendo já a preocupações de debate entre profissionais, surgem as academias, reuniões de sábios dos tempos iluministas, que alguns médicos tentam também criar em Portugal. Em Lisboa, surgiu a primeira associação de objectivos meramente científicos - *A Sociedade Médico-Lusitana* - no segundo quartel do século XVIII, seguida de outra no Porto, em 1848, a *Real Academia Cirúrgica Proto-Typo-Lusitana Portuense*, logo desactivada, mas reerguida pela Academia Médico-Portopolitana. No âmbito desta disposição para informar e discutir,

³⁹GÉLIS, Jacques - *La sage-femme ou le médecin : Une nouvelle conception de vie*. Paris: Fayard, 1988. p.102-107.

⁴⁰GUIMARÃES, Alberto V. Braga - *Tradições e usanças populares*. Esposende: 1924. Cit. Por MONTEIRO, Hernâni, ob. cit., p. 175.

surgia, em 1749, o periodico médico, o *Zodiaco Lusitano-Delphico- Anatomico, Botanico, Chirurgico*. Neste âmbito, o grande animador da vida associativa portuense, era o médico Manuel Gomes de Lima, que face ao insucesso daquelas associações tenta uma nova edição do modelo dez anos depois, com a Academia Real Cirúrgica Portuense, que deu origem ao periódico *Diário Universal de Medicina, Cirurgia e Farmácia*. (1764-1772), tendo Gomes de Lima ainda assinado, entre outras obras, *as Memórias Chronologicas e Críticas para a Historia da Cirurgia Moderna* (1762). O projecto de estatutos da Academia Real Cirúrgica Portuense (1759) também previa formação intensiva para as parteiras: “*desde maio até outubro se occuparão os consultores todos na instrução das parteiras da cidade e suas vizinhanças fazendo-lhes conhecer as partes da geração e como devem acudir às mulheres e aos fetos nas diversas conjunturas dos parto*”. E, para garantir a possibilidade de exercícos práticos com parturientes, propunha-se mesmo dar o sustento “*nos dias de parto, aquelas mulheres pobres que queiram entregar-se ao tratamento dos ditos consultores e parteiras*”⁴¹.

Este projecto de academia, que visava essencialmente criar uma espécie de corporação de cirurgiões, procurava deste modo intensificar e controlar a formação das parteiras, dentro das perspectivas higienistas de então.

Na verdade, o atraso dos portugueses relativamente ao progresso estrangeiro gerava discussão nos meados do século XVIII, por intermédio dos “estrangeirados”, homens de cultura, viajados e experientes, que criticavam, nos variados domínios, as práticas castiças e acreditavam no progresso que levaria à descoberta de técnicas para resolver todos os problemas. Neste contexto, ganha relevo o contributo de Ribeiro Sanches que, tendo

⁴¹Projecto de estatutos da academia real cirurgica portuense, proposto à aprovação do governo em 1759 - *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*. 1866-67, p. 248

estudado em Coimbra, Salamanca, foi depois para Londres, Marselha, Leyde, vindo a ser médico da czarina Catarina, da Rússia, e publicou em 1763 o seu *Methodo para Aprender e Estudar Medicina*. Defendia uma instrução secundária, preparatória do estudo da Medicina (incluindo grego, latim, matemática e filosofia), a criação de hortos botânicos, laboratórios e um hospital escolar, o acompanhamento das últimas novidades e métodos, a ligação da medicina à cirurgia, que deveriam ser exercidas pelos mesmos profissionais, sugerindo o fim dos antigos cirurgiões. Estas ideias repercutem-se directamente na reforma pombalina da Universidade de Coimbra: com efeito, aí se exigia o conhecimentos das línguas grega e latina, se recomendava o francês e inglês, e se tornava obrigatório o estudo da Filosofia, Matemática e Física; terminados os preparatórios, iniciava-se o curso médico, estudando-se no 1º ano, Matéria Médica e Prática Farmacêutica; no segundo ano, teoria e prática de Anatomia, Operações Cirúrgicas e Obstetrícia; no terceiro e quarto anos, as Instituições Médicas (História da Medicina, Fisiologia, Patologia, Semiótica, Higiene e Terapêutica), acompanhadas de clínica hospitalar, aspecto este a que se dedicava todo o quinto ano. Sob o ponto de vista formal, a exigência passou a ser claramente de nível muito mais elevado, já de acordo com os padrões universitários dominantes na época, mas apesar da contratação de especialistas estrangeiros para a Universidade de Coimbra, continuava a imperar um nível científico claramente insatisfatório⁴², e, sobretudo, não havia produção suficiente de médicos para as necessidades do País.

A formação paralela, nos moldes tradicionais, continua portanto a fazer-se. Os hospitais, nomeadamente o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, mas também os hospitais militares do Porto, Chaves, Elvas e Tavira, mantiveram e desenvolveram as suas

⁴²CARVALHO, Silva, ob. cit., p. 31-32.

escolas práticas de cirurgia, sobretudo no primeiro, dado o aproveitamento que o “material do estudo” do banco do Hospital propiciava, aí se desenvolvendo a prática das autópsias para verificar as lesões correspondentes às doenças diagnosticadas. Mais tarde é a própria Casa Pia de Lisboa que, através do Colégio de S. Lucas, mantinha aulas de Anatomia teórica e de Partos (com práticas no Hospital de S. José), frequentada por cirurgiões e parteiras, além das cadeiras de Química e Farmácia. Esta foi uma das variadas acções do intendente da Polícia Pina Manique, que, entre outras medidas, enviou médicos para Inglaterra e Dinamarca a fim de se habilitarem e transmitirem no País os progressos realizados, prática depois seguida por outros responsáveis pela administração. Diz Silva Carvalho, que, em Lisboa, “as parteiras começaram a ser postas de parte, recorrendo-se aos cirurgiões que tinham ido habilitar-se na Inglaterra e Dinamarca”⁴³.

A reforma universitária, que conferia um novo estatuto social aos novos médicos, nomeadamente a sua preferência na colocação sobre os médicos e cirurgiões tradicionais, vai depois ter a sua repercussão ao nível da administração. Alguns autores, como por exemplo Maximiano Lemos, relatam-nos esta longa e surda luta com o Físico-Mor, normalmente um protegido real, que tinha o privilégio de conceder licença tanto a médicos que só tinham dois anos de prática como aos que tinham os seis anos exigidos na Universidade, ou os que iam cursar apenas dois ou três anos a Salamanca, tudo ficando a seu arbítrio. Os universitários acusavam o Físico-Mor de passar cartas a “pessoas indoctas e não graduadas”, promovendo e legitimando os “mata-sanos” e os “idiotas” (os que não tinham formação alguma), apesar das determinações régias em sentido contrário, num conflito que remontava já ao século XVI, ainda ao tempo em que a Universidade era em Lisboa. É certo que o alvará de 12 de Maio de 1608 determinou que o Físico-mor não

⁴³CARVALHO, Silva, ob. cit., p. 37.

podia dar licenças a médicos “idiotas” para exercerem em locais onde houvesse graduados pela Universidade de Coimbra, podendo fazê-lo para outros locais⁴⁴. Em 1740, permite-se ao Cirurgião-Mor “cometter” a médicos de outras províncias o tirar devassas (instaurar processo criminal) aos cirurgiões, sangradores e parteiras que exerciam a arte sem licença e lhes fizessem exame, para evitar de os obrigar a irem à Corte⁴⁵.

A situação que conferia privilégios especiais ao Físico-Mor e ao Cirurgião-Mor vai desaparecer em 1782, com a publicação da lei que cria a *Junta do Protomedicato* e extingue aqueles cargos (embora mantendo os regimentos anteriores nos restantes aspectos), para satisfazer diversas representações que à Rainha tinham chegado sobre a ineficácia reinante e os prejuízos causados pelo "*pernicioso abuso, e estranha facilidade, com que muitas pessoas faltas de principios, e conhecimentos necessarios, se animam a exercitar a faculdade de Medicina e arte da Cirurgia, e as frequentes, e lastimosas, desordens praticadas nas boticas*"⁴⁶. A Junta do Protomedicato era uma verdadeira emanção do poder médico universitário, que, passando a referendar todos os diplomas de medicina e cirurgia, tinha como objectivos combater os considerados curandeiros tradicionais, ainda que perfeitamente legalizados, padronizando o nível de exigências de conhecimentos médicos pelos ministrados nas universidades, onde persistia a divisão quer em estudos, quer em funções entre médicos e cirurgiões a que não faltava, portanto, uma perspectiva corporativa. Com a reforma pombalina, ao nível da medicina, ficava definitivamente proibida a concessão de licenças a médicos que não tivessem frequentado a Universidade, mantendo-se o modelo tradicional para as outras artes de curar, embora os

⁴⁴LEMOS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*. 1º vol. Lisboa: Manuel Gomes Editor, 1899. p. 184-192.

⁴⁵*Arquivos de História da Medicina Portuguesa*. Vol. IV (1894), p. 178-180.

⁴⁶ LEMOS, Maximiano, ob. cit., p. 355.

lugares de topo na administração médica passassem para os médicos universitários. No entanto, a Junta foi dissolvida em 1809, voltando-se ao modelo do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor.

Entretanto, com esta nova etapa do poder médico em Portugal, os reflexos sobre as parteiras são evidentes a vários níveis. Para além da já referida maior intervenção dos cirurgiões nos partos, sublinhe-se a limitação das funções de parteira e a obrigatoriedade de, nos partos complicados, chamar o cirurgião. Situação que se pode ver na carta de parteira de Joana Maria de Melo, do Porto, em 1785, que os deputados da Junta do Protomedicato *“deram por aprovada debaixo do juramento que tinham recebido, como constou da certidão que nos apresentou, com declaração porém que a todo e qualquer parto que assistir, demorando-se vinte e quatro horas ou sendo dificultoso, não usará de remédio algum, antes logo chamará cirurgião aprovado para assistir ao referido parto. E com estas cláusulas lhe mandamos passar a presente carta⁴⁷ (Anexo II).*

Outra forma de percepcionarmos o peso da Junta do Protomedicato e portanto do poder médico institucionalizado sobre as parteiras é seguirmos no tempo a atribuição de cartas de parteira. Segundo o trabalho já citado de J. A. Pinto Ferreira, sobre os registos existentes na Câmara do Porto, podemos apreciar essa evolução através da listagem seguinte:

⁴⁷Transcrita por FERREIRA, J.A. Pinto, ob. cit., p. 529-530.

**Quadro I - Registos de cartas de parteira na Câmara Municipal do Porto
(1667-1804)**

Nome	Data de registo	Localização no Arquivo-Registo Geral
Maria da Cunha	1667	Livro 3º Fl.303
Clara de Almeida	1721	Livro 8º Fl.11
Mariana de Barros	1739	Livro 8º Fl.534vº
Águeda Pereira Nunes	1739	Livro 8º Fl.553vº
Genoveva dos Santos	1784	Livro11º Fl.399vº
Quitéria Maria	1784	Livro11º Fl.403
Joana Maria de Melo	1784	Livro11º Fl.405
Margarida Teresa de Faria	1784	Livro11º Fl.447 vº
Rita Escolástica	1784	Livro11º Fl.449
Ana Maria	1785	Livro11º Fl.588
Josefa Maria de Jesus	1786	Livro12º Fl.139vº
Ana Gertrudes	1786	Livro12º Fl.145
Antónia Maria	1786	Livro 12 Fl.164
Serafina Jacinta	1787	Livro 12 Fl.271vº
Mariana Luísa Josefa de Morais	1788	Livro 12 Fl.283
Ana Maria de Oliveira	1788	Livro 12 Fl.291
Angela Domingues	1788	Livro 12 Fl.296 vº
Luísa Antónia	1788	Livro 12 Fl.314
Teresa Moreira	1789	Livro 12 Fl.356
Tomásia Maria	1790	Livro 12 Fl.383
Ana Joaquina Séria	1791	Livro 13 Fl.78
Rosa Maria	1791	Livro 13 Fl.84
Josefa Maria	1792	Livro 13 Fl.168vº
Maria Josefa	1792	Livro 13 Fl.171
Antónia Francisca dos Santos	1794	Livro 13 Fl.295
Ana Josefa Pinto	1794	Livro 13 Fl.300
Maria Rosa de Jesus	1795	Livro 13 Fl.336vº
Ana Maria de Jesus	1795	Livro 13 Fl.352
Rosa Maria de Jesus	1797	Livro 14 Fl.33 vº
Maria dos Santos	1798	Livro 14 Fl.130
Teresa Violante de Jesus	1803	Livro 15 Fl.262
Ana de Jesus	1804	Livro 16 Fl.42

São ao todo trinta e duas cartas de parteira para a cidade do Porto, ao longo de 137 anos, com a característica de quase todas elas (com excepção de quatro) serem posteriores a 1782, data em que a nova autoridade de saúde passa a ser a Junta do Protomedicato, no período autoritário do pombalismo. Isto mostra que anteriormente os Regimentos deviam

servir para pouco na dinâmica social da arte de partejar. A “curiosa” da vizinhança deveria dominar a situação, tudo se resumindo a actos de entreajuda no seio restrito da família e do lugar: já se nascia antes de aparecerem os diplomados (parteiras e médicas) e assim continuou a ser quase até aos nossos dias. Para se lhes reconhecer uma utilidade sistemática os profissionais desta área terão de mostrar conhecimentos acrescidos suficientes para resolver as complicações eventuais do parto que se traduziam numa mortalidade elevada para a mãe como para a criança, ou garantir à parturiente e ao recém-nascido uma maior qualidade de serviços através de técnicas que acrescentem bem-estar. Quer dizer, o espaço profissional raramente se cria por decreto, é preciso conquistá-lo por demonstração da qualidade dos serviços prestados: por maior rigor que eventualmente houvesse na aplicação das leis, o número de parteiras e médicos de que há notícia de certificação era irrisório e seria sempre insuficiente para resolver os inúmeros partos correspondentes à dinâmica de reprodução de famílias.

No entanto, a partir de 1784 surge a concessão de várias licenças por ano, revelando que haveria mais fiscalização ou que as “comadres” começavam a achar mais seguro ou conveniente, face à maior influência do poder médico, obter a legalização. Deveria sentir-se uma maior pressão higienista para a formação de profissionais dada a crescente preocupação com as crianças em geral, em que o grande problema era a mortalidade elevada. Em suma, deveria existir mercado para que mais mulheres achassem valer a pena a dedicação à arte de partejar.

A uma destas parteiras, já integrada profissionalmente, parece referir-se a nota histórica fornecida por Hernâni Monteiro: fala-nos de Ana Gertrudes, que desempenhava o cargo de parteira no hospital da Ordem de S. Francisco, no Porto, “recebendo de cada parto ordinário 480 réis e do baptizado 240 réis (espórtulas depois elevadas para um total

de 960 réis, incluindo o baptizado)”, a quem foi depois (em 1794) aumentado o partido anual em meia moeda, sendo, por isso, obrigada a ir a casa das irmãs da Ordem que estivessem de parto em suas casas para observar o seu estado⁴⁸.

A preocupação com as parteiras, que lhes começa a abrir uma verdadeira possibilidade profissional, inclui-se, então, numa questão mais geral, que é da valorização da população, da mortalidade e da criança, num discurso tanto ligado a ideias populacionistas como à dignidade humana no contexto iluminista europeu, com reflexos em Portugal⁴⁹. É notória nos finais do século XVIII uma maior preocupação com a população, particularmente com a mortalidade infantil, procurando-se dominar os níveis elevados que se atingiam neste domínio, surgindo uma vasta literatura sobre a maternidade, os cuidados e a alimentação de recém-nascidos e crianças, com discussões sobre os tipos de leite, o papel das amas ou sobre a educação. Uma vasta produção literária no domínio da puericultura é apresentada em academias e periódicos, tal como acontece com a literatura médica. Registam-se, então, em Portugal livros, memórias e artigos em vários domínios por parte dos médicos, filósofos e pedagogos, sendo muitos desses textos resumos ou mesmo traduções de obras estrangeiras. Há, de facto, nos finais do século uma crescente preocupação com a criança, declaradamente com os cuidados da grávida e os primeiros tratamentos do recém-nascido,

⁴⁸MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926. p. 116.

⁴⁹Esta preocupação é geral. Veja-se o caso de França, onde as Instruções de Raulin (1769) são escritas a pedido do governo, a que se seguem outras obras do género, e se toma a iniciativa (1767) de entregar o ensino da arte de partos em todo o reino a uma parteira consagrada, Angélique Coudray. Esta, que por sua conta já ensinava desde 1759, corre agora oficialmente os principais lugares de França até 1783, em cursos que duravam 6 a 8 semanas, compreendendo uma parte de lição e outra de demonstração. O ponto alto da sua formação, ocorria com um célebre manequim, simulando o tronco e membros da mulher com diversas soluções para demonstrar o parto e seus problemas, num exercício que era realizado pela formadora e repetido pelas alunas e alunos, pois também formava alguns cirurgiões-demonstradores que por sua vez iriam formar outras parteiras nas zonas rurais. Estimou-se em dez mil o número de parteiras assim formadas, as quais levavam no final um certificado que as habilitava profissionalmente. Cf. LEBRUN, François - *Se Soigner Autrefois*. Paris: Seuil, 1995. p.48-49. E KNIBIELHER, Yvonne ; FOUQUET, Catherine - *Histoire des Mères*. Paris: Ed. Montalba. 1977.

surgindo várias obras de puericultura, algumas das quais acompanham o que se defendia nos meios mais progressivos do estrangeiro (Melo Franco, Francisco José de Almeida). Destaque-se neste campo, Francisco de Melo Franco que, além de uns *Elementos de Higiene* (1814), escreveu o *Tratado da educação física dos meninos* (2 tomos, 1790, 1791), onde, segundo a recensão de Ferreira de Mira, “se trata do regimento que convém às mulheres peçadas, dos cuidados a haver por ocasião do parto, com a mãe e com a criança, da utilidade dos banhos frios a que o autor atribui a robustez das crianças do norte da Europa, e do modo de as vestir, de as amamentar, de as desmamar”, afirmando ainda a preferência do tratamento das crianças pelas mães em detrimento das amas e recomendando a inoculação das bexigas como processo profilático que se devia generalizar ⁵⁰.

Sem me alongar neste ponto, refiram-se para o campo da saúde materna livros como os de Jacinto da Costa (1776-1856), que entre outros, publicou o *Compêndio da arte de partos para uso dos praticantes de cirurgia e parteiras* (1810) e o *Tratado completo de cirurgia obstétrica* (1815), e de Joaquim da Rocha Mazarém que escreveu *Anuário Clínico da Arte Obstétrica* (1825-26) e *Compilação de doutrinas obstétricas* (1833), além de um *Quadro elementar obstétrico para instrução das aspirantes a parteiras* e vários artigos sobre notícias obstétricas que o tornaram num conhecido mentor da especialidade, depois profundamente criticado.

Mas, se quisermos fazer um balanço sobre os saltos qualitativos na arte obstétrica, nos finais do Antigo Regime (transição do século XVIII- XIX), o que se poderá dizer? Ferreira de Mira tentou fazer esse balanço. Afirma a pobreza da qualidade de manuais

⁵⁰MIRA, Ferreira - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1947. p. 312.

sobre os partos, onde apenas eram notórias as traduções de Baudelocque⁵¹ (por Ferreira Braga e Manuel Rodrigues), das *Instruções* de Raulin, dos *Aforismos* de Denman que versavam sobre aplicação e uso do fórceps, as hemorragias uterinas, as convulsões puerperais e a anatomia do útero grávido; originais portugueses, destacavam-se uma tese sobre o útero (Pereira de Castro, em 1793, na Universidade de Edimburgo), outra de José António de Castro, no ano seguinte e na mesma universidade, que constituía um resumo sobre as doutrinas dos parteiros ingleses; alguns artigos sobre casos anómalos; os tratados atrás referidos de Jacinto da Costa e Mazarém, sendo que o compêndio deste autor ainda teve uma edição em 1843, servindo portanto várias gerações de parteiros. Nas observações clínicas apresentadas então na imprensa médica, evidencia-se o carácter rudimentar da assistência às mulheres em situação de parto e graves acusações dos médicos às parteiras por altura dos “partos laboriosos”, responsabilizando-as pela elevada mortalidade materna e neo-natal. E o autor, Ferreira de Mira, exemplificava com um extracto de um médico de Condeixa que escrevera sobre as parteiras: “Chamam-se estas senhoras em França *sages femmes*, em Espanha *comadres*, em Inglaterra *midewives*. A sua ciência é tão fraca neste nosso reino, que elas não passam de umas simples mezinheiras, quando a natureza que toma à sua conta a obra do parto segue o rumo competente; mas quando há extraordinários sucessos, elas não sabem coisa alguma do importante manejo desta operação”. O médico em causa, num tipo de discurso frequente que procurava evidenciar superioridade de ofício, parecia esquecer que as Ordenações, onde o poder médico pontificava, atribuía já nessa altura à parteira apenas o acompanhamento do parto normal, não se lhe sendo lícito usar outros instrumentos cirúrgicos, nem sequer o fórceps,

⁵¹BAUDELLOCQUE (1746-1810) foi o grande teorizador do parto natural e o inventor da mensuração sistemática pré-natal da pelve e da sua importância para o prognóstico do parto. Autor de *Principes des*

devendo portanto delegar as suas funções perante as complicações do parto no médico ou cirurgião.

Neste contexto, ganham propriedade as conclusões de Ferreira de Mira, que achava “lícito duvidar da perícia dos próprios cirurgiões parteiros”, sobretudo se atentássemos em algumas observações por eles próprios publicadas, e dava o exemplo de uma nota de Mendonça, primeiro médico do Hospital de Chaves, em que um feto fora expulso parcialmente pela via própria e em parte por abcessos abertos na parede do ventre, sem que o médico tivesse encontrado oportunidade para intervir⁵². Logo, não podemos esquecer no discurso contra a parteira o efeito da rivalidade, pois, a exemplo do que acontecia em França, as parteiras representavam uma concorrência forte para os cirurgiões, a quem deixavam um mercado reduzido, na medida em que só eram chamados em casos graves, tendo aqueles tendência a atribuir a ocorrência da gravidade à acção das parteiras, numa função desvalorizadora⁵³.

É claro que a interpretação histórica sobre os problemas obstétricos até aos inícios do século XIX não se pode colocar linearmente em termos de oposição parteiras ignorantes mas numerosas *versus* cirurgiões parteiros competentes mas escassos, como é vulgar ler-se na literatura médica oitocentista. Ambos os tipos de profissionais comungavam de um quase total desconhecimento das patologias e terapêuticas dos partos com complicações e não estavam ainda criadas as condições para intervenções adequadas. A tecnologia do forceps estava no seu início, a anestesia ainda não dava os primeiros passos e os conceitos de assepsia eram apenas uma vaga ideia na cabeça de alguns iluminados. E mesmo os

accouchements (1775).

⁵²MIRA, Ferreira - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947. p. 284-287.

⁵³LAURENT, Sylvie - *Naître au Moyen Age : De la conception a la naissance: la grossesse et l'accouchement (XII-XVe siècle)*. Paris: Le Léopard d'Or, 1989. p. 173.

mecanismos da gravidez e do parto normal estavam longe da dilucidação. Só o grande salto científico dos meados do século XIX permite os avanços necessários neste, como noutros ramos científicos.

*

Tal como acontecia noutros países da época, ao falar de parteiras antes da sua formação junto das Escolas Médicas e das Universidades, o que em Portugal só ocorre depois de instaurado o liberalismo, estou essencialmente a referir-me a profissionais cuja formação decorria na acção prática, em companhia de outras profissionais mais velhas, como era vulgar na tradição corporativa dos ofícios do Antigo Regime, a qual se legitimava depois por um certificado ou “carta” obtido através de um exame junto da autoridade, coadjuvada por outras profissionais mais velhas.

O que parece estar em causa não é de facto nenhum processo de transmissão de conhecimentos ou da sua verificação, dado que os exames não poderiam exigir muito mais do que aqueles conhecimentos que eram do domínio público, nem o corpo de especialistas encarregado de proceder a esses exames era detentor de um saber superior, conforme se procurou ilustrar com a literatura respectiva. O que se verifica é, por um lado, a mentalidade corporativa que procurava diminuir a concorrência e estabelecer regras de acção profissional também nas artes de curar, e, por outro lado, o Estado centralizador, então emergente, legitimava este espírito corporativo através de rituais a que chamava exames, de que resultava a emissão de licenças pelas quais se pagavam emolumentos, denotando portanto uma preocupação fiscal, embora não seja de excluir uma preocupação pela saúde pública que nos primeiros tempos ficaria necessariamente pelo nível do discurso

e não pela eficácia. Sem esquecer ainda as referências de tipo negativo, na legislação mais antiga, a judeus e mouros que habitualmente exerciam as artes de curar, aspectos estes que deixam entrever conflitos de tipo religioso a que não deveria ser estranha a Igreja que inspirava a mentalidade dominante e exercia uma grande influência junto do rei.

Em todo o caso, estava assim delimitado um campo de acção e criavam-se os mecanismos restritivos ao exercício profissional, definido o corpo de especialistas. Numa perspectiva de síntese, pode-se dizer que tal como em outros países, nomeadamente a Espanha, as funções básicas da parteira iam um pouco mais além do que as da vertente assistencial (assistência ao parto, às enfermidades da mulher, aos conselhos sobre a gravidez e maternidade). Podem descortinar-se ainda na sua acção, funções jurídico-legais (declarações sobre presenças em parto, sobre a vida ou morte da mãe e das crianças), funções docentes (porque transmite saberes a novas parteiras que a acompanham), bem como funções religiosas (realizar o baptismo de urgência nas crianças em perigo de vida)⁵⁴.

Em que medida havia parteiras para cobrir as necessidades e não obrigar mulheres curiosas a partejarem e desta forma infringirem a lei? Não se pode esquecer que a palavra “parteira” se aplica, como ainda hoje, à curiosa ou comadre, vizinha próxima da parturiente que não se eximia a ajudá-la na hora difícil que só a solidariedade de mulher sabe compreender. Seria sobretudo ao nível das comadres que predominaria um saber popular, onde o parto ocupava um lugar próprio na visão do mundo e dos problemas da vida, da doença e da morte, onde crenças, sortilégios e fatalismos se misturavam com o conhecimento prático e vivido das realidades a este nível.

E, acreditando-se profundamente no sobrenatural, porque não acompanhar os andamentos da natureza com o apoio dos entes divinos? Por isso surgem notícias etnográficas, como por exemplo, as Pires de Lima: levava-se azeite e faziam-se romagens à Senhora da Expectação (nas margens do Ave) ou à Senhora do Bom Despacho (Maia); apertava-se na mão a regra de S. Bento para os partos perigosos (S. Tirso); passava-se a grávida pela vara do pálio para evitar a morte dos filhos ao nascer (Cinfães), além de um sem número de superstições para evitar azares⁵⁵. Comportamentos difusos mesclados de paganismo e de cristianismo, de quem se habitou a ver na mensagem bíblica o fado de “parir na dor” como estigma que ficou do pecado original. Práticas que o racionalismo emergente nunca conseguiu extirpar e que exerciam um claro efeito protector/tranquilizador sobre as parturientes, tal como hoje ainda acontece talvez sob formas mais discretas⁵⁶.

Numas e noutras a ausência de saberes teóricos, menos necessários para os partos normais, mas correndo o risco de os complicar por ausência de conhecimentos. E quanto aos partos complicados, quem sabia e podia dominar na altura as técnicas adequadas, quando a criança se apresentava em posição anormal ou surgiam complicações obstétricas? Para lá de mezinhas mais ou menos ritualizadas, pouco mais se poderia fazer do que confortar e procurar o bem estar da parturiente, executar algumas manobras facilitadoras e deixar a natureza actuar.

⁵⁴MARTINEZ, Antonio Maria Claret [et al] - Génesis de la Enfermaria Moderna en España. In MARTIN, Francisca Hernández (coord.) - *Historia de la Enfermaria em España*. Madrid: Ed. Sintesis, 1996. p. 132.

⁵⁵LIMA, Augusto César Pires - *Estudos Etnográficos, Filológicos e Históricos*. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1948. p. 128-131.

⁵⁶Cf. JOAQUIM, Teresa - *Dar à Luz: Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1983.

Em todo o caso, estava já criado um quadro legal que limitava a acção das parteiras: nas complicações do parto, esta deveria chamar o cirurgião, o qual na grande maioria das vezes não saberia dar solução aos problemas, mas poderia sempre invocar a legalidade face a qualquer assomo de independência da parteira. Como diz Sheila Kitzinger, na sociedade ocidental, “os homens nunca se teriam tornado especialistas no parto se não tivessem existido as guildas de barbeiros-cirurgiões que se desenvolveram no século XIII. As suas regras só permitiam que fossem os cirurgiões a utilizar os instrumentos de cirurgia”. A limitação do poder e do campo de acção das parteiras, refere ainda Kitzinger, era um facto do maior interesse para os cirurgiões, os quais até omitiam informações nos manuais que escreviam para as parteiras, a pretexto de a mulher não dever saber o que ia para além das suas pretensas capacidades, pelo que chamar uma parteira começou a significar chamar alguém que desconhecia os elementos complexos do trabalho de parto e que não poderia legalmente intervir em situações de perigo. Não admira, assim, que as famílias com mais capacidade económica passassem a chamar o cirurgião, apesar de cobrar mais caro pelos seus serviços, até como demonstração do interesse dos maridos para com as parturientes⁵⁷.

Havia naturalmente um espaço legal de acção destinado a um saber mais especializado, conquistado pelo efeito dos jogos profissionais dos cirurgiões no ambiente corporativo que se desenvolveu a partir dos tempos medievais. Mas espaço relativamente vazio no aspecto do domínio dos saberes e da capacidade de intervenção, que só pelos finais do século XVIII começa a ser preenchido à medida que os cirurgiões dominarem as técnicas obstétricas que aos poucos vão emergindo. Por esta altura, estamos, ainda, numa

⁵⁷KITZINGER, Sheila – *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978. p. 97-98.

fase em que a argumentação do poder médico se desenvolve em torno de questões de legalidade e de credenciais que superam e dominam uma situação de tradição e de género, mas não desenvolve em plenitude uma legitimidade racional que lhe advirá do progresso técnico e científico do século XIX⁵⁸.

⁵⁸ MACDONALD, Keith M. – *The Sociology of the Professions*. Londres: Sage Publications, 1995. p.146.

3. A PARTEIRA NO CONTEXTO MÉDICO

(Século XIX)

O licenciamento da actividade das parteiras, durante os séculos XVII e XVIII, envolveu um processo de crescente e alargada interferência numa actividade que era fundamentalmente de solidariedade feminina, mas que passou a ter de prestar provas perante homens que eram delegados do poder político. Homens que eram médicos ou cirurgiões, cujos conhecimentos no campo da obstetrícia eram diminutos e que não chegavam em geral para resolver os problemas que as parteiras estavam impedidas de realizar, isto é, tudo o que necessitasse de intervenção cirúrgica. O exame era, então, um ritual em que confluíam múltiplos interesses de dominação: o interesse fiscal e o interesse populacionista, por parte do **Estado**; o interesse da **Igreja**, empenhada em certificar o comportamento moral de quem estava ligado directamente à reprodução das almas; o interesse do **grupo profissional constituído pelos cirurgiões**, secundarizados pelos médicos e por isso empenhados em conquistarem o seu próprio espaço e instrumentos de dominação. Por isso o processo da institucionalização das parteiras também se inscreve no campo mais geral das lutas entre médicos e cirurgiões.

O domínio crescente da utensilagem cirúrgica, sobretudo ao longo do século XIX, vai dar relevo aos cirurgiões, ajudando-os a equipararem-se aos médicos em termos de reconhecimento profissional e social, obtendo o reconhecimento da sua superioridade também em relação às parteiras. Estas passarão a ser submetidas a um maior controlo, pois os cirurgiões vão organizar e responsabilizarem-se por cursos de parteiras. Se antes a parteira era essencialmente uma mulher com prática de maternidade, que tinha vivido a experiência do trabalho de parto e ampliava os conhecimentos por acompanhamento de outras parteiras, agora passa a ser uma mulher jovem, com grandes probabilidades de ser solteira e de quase não ter experiência, sem grandes saberes-fazer que lhe conferissem

autonomia junto do cirurgião. Jovem, inexperiente, de condição social humilde, logo submissa, eis algumas das características desejáveis para as novas parteiras que sairão dos cursos de partos criados no âmbito das escolas médico-cirúrgicas. Este é um quadro genérico que se verifica no âmbito europeu⁵⁹. E em Portugal?

3.1 - Novo ensino médico e os cursos de parteiras

A data de 25 de Novembro de 1825 costuma ser apontada como um momento assinalável na organização do ensino médico em Portugal: ela corresponde à inauguração oficial da Escola Régia de Cirurgia do Porto, nas instalações do Hospital de Santo António⁶⁰. Neste contexto, ela significa também a afirmação da doutrina higienista que desde os meados do século XVIII se vinha difundindo por todo o Ocidente e também em Portugal, sendo de sublinhar que, pela mesma altura se criava idêntica Escola em Lisboa, em ligação com o Hospital de S. José. A medicina entrava, assim, nos hospitais e passava a assumir tanto um espaço e um saber antes deixado aos cirurgiões, como a controlar a formação dos vários profissionais do saber.

No caso do Porto, a situação desta Escola pública, organizada pelo Estado, a invadir um hospital particular, da Santa Casa da Misericórdia, hospital que passou a funcionar com uma Junta composta por três membros — o director da Escola, um médico do Hospital (e que geralmente integrava a Escola) e um membro da Misericórdia — , explicita claramente a ascensão de uma nova doutrina, que justifica e legitima esta intervenção estatal, não obstante poder invocar-se uma anterioridade histórica na formação de profissionais das artes de curar no Hospital, por sua única responsabilidade.

⁵⁹CARRICABURU, Danièle - *Les sage-femmes face à l'innovation technique*. In AIACH, Pierre ; FASSIN, Didier - *Les métiers de santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos, 1994. p. 281-307. MACDONALD, Keith - *The Sociology of the Professions*. London: Sage Publications, 1995. p. 144-149.

⁶⁰LEMONS, Maximiano - *História do Ensino Médico no Porto*. Porto: 1925. E MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926.

Como muito bem sintetizou João Rui Pita numa tese recente⁶¹, trata-se da emergência da medicina preventiva, uma corrente que, aliada às novas tendências científicas na medicina, defendia que as questões sanitárias deviam ser tuteladas pelo Estado, como forma de articular poder e capacidade de intervenção aos meios técnicos e científicos disponíveis para conferir eficácia à resolução dos problemas de saúde pública. Em Portugal, a defesa pioneira e influente destas teses coube a Ribeiro Sanches, um discípulo de Boerhaave, nomeadamente através do seu “Tratado da conservação da saúde dos povos”, publicado em 1756. Já referimos atrás como este novo espírito presidiu à reforma pombalina da Universidade de Coimbra, em 1772, nomeadamente no campo da Medicina e se desdobrou em leis e regulamentos como forma de preservar doenças e conservar a saúde dos súbditos, visando melhorar a higiene dos espaços comunitários, sabendo-se então que não havia medidas individuais que resolvessem os malefícios que focos de insalubridade só por si provocavam, nomeadamente ao nível de epidemias e endemias. Assim, apontavam-se medidas como a necessidade de garantir qualidade às águas de consumo, boas condições de habitabilidade tanto das residências particulares como das instituições públicas (hospitais, prisões, expostos), ou a urgência de controlar a actividade das boticas.

Tratava-se, como diz João Rui Pita, de legar “às gerações vindouras a ideia segundo a qual as questões relacionadas com a saúde pública têm uma dimensão pedagógica e política e não apenas especificamente médica”. Uma preocupação que pairará sobre toda a legislação e empreendimentos médicos do século XIX e que chegou aos nossos dias. E que envolve naturalmente questões de poder, pois aquilo que Ribeiro Sanches designava como “medicina política” resultava na “articulação entre o poder científico e técnico da medicina e o poder administrativo do Estado”. Vários outros trabalhos se publicaram

⁶¹PITA, João Rui - *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Minerva, 1996. p. 437-457.

depois na linha da “polícia médica”, teorizando o papel do Estado neste domínio e apontando soluções⁶².

Face à situação existente, a criação das Escolas Régias de Cirurgia em Lisboa e no Porto representava então um acto de inovação e de ruptura. Desde logo, no campo tradicional das artes de curar, pois, como disse Hernâni Monteiro, a criação das Escolas “foi um golpe vibrado nos processos sumários então em voga para passar cartas e diplomas de habilitação a cirurgiões, ministrantes de meia cirurgia, sangradores, dentistas, algebristas, boticários, parteiras e emplastadeiras, indivíduos pela maior parte inexperientes, que, não tendo seguido nenhum curso oficial, se apresentavam simplesmente ao exame, reduzido, por vezes, a uma ilusória formalidade”⁶³. Por outro lado, era um golpe oficial contra o monopólio da Universidade de Coimbra neste domínio, que atingira uma superioridade legal desde a reforma de 1772, e que a continuará a conservar ainda, pois só em 1867 os licenciados pelas Escolas de Lisboa e Porto serão oficialmente equiparados para efeitos de concurso público, acabando-se com a superioridade dos formados pela Universidade, ainda que estes fossem em pequeno número e não cobrissem, de forma alguma, as necessidades do País, que por essa razão continuava a ser um vasto mercado para os vulgares profissionais das artes de curar.

Mas estas escolas de Lisboa e Porto não surgiam por geração espontânea. Com efeito, estas medidas de institucionalização do ensino médico desenvolviam-se na linha de uma longa tradição de ensino em cursos rudimentares para praticantes de sangria e cirurgia existentes nos hospitais de Lisboa (S. José, mantido pelo Estado) e do Porto (S. António, mantido pela Misericórdia, iniciada a sua construção em 1770, para concentrar os serviços de outros hospitais anteriores). No que se refere ao Porto, Ricardo Jorge, no seu estilo literariamente rude, afirma:

⁶²Para uma perspectiva de síntese sobre as políticas preventivas da saúde, cf. FERRAZ, Amélia Ricon - Protecção da Saúde em Portugal : O exemplo portuense. In NASH, Mary ; BALLESTER, Rosa - *Mulheres, Trabalho e Reprodução : Atitudes Sociais e Políticas de Protecção à Vida : Actas do III Congresso da ADEH*. Porto: Afrontamento, 1996. p. 123-137.

⁶³MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926. p. II.



À escola médico-cirúrgica do Porto é vedado apregoar pergaminhos brazonados e fidalguias académicas; a sua árvore de costado entronca na misera oficina hospitalar que despachava a esmo sangradores e cirurgiões ministrantes, nos tempos legendários em que uma lanceta brutal era serva prestante da navalha de barba⁶⁴.

E na verdadeira história do ensino médico que esse relatório inclui, ironiza com os rituais dos antigos exames oficiais onde as diversas ignorâncias se expunham publicamente, espadeira os velhos métodos e as várias artes, exprimindo um vulgar sentimento de supremacia da ciência da época por sobre os saberes anteriores (tudo antes era boçal, estúpido, inábil) num quadro típico de euforia positivista, corrente de que foi, de resto, um dos divulgadores em Portugal.

O que agora acontece, de facto, é a irrupção de um poder médico que entra nos hospitais com uma legitimidade acrescida, por via de um discurso mais esclarecido, pela sistematização de técnicas mais convincentes e eficazes, e pela delegação de um poder simbólico por parte do Estado num corpo técnico que se queria apetrechado e organizado para resolver as necessidades da nação no campo sanitário. O Hospital de Santo António, como já assinalámos, passava a ser gerido por uma junta, em que estava um vogal da Misericórdia, outro do seu corpo clínico e em que o outro era o director escolar. Mas na prática era o conselho escolar que detinha a autoridade científica, que estabelecia os exercícios clínicos e a aprendizagem e requisitava o que julgava útil à Misericórdia, sendo esta a responsável pela parte financeira, não admirando que existam notícias de vários conflitos, os quais levam a Escola a solicitar com frequência um novo Hospital público para ali funcionar, solicitação que só ocorreu já na segunda metade do século XX com a criação do Hospital de S. João⁶⁵.

⁶⁴JORGE, Ricardo - relatório apresentado ao conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas*. nº 4(Abril 1885), p. 102.

⁶⁵JORGE, Ricardo, ob. cit., p. 112.

Entretanto, no que se refere à formação médica, sobretudo numa primeira fase, as alterações qualitativas serão mínimas do ponto de vista científico, bastando afirmar que os três primeiros mestres do quadro da Escola Régia do Porto eram três cirurgiões do antigo curso prático ministrado no Hospital de Santo António. O mesmo já não se dirá do ponto de vista organizativo, pois que se estruturaram na interação Escola-Hospital práticas importantes para o desenvolvimento do ensino médico, como os trabalhos práticos e a dissecação cadavérica. Evocando Michel Foucault, poderemos aqui dizer que o poder precede e cria as condições para o saber: estruturam-se novas relações de poder criadas no interior do hospital, em que o médico suplanta o poder dos religiosos que ali imperavam e lhe conferiam um estatuto frágil e dependente, passando agora a criar as suas próprias rotinas, como as visitas regulares aos doentes, a organização dos espaços, as preocupações higiénicas, as dietas, a organização de registos, enfim, uma burocracia em que o médico passa a ser figura tutelar. A expressão máxima deste novo poder é a visita médica, como bem explica Foucault:

“Esta inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada do poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia dos hospitais: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar”⁶⁶.

O alvará de criação das Escolas Cirúrgicas, datado de 25 de Junho de 1825 e assinado por D. João VI, é o grande elemento legitimador dos novos cirurgiões e do novo poder médico, marcando desde logo a sua superioridade científica. Assim, invoca-se “a felicidade publica, e conservação da saúde de Meus Povos” para a necessidade de educar novos

⁶⁶FOUCAULT, Michel - *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p.110.

cirurgiões que “adquirindo os verdadeiros conhecimentos da sua arte” possam superar o “tão sensível atrazamento, suprindo-se a imperícia dos que se consagram ao exercício de tão interessante ramo por exames superficiais e ilusorios Documentos”. Por incrível que pareça, a Casa Real ainda ficava a lucrar com a criação das Escolas Régias, pois o alvará estabelece que os ordenados de professores e empregados e mais despesas seriam pagos pela prestação de 10 contos de réis que ofereciam os Contratadores Gerais do Tabaco, a isso constrangidos, sem qualquer outra despesa, antes reverteria para a Real Fazenda a quantia de 1260\$000 réis que na altura se pagava pelas cadeiras que então existiam no Hospital de S. José.

Anexo ao alvará vinha o regulamento para a Escola de Cirurgia. Segundo este, o curso teria a duração de cinco anos, sendo as cadeiras assim distribuidas:

1º ano — Anatomia e Fisiologia;

2º ano — Repetição de Anatomia, Matéria Médica e Farmácia;

3º ano — Higiene, Patologia Externa e Clínica Cirúrgica;

4º ano — Medicina Operatória, Arte Obstetrícia e Repetição de Clínica Cirúrgica;

5º ano — Patologia Interna e Clínica Médica

Descrevendo sucintamente em três ou quatro linhas os programas de cada cadeira, o Regulamento refere apenas quanto à Obstetrícia: “*O Lente da Arte Obstétrica compreenderá no seu curso a Parte Forense, que lhe he concernente: terá a seu cargo huma Enfermaria de mulheres grávidas, para os alunos adquirirem os conhecimentos práticos desta arte de curar*”. No geral, a matrícula era destinada aos que tivessem completado 14 anos de idade e demonstrado por certidão ou exame terem conhecimentos de latim e de lógica, e só para a passagem do 3º para o 4º ano lhe era solicitado o saber traduzir francês ou inglês. A conclusão do curso cirúrgico, permitia a solicitação da defesa de uma tese, que seria complementada com exames práticos de Cirurgia e de Medicina. Depois de aprovados, passavam a ter a prerrogativa de serem preferidos para diversos concursos (partidos médicos, lugares no Exército e na Armada), bem como para “*curar*

Medicina nos lugares, onde não houverem médicos formados na Universidade de Coimbra, ou onde o seu numero não bastar para suprir as precisões de uma População enferma". Ou seja, os cirurgiões formados pelas Escolas de Lisboa e Porto preferiam aos tradicionais cirurgiões habilitados apenas pelos exames, mas eram preteridos na Medicina pelos formados por Coimbra. Consagrava-se, assim, uma clara distinção entre médicos e os novos cirurgiões, em que estes surgem numa clara situação de subalternização.

E não surge aqui qualquer referência às parteiras ou a qualquer eventual tipo de formação com elas relacionadas, tal como acontece em relação a outras artes de curar.

Mas se correremos a literatura médica da época, nomeadamente as diversas revistas especializadas neste domínio ao longo do século XIX que se publicaram em Lisboa e no Porto por parte de médicos e cirurgiões oriundos destas Escolas, observamos que ao lado da preocupação da divulgação técnica, nomeadamente através da apresentação de relatórios e de casos de estudo, há uma clara tendência para afirmação de duas lutas de índole profissional a travar de modo complementar :

1) Uma questão fundamental é a subordinação das artes médicas tradicionais, procurando-se eliminá-las ou dominá-las, conforme os casos. Por razões diversas, há os que se autonomizam e seguem uma carreira universitária paralela (caso dos farmacêuticos); há os que são desde logo eliminados, sendo-lhes retirada a certificação tradicional e, logo, remetidos para a clandestinidade dos meios rurais onde não havia alternativas (sangradores, emplastradeiras); há os que são tolerados e enquadrados em cursos de formação breves e tutelados por estes cirurgiões (casos das parteiras, dos dentistas...).

2) Por outro lado, procura-se ganhar a equiparação oficial aos médicos de Coimbra, defendendo-se a não menoridade da cirurgia face à medicina. Parecia evoluir neste sentido a reforma do governo setembrista de Passos Manuel, em 1836, em que estas Escolas Régias de Cirurgia são transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas, pretendendo-se deste modo acabar com a distinção antiga entre médicos e cirurgiões e preparar clínicos

aptos para todas as funções. Mas só após longos anos, em que “*choveram representações e protestos, bradaram corporações escolares, as sociedades científicas, os conselhos municipais*” se declarou em 1866 o pleno direito de exercício aos licenciados pelas Escolas de Lisboa e Porto.

Sublinhe-se a importância desta distinção no processo histórico da afirmação médica em Portugal, pois produziu um longo combate pela equiparação que só se resolve pela carta de lei de 20.6.1866. Trata-se de uma lei breve de apenas três artigos, produzida com o claro objectivo de eliminar a superioridade legal dos médicos diplomados pela Universidade de Coimbra sobre os diplomados das Escolas Médico-Cirúrgicas, mas onde ainda subsiste uma demarcação subliminar entre médicos e cirurgiões, numa clara tentativa de equilíbrio de poderes entre os facultativos de Coimbra, por um lado, e os de Lisboa e Porto, por outro. Assim, o primeiro artigo garante a liberdade de exercício da medicina aos facultativos saídos das Escolas de Lisboa e Porto, mas um parágrafo único sublinha que “em igualdade de circunstâncias serão preferidos os bacharéis formados em medicina para os cargos que demandem mais profundos conhecimentos de medicina e os filhos das escolas para aqueles em que de mais vantagem forem os conhecimentos cirúrgicos”. Embora no artigo terceiro derroque a legislação de 1825 e outra posterior que definiam que estes facultativos só podiam exercer medicina onde não houvesse médicos da Universidade⁶⁷.

Vejamos, como se desenrola este processo de demarcação de espaços de acção e de atribuições de formação, mas preocupando-nos agora apenas com o problema relativo ao caso das parteiras e seu enquadramento no conjunto das artes médica.

O passo seguinte, em relação ao de 1825, na reforma do ensino médico foi, então, o de 1836, sob a orientação do governo setembrista, isto é, um governo de índole progressista, em que o ensino era uma das suas preocupações. É nesse ano que se aprova

⁶⁷Esta prerrogativa constava do artigo 22, 4º do Regulamento aprovado em 25.6.1825, renovado depois pelo art. 123º do decreto de 29.12.1836 e artº. 13º do decreto de 3.1.1837. Cf. *Colecção de Leis e Regulamentos Geraes de Sanidade Urbana e Rural*. Lisboa: tomo II (1878), p. 8-9.

uma reforma da Universidade de Coimbra, nas suas diversas faculdades, incluindo a de Medicina. O curso de Medicina tinha então sete anos de duração, sendo os dois primeiros preparatórios (com química, aritmética, álgebra, geometria, física experimental), pois só no terceiro se iniciavam as cadeiras médicas (anatomia e fisiologia comparadas). Só no sétimo ano surgia a 7ª cadeira ligada às questões da maternidade, constituída por “partos, moléstias das Mulheres de Parto e dos Recém-Nascidos”. E o plano, aprovado por decreto de 5.12.1836, estabelecia vagamente, em paralelo com uma Escola de Farmácia, um “curso de Arte Obstetricia”, liderado pelo lente respectivo, que deveria ler as aulas teóricas, devendo as candidatas tirocinar depois nas enfermarias, sendo submetidas a exame final⁶⁸.

O processo burocrático para a integração das parteiras na nova ordem médica parece ter o seu caminho traçado a partir de 1836, que só esbarra com a incapacidade das Escolas para a formação de pessoal suficiente para cobrir as necessidades da altura, sobretudo para as zonas rurais. Mas deixando agora de lado este problema tão velho é ainda tão actual, reconheça-se que a arte da obstetrícia passa a ser teorizada na Universidade e praticada nas enfermarias hospitalares.

No mesmo sentido aponta um outro decreto de 29 de Dezembro de 1836 que reforma as Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto e as transforma em Escolas Médico-Cirúrgicas. O plano então aprovado, sublinhe-se, fora apresentado pelo mesmo vice-reitor da Universidade de Coimbra que já apresentara o plano para a reforma da Universidade antes aprovado. Os cursos de Medicina (o da universidade e os das duas Escolas) eram idênticos no elenco das disciplinas, embora os das Escolas se fizessem em cinco anos, uma vez que

⁶⁸Artigo 85º O Lente da Arte Obstetricia lerá annualmente um Curso theorico destas Artes especialmente destinado para as Parteiras, as quaes além de ouvirem as lições theoricas irão praticar na respectiva enfermaria. Este Curso será biennial, haverá nelle matricula, para que é preparatório saber ler e escrever.

§1º No fim do biennio haverá um exame de que será Presidente o Lente do Anno, o Cirurgião do Hospital, e outro Lente nomeado pela Faculdade, a qual no caso de aprovação conferirá às examinandas uma Carta de Parteira.

In Collecção de Leis e Decretos. Lisboa:1836. p. 698-699.

as cadeiras preparatórias deveriam ser frequentadas paralelamente ao 1º e 2º anos em qualquer outro estabelecimento de ensino. No 4º ano surgia a 6ª Cadeira — *Partos, moléstias das mulheres de parto e de recém-nascidos*. Também nestes estabelecimentos se criava uma “Escola de Farmácia”⁶⁹. E se estabelecia um **curso de parteiras**, em cada Escola Médico-Cirúrgica, de duração bienal, gratuito e de natureza teórico-prático, em que a teoria seria leccionada pelo Lente de Partos, que deveria ainda supervisionar a prática nas Enfermarias e presidir aos júris de exame⁷⁰.

Estas medidas estendiam-se ainda, no âmbito do mesmo Plano, às escolas Médico-Cirúrgicas que se criariam no Hospital da Misericórdia de cada uma das capitais dos distritos administrativos do Ultramar, aspecto que nunca se terá concretizado.

No caso do Porto, a abertura de inscrições para 1837-38 para o curso de parteiras não teve logo candidatas. Neste contexto, o Conselho Médico decidiu organizar um curso de seis meses, gratuito, para parteiras examinadas e não examinadas⁷¹.

⁶⁹Quatro anos após este decreto, nenhuma botica poderia ser aberta sem que o farmacêutico fosse aprovado por esta via escolar.

⁷⁰ *Do curso de Parteiras*

Artº 140º. Haverá em cada uma das Escolas Médico-Cirúrgicas um curso biennial, e gratuito, theorico, e pratico, destinado especialmente para instrucção das Parteiras.

Art. 141º. O curso theorico será lido pelo Lente de Partos, e comprehenderá o numero de lições, que forem especialmente designadas por elle para este fim.

§ unico. O curso pratico terá logar na enfermaria respectiva, debaixo da inspecção, e direcção do mesmo Lente.

Artº. 142º. As Aspirantes terão matricula separada na Aula de Partos; e bem assim um lugar decente, e separado na mesma aonde possam ouvir as prelecções, que forem designadas pelo Lente na forma do artigo antecedente.

Artº 143º. Findo o curso biennial serão as Aspirantes examinadas perante um Júry especial destes exames, composto do Lente do anno, do Lente de operações, e de um dos cirurgiões que tiverem serviço no Hospital, nomeado pelo Conselho da Escola.

§ 1º. O exame versará sobre a theoria, e a prática, accidentes, que podem prececer, acompanhar, e seguir-se e meios de os remediar.

§ 2º. A approvação depende da pluralidade absoluta de votos, e verificando-se será conferida ás Aspirantes gratuitamente uma Carta de Parteira passada pelo Secretário, assignada pelo Director, e sellada com o sello da Escola. Na carta irá sempre inserta a cláusula proihibitiva do uso de instrumentos cirurgicos, sem a assistência do Professor.

Artº 144º. No acto de matricula juntarão as Aspirantes Certidão de saberem ler, e escrever, passada por algum Professor Publico, precedendo exame.

In Collecção de Leis e Decretos. Lisboa:1836. p. 823-824.

⁷¹MONTEIRO, Hernâni - *A Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. Porto: 1937. p. 24.

Em 1840, as Escolas Médico-Cirúrgicas passam a ter novo Regulamento, que não entra em ruptura com o anterior, mas que se torna mais explícito e minucioso na precisão dos métodos a seguir. No caso da sexta cadeira (art.92-94) para médicos e parteiras, havia uma divisão em duas partes. Na primeira tratava-se da Obstetrícia, “cuja parte anatómica será demonstrada no Cadáver, e em Preparações secas ou artificiais”. O que dizia respeito ao mecanismo do parto, operações manuais e instrumentais respectivas, bem como ao conhecimento do estado dos órgãos geradores nos diferentes períodos da gravidez, tudo deveria ser explicado e demonstrado através de manequins, estampas ou “no cadaver , e no vivo”, sendo que para a demonstração ao vivo deviam-se aproveitar todas as ocasiões apropriadas. A segunda parte da cadeira consistia em lições sobre as moléstias de parturientes, paridas e recém-nascidos, e da parte de Medicina Legal ligada aos fenómenos da reprodução, salvaguardando-se que “para as parteiras constará unicamente daqueles objectos que lhes forem necessário”. Ou seja, o Professor poderia excluí-las de determinadas matérias que, no seu critério, fossem desaconselháveis ou desnecessárias, atribuindo-se-lhe um arbítrio que decerto variava com as respectivas concepções do papel de parteira, incluindo o padrão hierárquico desejado. Também haveria dias diferentes consoante os sexos e/ou os estatutos: segundas, quartas e sextas seriam dias de lição para “os estudantes”; terças e sábados para as parteiras; calendário que se alterava ligeiramente na segunda metade do ano. E sobre a forma de conjugar a utilização das enfermarias dos hospitais com o ensino prático de estudantes e parteiras, tudo se remetia para o Professor, que deveria apresentar o plano respectivo ao Conselho Escolar. Este novo regulamento apresenta depois o “título II”, com 15 artigos, dedicado por inteiro ao Curso de Parteiras, acrescentando algumas novidades no seu articulado: estabelece regras e requisitos de matrícula, regras dos exercícios práticos nas enfermarias de parturientes⁷².

⁷² Artº 191º. O Curso da Escola das Parteiras começa ao mesmo tempo que as demais aulas de cada Escola Médico-Cirúrgica, a que aquela é anexa.

Art. 192º. A matrícula das Parteiras ha-de abrir-se no mesmo tempo, que fica designado para a abertura das matrículas dos alunos da Escola (Artigo 63º deste Regulamento)

Esta nova legislação representa um ponto chave na construção social da parteira profissional. Formadas pelos médicos, que lhe ministram agora aulas práticas e teóricas, ao ritmo dos estudantes de medicina, embora com a salvaguarda de lhes serem exceptuadas algumas matérias, as parteiras passam a ter uma formação que compreende teoria exemplificada tanto em manequins ou estampas como em cadáveres e em casos vivos. São depois submetidas a longos estágios práticos (turnos de 24 horas) nas enfermarias

Artº 193º. As aspirantes ao Curso de partos deverão juntar ao requerimento, feito ao Director para se matricular, Certidão de idade de 20 anos, atestação de vida e costumes, e Certidão de saber e escrever, passada por Professor público, precedendo exame (Decreto de 29 de Dezembro de 1836, artº 144). Haverá para esta matrícula um Livro próprio, e outro para os termos dos exames.

Artº 194º. Basta provar pela frequência o primeiro anno deste Curso para poder passar ao segundo anno; no fim do qual terá lugar o encerramento da matrícula.

Artº 195º. No primeiro anno deste Curso o Professor de partos lhe explicará theorica e praticamente a parte d'Obstetrícia necessária para o perfeito desempenho da sua arte, pelo modo que fica explicado no artigo 91 e seguintes. No segundo anno se fará a repetição das mesmas matérias e pela mesma ordem.

Artº 196º. As prelecções serão feitas nas Enfermarias das parturientes do Hospital de S. José em Lisboa e de Santo António no Porto, em casa separada e decente. O Professor poderá interrogar as aspirantes segundo melhor julgar.

Artº 197º. O exercício prático na Enfermaria deve ser feito por turmas das aspirantes; cada uma destas turmas se conservará na Enfermaria 24 horas, não se podendo retirar antes de ser rendida por aquella, que por escala se lhe seguir.

Artº 198º. As aspirantes de serviço na Enfermaria estarão subordinadas á Parteira Superior, que estiver de semana, a qual por sua ordem as fará assistir aos partos, vigiar as parturientes, e prestar-lhes socorros, quando o precisarem; incumbir-lhes-ha tambem qualquer serviço relativo ás mulheres grávidas, parturientes, ou puerperas, existentes na Enfermaria.

Artº 199º. As aspirantes de serviço na Enfermaria farão diários do que ocorrer mais singular ás mulheres, que ficarem entregues ao seu cuidado, e vigilância, escreverão no respectivo livro a filiação das peçadas, que de novo entrarem para a Enfermaria, e farão os assentamentos da apresentação e posição dos fetos que nascerem, do sexo, peso e comprimento; assim como notarão o tempo, que o parto durou.

Artº 200º As faltas das aspirantes serão contadas e julgadas pelo mesmo modo, que o são as faltas dos alumnos da Escola Médico-Cirurgica, e Pharmaceutica.

Artº 201º. As aspirantes serão admitidas a exame no fim do Curso biennial, requerendo ao Director, e juntando Certidão, que mostre terem provados os dous annos.

Artº 202º. Estes exames serão feitos por turmas de quatro; podendo ser de menos somente quando o Director, por motivos attendíveis expressos no despacho assim o determinar. O Professor de partos será o Presidente, e dous Professores da Escola nomeados por escala serão os Examinadores.

Artº 203º. Versará o exame sobre a theoria, e prática dos Partos, accidentes que podem preceder, acompanhar, e segui-los; e os meios de os remediar. Durará duas horas, uma para cada examinador, e meia para cada examinanda. A votação será feita do mesmo modo que para os alumnos da Escola, e o resultado será também declarado nas Cartas.

Artº 204º. A Escola passará uma Carta á aspirante, que for aprovada ao exame, na qual vá sempre inserta a clausula prohibitiva do uso de instrumentos Cirurgicos sem assistencia do Professor. Esta Carta será assignada pelo Director, Secretário e pela impetrante, sellada com o selo grande da Escola e conforme ao modelo nº 13. A aspirante que for reprovada uma vez, poderá ser admitida a novo exame, frequentando mais um anno o Curso de partos da Escola; se for porém reprovada segunda vez, não será mais admitida á matrícula nem a exame.

Artº 205º. Todo o Curso de Parteiras é gratuito; as aspirantes não pagarão nada por matrículas, por exames, nem por Cartas.

adequadas, subordinadas à parteira superior, onde se habituam às rotinas hospitalares, e cabendo-lhes já a prática dos registos médicos, pedra de toque na gestão do poder médico. Sublinhem-se as novas condições de acesso: 20 anos, exame de saber ler e escrever e atestado de formação moral (“vida e costumes”).

Podemos e devemos perguntar o que estudavam as parteiras nestes cursos teóricos. À falta de outro conhecimento, vejamos uma informação que nos chega a propósito de um comentário sobre a hipótese de se permitir às parteiras o exercício da vacinação no âmbito sífilítico. O autor é de parecer que essa atribuição lhe deve ser negada, dada a fragilidade que as vacinas então apresentavam, provocando frequentes contágios, ao que se dizia, por má administração, ocorrendo esse contágio quando se inoculava a “linfã” misturada com sangue. Esse parecer negativo radicava na ideia que o médico formulava da formação das parteiras em Lisboa, que representava da seguinte forma:

“Nas escolas de medicina são obrigadas a ter dois anos de frequencia, já assistindo à clínica obstétrica com o respectivo professor, já frequentando a sua aula, onde são obrigadas a estudar e a dar lições de um pequeno livro que é uma recopilação da arte de partos, escrita em 1838 pelo falecido professor o sr. Rocha Mazarem. Termina o curso por uma instrução sobre a sangria geral e tópica, e uma muito limitada e deficiente instrução sobre a vacina e modo de praticar a operação”.⁷³

Pelos anos 60, uma obra de tipo doutrinário como a do lente coimbrão José Ferreira de Macedo Pinto, *Medicina Administrativa e Legislativa*⁷⁴, publicada em 1863, forneceu-nos alguns comentários sobre o quadro de formação das parteiras e elabora algumas sugestões. Assim, para além das escolas de parteiras organizadas segundo a legislação

⁷³CAMPOS, Alexandre José da Silva - Dos inconvenientes que pode haver em permitir-se às parteiras o exercício da vacinação. *Jornal das Sciencias Médicas de Lisboa*. (1864).

⁷⁴PINTO, José Ferreira de Macedo - *Medicina Administrativa e Legislativa : Obra destinada para servir de texto no ensino d'esta sciencia, e para elucidar os facultativos civis e militares, os pharmaceuticos, os engenheiros, os magistrados administrativos, os directores de estabelecimentos de industria, e de educação literária, etc., nas questões de hygiene pública e policia médica e sanitária*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1863, vol. II. p. 773-776.

acima apontada, Macedo Pinto não se esquece de sublinhar a existência de “uma escola de partos puramente empírica, a das mulheres que se habilitam na clínica particular domiciliaria ou de hospitais, sem direcção oficial”, que sucessiva legislação procurara regulamentar, no sentido de as submeter a exame (dec. de 3.1.1837, artº 16, §15, dec. 18.9.1844, art. 29, portarias de 12.5.1845, de 13.1.1851 e de 9.9.1852). Macedo Pinto adiantava que “a maior parte das mulheres que se arvoram em parteiras não requerem exame, e, não obstante, exercem a arte sem que sejam por isso incomodadas pelas autoridades”. E dava o exemplo de nos Estados Unidos muitas mulheres se entregarem aos estudos médicos, coisa rara na Europa, defendendo que as mulheres pelas “suas maneira mais delicadas e natural afabilidade” estariam mais dispostas a exercerem determinados ramos da medicina, nomeadamente o dos partos, daí concluindo a necessidade de boas escolas de parteiras e enfermeiras. No caso da obstetrícia, “a assistência da parteira é sempre mais bem aceite nos partos do que a do homem; as doentes têm menos repugnância a consultar indivíduo do mesmo sexo; e acontece algumas vezes que a parteira presta atenção a circunstâncias importantes, que escapam aos facultativos”.

Macedo Pinto propunha então uma reforma dos estudos de obstetrícia, em que seriam criados dois cursos de parteiras:

1. Curso superior de parteiras

Este curso teria como exigências de admissão (“preparatórios”) um exame de instrução primária, princípios de física e química e introdução aos três reinos de história natural, sendo esse exame realizado por professores da “escola da arte obstétrica”. O curso teria a duração de três anos, cuja matéria seria assim distribuída:

1º ano — 1ª cadeira - Introdução anatomico-fisiológica à obstetrícia.

— 4ª cadeira - Clínica de partos e de infantes.

2º ano — 2ª cadeira - Arte obstétrica e tocológia forense.

— 4ª cadeira - Clínica de partos e de infantes.

3º ano — 3ª cadeira - Moléstias de mulheres grávidas, puerperas e de infantes, terapeutica respectiva, deveres de maternidade, vantagens de amamentação pela mãe, inconvenientes da feita por amas e da artificial, escolha das amas, etc.

— 4ª cadeira - Clínica de partos e de infantes.

Estes cursos teriam lugar em escolas junto da faculdade de medicina e das escolas “cirúrgico-médicas” (sic), só para ministrar as 1ª e 3º cadeiras, podendo as restantes cadeiras ser frequentadas nos cursos da Faculdade ou das Escolas.

2º Curso de parteiras de segunda classe.

Este curso seria estabelecido em hospitais da província e do ultramar, aproveitando-se os facultativos respectivos para professores. Exigir-se-ia exame de ler, escrever e contar, feito perante um mestre de instrução primária e um professor da escola de parteiras. Duraria dois anos, com a seguinte distribuição lectiva:

1º ano

1ª cadeira - Noções de anatomia e fisiologia necessárias para inteligência de obstetrícia, circunstâncias que podem perturbar a gravidação e meios de as remover e de predispor para o parto normal, sinais que o distinguem do anormal e laborioso, e estados que reclamam a assistência de facultativo superior, socorros que devem prestar-se às mulheres grávidas, parturientes, puérperas e aos recém-nascidos; noções sobre os deveres da maternidade, vantagens da amamentação pelas mães e inconvenientes da feita por amas e da artificial.

2ª cadeira - Clínica de partos, de puerperas e de infantes

2º ano

Clínica de partos (2ª cadeira) e exercício de enfermeira por espaço de um ano.

As propostas de Macedo Pinto não foram directamente aplicadas, embora se lhes possa reivindicar uma influência difusa, tanto mais que se tratava de um manual com destino universitário, logo estudado pelos principais corpos profissionais donde se extraía a administração pública (medicina, direito). Mas as propostas de Macedo Pinto merecem ainda ser sublinhadas por outras razões. Assim, há da parte do autor um reconhecimento da “especificidade feminina”, mais adequada ao cuidar e com maior proximidade de sexo em relação às parturientes. Embora haja aqui uma inequívoca distinção de género, a discriminação acaba por ter algum sentido positivo, pois reconhece-se uma “disposição” *natural* na mulher, nomeadamente para a arte dos partos, embora “dentro de certos limites”, longe portanto do reconhecimento de igualdade de capacidades.

Em segundo lugar, há pela primeira vez uma proposta de ligação entre as parteiras e a enfermagem, no que se refere às parteiras de segunda classe, apontando um caminho que veio a ocorrer dezenas de anos depois.

Num terceiro aspecto, surge a evidência da incapacidade das novas escolas de parteiras formarem profissionais suficientes para cobrirem as necessidades do País, daí a persistência das curiosas e das “empíricas, ou seja, das que praticavam algum tempo em clínicas ou hospitais, situação que, segundo ele, urgia ultrapassar.

Também a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, num parecer do seu conselho tendente a uma reforma da Escola⁷⁵, se ocupava, ao lado dos outros, do curso de parteiras. Defendendo uma reforma urgente, apontava o facto de as alunas serem quase sempre das “classes do povo menos instruídas”, com graves deficiências ao nível do saber ler e escrever. E embora algumas mostrassem “talento e aptidão para o exercício da profissão”, não tinham na Escola a possibilidade de uma prática suficiente que as tornasse “hábeis e desembaraçadas na arte de partejar”. Assim, dizia-se, apesar de nos casos difíceis deverem ser chamados os médicos-parteiros, a verdade é que muitas destas parteiras ou

⁷⁵Parecer da Comissão encarregada pelo Conselho da Escola Médico Cirúrgica de Lisboa de elaborar um projecto de reforma para a mesma Escola. *Jornal das Sciencias Médicas de Lisboa*. (1867), p. 264-265.

aparadeiras nem sempre saberiam avaliar a complexidade do parto e por vezes desenvolveriam manobras intempestivas que poderiam complicar as situações.

A proposta da escola para o curso de partos estava então estruturada da seguinte forma:

1º ano - Curso teórico de partos.

Prática na enfermaria de partos.

2º ano - Repetição do curso teórico de partos.

Prática na enfermaria de partos.

3º ano - Prática na enfermaria de partos.

Uma formação repetitiva e eminentemente virada para os aspectos práticos, devendo as alunas ser obrigadas a fazer o “internado” na respectiva enfermaria, com o hospital de S. José a fornecer-lhes cama e mesa dentro do hospital e próximo da enfermaria de partos, pagando-lhes uma gratificação ligeiramente superior à das ajudantes de enfermaria. O trabalho a desenvolver seria regulado e fiscalizado pelo professor da cadeira de partos, com os exames a só poderem fazer-se ao fim dos três anos.

Esta incapacidade de formação de profissionais das artes médicas em número suficiente era na segunda metade do século um problema persistente. Por isso mesmo, a legislação de 1836 (decretos de 5 e 29 de Dezembro) permitia já à Universidade e Escolas Médico-Cirúrgicas a criação de cursos de “ministrantes” ou “licenciados menores” como forma de proporcionar socorros médicos a povoações que não tivessem meios de retribuição de facultativos mais graduados (as câmaras municipais criavam então “partidos” médicos, ou seja, lugares de médicos municipais, mas nem sempre o podiam fazer na quantidade desejável por falta de verba). Esta legislação suspensa por decreto de 26 de Abril de 1842, foi retomada em 1870 (decreto de 22.6.1870), renovando-se a esperança nos “ministrantes” como tentativa para resolver a abundância de curandeiros e curiosos, que a autoridade se considerava incapaz de extinguir, pois “ a opinião pública é

naturalmente indulgente” nestas situações. Estes médicos de segunda poderiam ser providos quando não houvesse concorrência de facultativos de maior graduação. É dentro deste espírito que, por exemplo, se declara extinta a classe dos sangradores (dec. de 13.7.1870), permitindo-se o seu exercício apenas aos que já se encontravam legalmente habilitados ou aos que o fizessem no prazo de três meses perante a Faculdade de Medicina ou as Escolas Médico-Cirúrgicas. D. António da Costa Macedo, então ministro da instrução do governo de Saldanha, estabeleceu mesmo regulamentos para os novos exames, para dentistas, parteiras, e depois também para os sangradores que quisessem requerer exame dentro dos noventa dias acima referidos. Ou seja, passava a haver profissionais de primeira e segunda classes, com estes naturalmente a serem preteridos nos concursos quando aqueles concorressem.

Assim, segundo as disposições do decreto de 13.7.1870 renovava-se a exigência de exame às parteiras, para que dessa actividade pudessem exercer profissão. As que não seguiam os cursos bianuais nas escolas de partos da Faculdade de Medicina ou das Escolas Médico-cirúrgicas de Lisboa, Porto e Funchal, era-lhes exigido um exame nessas mesmas escolas ou perante os delegados de saúde nos distritos que não tivessem escola ou faculdade. O requerimento de acesso a exame apresentado ao delegado de saúde do distrito onde residissem há mais de um ano consecutivamente, deveria ser acompanhado dos seguintes documentos, que revelam outras tantas exigências consonantes:

- 1- Certidão de terem 21 anos de idade;
- 2- Atestado de bons costumes, passados pelo pároco e administrador do concelho;
- 3- Certidão de facultativo em como não padeciam de moléstia contagiosa, e que além disso tinham sido vacinadas ou tinham tido bexigas;
- 4- Certidão de exame com aprovação nas matérias de instrução primária.
- 5- Certidão em como não foram reprovadas nas matérias de exame de parteiras em qualquer das Escolas de partos ou perante os delegados de saúde.

Aceite o requerimento e marcados os exames, estes versariam sobre as seguintes matérias:

- 1- Noções suficientes de anatomia da bacia e dos órgãos de geração da mulher;
- 2- Do parto natural nas diferentes apresentações e posições;
- 3- Dequitação e regimento;
- 4- Conhecimento dos obstáculos que se podem opor ao parto.

Um parágrafo único estipulava que o exame nestas matérias seria “vago”.

Os júris seriam sempre de três membros, todos médicos, sendo nas Escolas presidente o lente de partos, e nos distritos, o delegado de saúde, com cada um dos membros do júri a interrogar as aspirantes a parteiras durante um quarto de hora. Para estas *parteiras de segunda* crescia agora o número de limitações ao exercício da profissão: a carta de aprovação estabelecia a “proibição de empregar instrumentos cirúrgicos, de provocar manualmente o parto, e de prescrever tratamento algum no estado de gravidez, parto e puerpério”. Era-lhes passada uma licença provisória para exercerem no próprio distrito durante um ano, só depois lhes sendo passada a carta de habilitação se pela prática provassem competência. Também nessas cartas se lhes passava proibição de exercerem a sua arte em concelhos onde existissem parteiras habilitadas com frequência e exame dos cursos de parteiras da Faculdade e Escolas Médico-Cirúrgicas⁷⁶.

Esta legislação de 1870, promovida durante a ditadura do governo do marechal Saldanha, veio a ser anulada na generalidade posteriormente pelo parlamento, embora uma ou outra medida fosse depois pontualmente retomada. Um *Regulamento do curso de parteiras*, datado de 1903, retoma o ensino tradicional do curso de partos, uniformizando os procedimentos burocráticos dos cursos professados na Universidade de Coimbra e nas duas Escolas Médico-Cirúrgicas, quanto a inscrições nos exames, faltas, prescrições, organização do trabalho de enfermaria, etc.. Remete a elaboração dos programas para a

⁷⁶*Colecção de Leis e Regulamentos Geraes de Sanidade Urbana e Rural*. Lisboa: tomo II, 1878. p. 109-111.

responsabilidade dos conselhos escolares, recomendando as matérias elementares da gravidez e parto normal para o primeiro ano, deixando-se para o segundo o estudo das distocias, exercícios no manequim e a assistência clínica⁷⁷.

No campo da formação das parteiras, o salto qualitativo seguinte só acontece em 1919, pois as alterações de 1911 que transformam as Escolas Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina das novas Universidades de Porto e Lisboa não mexem com os cursos de partos. Será o regulamento do curso de parteiras da Faculdade de Medicina de Lisboa a introduzir alterações substanciais, nomeadamente com a exigência do requisito do curso de enfermagem, como se verá em capítulo posterior: as parteiras passarão a ser então enfermeiras-parteiros.

3.2 - Cursos de parteiras: que resultados?

Com a transformação em Escolas Médico-Cirúrgicas na reforma setembrista de 1836 do ensino médico, o ensino da obstetrícia é autonomizado, separando-se da cadeira de operações. O seu ensino passou de seis semanas para um ano. Mas, para as parteiras, o que passa a funcionar são “cursos de parteiras”, numa actividade paralela ao do ensino médico. Não existe ainda uma escola de parteiras autónoma, embora a expressão seja por vezes utilizada. Vejamos o que se passou no Porto a este respeito, de acordo com a escassa informação que foi possível obter.

Em 15 de Setembro de 1837, já o Conselho da Escola Médico-Cirúrgica do Porto tinha estabelecido que, nos termos da lei, haveria um curso de parteiras, gratuito, cuja matrícula decorria no período relativo aos outros cursos médicos, sendo necessário saber ler e escrever com certidão passada por professor público, ter uma idade mínima de 20 anos, além da certidão de vida e costumes passada pela autoridade de residência (administrador de bairro ou concelho). As aulas começariam a 9 de Outubro.

⁷⁷*Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. (1906-07), p. 187-188.

Não existem referências a quaisquer matrículas neste curso e referências posteriores confirmam que efectivamente não houve matrículas de imediato.

Perante o facto de o curso ficar deserto, o Conselho da Escola Médico-Cirúrgica insiste, "desejando quanto está ao seu alcance promover e facilitar a instrução das pessoas examinadas, ou não examinadas que exercem a profissão de parteira", decide em 31.10.1837 publicar uma circular a convidar estas pessoas para frequentar um curso gratuito, de seis meses, a contar de 15 de Novembro seguinte. A circular salientava que as alunas "não serão obrigadas a lições ou outros exercícios de aula mas unicamente à frequência que se desencontrará da concorrência dos estudantes". E prometia às que tivessem frequência regular um certificado que lhes daria "consideração na sociedade"⁷⁸.

Após esta insistência houve resultados, ainda que escassos. Os livros da Escola registam finalmente duas matrículas para o ano lectivo de 1837-1838: duas alunas de idade elevada, uma de 36 anos natural do Porto, e outra de 35 natural de Estremoz. E o movimento de matrículas só muito lentamente ganhará relevo quantitativo.

Mas desta forma, diz o Professor Assis Vaz no discurso de abertura da Escola Médico-Cirúrgica de 7.10.1839, se encontrou o meio de acabar com o "estado de infancia e abandono em que se achava no País o ramo de cirurgia exercido pelas Parteiras":

"Permitia-se que qualquer se applicasse a este ramo da arte de curar, com os mesmos princípios, como se fosse aprender hum dos officios mecânicos mais ordinários: - permitiam-se exames por comissão, simulacro de exames: - tolerava-se aluvião de curiosas, que de um momento para o outro se apelidavam parteiras, com evidente risco de saúde pública".

(...)

Dificuldades inumeráveis teve a Escola em chamar e habituar as Aspirantes à prática, e usos escolares, e para vencer a repugnância de as fazer assentar em seus

⁷⁸Museu Maximiano Lemo (U.P). *Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Livro de Registo Geral, 1º Livro (1825-38)*, p. 87-91.

bancos. As matriculadas neste primeiro ano tiveram um curso particular pelo respectivo professor, e por ele foram guiadas na enfermaria da Maternidade, aonde observavam e assistiam às parturientes, e lhes eram subministrados todos os esclarecimentos que podiam tornar-lhes eficaz esta clínica.

Os exames d'ora avante feitos, oporão diques à impetuosa torrente de imoral e desumana relaxação, com que em menoscabo, e gravissimo dano da saúde pública se tem aprovado um sem número de pessoas, reconhecidamente insuficientes, e ignorantes. Terminados os dois anos de uma frequencia regular, as que houverem de receber o diploma da ciência, e da boa prática, apresentar-se-ão com toda a confiança às Mães que reclamarem seus socorros. Qual não será a sua satisfação, e tranquilidade, quando virem junto do seu leito, a solitudine atenta que anima, e ao mesmo tempo o saber que dá resolução e coragem!⁷⁹

O que agora se operacionaliza é, de algum modo, o modelo setecentista europeu, também presente na legislação portuguesa, que reduzia a formação ao acompanhamento da prática e à audição de algumas lições teóricas e depois ao exame. As parteiras serão agora mais claramente dependentes do médico, que, em última instância, as examina e decide da sua aprovação. O simples facto de assistirem às aulas dos médicos e de aceitarem as regras escolares por aqueles instituidas acentua a dependência, tanto mais que era notória a discriminação entre estudantes de cirurgia e candidatas a parteiras, com estas a terem uma versão aligeirada da teoria e um trabalho muito prolongado na enfermaria, no acompanhamento prático.

Basta folhear as gazetas médicas do Porto para perceber que tudo ficava dependente das qualidades do lente de partos, da sua capacidade para convencer a administração a fazer os investimentos em material e nas condições das enfermarias de cujas condições higiénicas as gazetas e memórias dizem o pior possível.

⁷⁹SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. p. 19-20.

Em 1843, a Escola tinha dois manequins “ou bonecos de trapos com seus competentes fetos, onde se podem fazer todas as manobras próprias a facilitar o parto, nas variadas posições que o feto oferece”, além de uma colecção de instrumentos variados, onde se distinguem 10 forceps. Havia também um livro de registo, para a estatística obstétrica, na qual se fazia o registo de identificação da mãe, números de partos, datas de entrada e saída, bem como o do filho (dia de nascimento, apresentação, tempo de parto, saúde, sexo, dimensões e destino)⁸⁰.

Os livros da antiga Escola-Médico Cirúrgica do Porto, existentes no Museu Maximiano Lemos, permitem-nos obter algumas informações sobre o que foi a formação e produção de parteiras por aquela escola. Embora os dados colhidos suscitem interrogações diversas sobre a sua qualidade e apresentem lacunas de diverso tipo (há indicadores no registo que desaparecem de repente, como é o caso das idades) é possível formular configurações quantitativas sobre as parteiras em formação.

⁸⁰SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. p. 18-19.

**Quadro II – Registo de matrículas e diplomas de parteiras
Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1837-1907**

Ano lectivo	Matrículas	Diplomas	Ano Lectivo	Matrículas	Diplomas
1837-38	2	0	1872-73	0	0
1838-39	1	0	1873-74	1	0
1839-40	0	0	1874-75	3	1
1840-41	1	2	1875-76	5	2
1841-42	0	0	1876-77	4	1
1842-43	0	2	1877-78	2	3
1843-44	1	0	1878-79	0	1
1844-45	1	0	1879-80	5	0
1845-46	2	2	1880-81	3	0
1846-47	4	0	1881-82	1	4
1847-48	3	0	1882-83	7	0
1848-49	0	3	1883-84	6	2
1849-50	0	1	1884-85	6	5
1850-51	2	0	1885-86	2	7
1851-52	2	1	1886-87	5	2
1852-53	1	0	1887-88	4	5
1853-54	2	4	1888-89	0	2
1854-55	0	0	1889-90	9	1
1855-56	2	1	1890-91	5	6
1856-57	2	2	1891-92	7	4
1857-58	3	2	1892-93	2	8
1858-59	2	0	1893-94	10	2
1859-60	2	0	1894-95	6	8
1860-61	2	0	1895-96	13	5
1861-62	2	1	1896-97	17	12
1862-63	2	0	1897-98	10	13
1863-64	0	2	1898-99	2	6
1864-65	2	0	1899-00	0	5
1865-66	1	0	1900-01	0	5
1866-67	0	1	1901-02	5	0
1867-68	3	0	1902-03	16	11
1868-69	2	0	1903-04	15	2
1869-70	4	3	1904-05	17	13
1870-71	1	1	1905-06	...	5
1871-72	0	3	1906-07	7	4

Como se pode observar, o curso de parteiras era mais uma expressão discursiva do que uma realidade. Só nos finais do século XIX, os números de matrículas e de diplomas começam a ganhar significado quantitativo, ficando-se antes dos anos 90 pelas duas ou três unidades, e daí para a frente pode atingir-se pontualmente a dezena. Pode mesmo

perguntar-se se o curso de parteiras funcionava aqui apenas para cumprir a lei, sem que o corpo médico-docente se empenhasse a fundo na sua produtividade, ou se havia algum tipo de retracção que impedia as mulheres de se matricularem. Com este produto final de formação não se concretizaria qualquer objectivo de tipo higienista que visasse cobrir o País (e neste caso, pelo menos, o Norte) com a assistência de parteiras diplomadas. Este número dificilmente permitiria que estas parteiras chegassem aos meios rurais, devendo ficar pela cidade e especialmente pelos lugares hospitalares. Sublinhe-se que, por exemplo, para o ano lectivo de 1865-66 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, o curso de partos apresentava 17 matrículas (1º ano - 9 ; 2º ano- 8; aprovadas 5), o que, revelando outra eficiência, também não representa uma quantidade expressiva. E recorde-se que a formação de médicos nas duas Escolas também não costumava atingir a dezena em cada uma delas, por esta altura. Procurando números que nos forneçam uma ideia do volume nacional de formação de parteiras na transição do século, fixemo-nos, por exemplo, no ano de 1904-1905: segundo o anuário estatístico respectivo, as parteiras aprovadas pelas Escolas Médico-Cirúrgicas foram ao todo 31 (Porto -13; Lisboa-14; Funchal - 4; Coimbra -0)⁸¹.

Recorrendo à informação sobre idades, tendo em conta os casos que as apresentam, podem tirar-se outros tipos de ilações (Quadro III).

**Quadro III - Idades nas matrículas do curso de partos –
Escola Médico-Cirúrgica do Porto – 1837-72 e 1873-1907**

Idades	1837-72 (nºs)	1837-72 (%)	1873-1898 (nºs)	1873-1898 (%)
15-19	2	4,3	6	5,8
20-24	23	48,9	29	28,4
25-29	10	21,3	27	24,8
30-34	2	4,3	22	21,6
35-39	4	8,6	10	10,2
40-44	3	6,4	5	5,1
45-49	2	4,3	3	2,9
50-54	1	2,2	0	-
Total	47	100	102	100

⁸¹ *Anuário Estatístico, 1904-1905*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908. p. 361-375.

Como se pode ver, as alunas matriculadas no curso de partos eram jovens, muitas delas não teriam qualquer experiência maternal prévia, embora haja casos de idade adiantada, bem como de idades mais baixas do que as previstas na lei (20 anos). Embora as idades médias obtidas nas duas séries seja idêntica (em torno dos 26 anos), a verdade é que a distribuição por grupos de idades mostra uma aceitação crescente de candidatas de idades mais elevadas, o que se observa melhor se as distribuirmos por dois grandes períodos temporais.

No que se refere ao currículo, para lá do que a lei estabelece na generalidade, só foi possível avançar no conhecimento mais desenvolvido dos programas do 1º e 2º anos, através dos anuários da Escola Médico-Cirúrgica, cujo primeiro volume surge no ano lectivo de 1906-1907 e se estendem até 1910 (depois publicam-se os anuários da Faculdade de Medicina, com a transformação institucional operada pela República, embora não apresentem continuidade)

Assim, em 1906-1907, os programas das aulas teóricas do curso de partos na Escola Médico- Cirúrgica do Porto eram os seguintes:

1º ano

- 1- Estrutura e funções do corpo humano em geral - Gravidez em geral - Evolução regular do ovo - Embrião humano.
- 1- Bacia da mulher - Exame das mulheres grávidas - Sinais de gravidez.
- 2- Órgãos genitais femininos - Deveres da parteira durante a gravidez.
- 3- Mecanismo do parto - Deveres da parteira durante o parto.
- 4- Enfermagem às mulheres grávidas, às parturientes e aos recém-nascidos.

2º ano

- 1- Hemorragias do útero durante a prenhez - Sinais de prenhez e cálculo da sua duração.
- 2- Forças expulsivas no parto. Dores irregulares.

3- Apresentações irregulares.

4- Bacia mal conformada. Posição natural da criança e sua passagem pela bacia.

5- A criança recém-nascida. Enfermagem das crianças recém-nascidas.

6- Condições irregulares da placenta. Morte aparente da criança. Descida do cordão.

Parte prática na enfermagem: mecanismo geral do parto; deveres da parteira em relação com o parto regular; enfermagem das mulheres paridas; diagnóstico de apresentações e posições.

Em 1908-09, o programa apresentava alterações substanciais na descrição dos tópicos a abordar, o que ocorre com a nomeação de novos professores. Ainda que a listagem de conteúdos possa constituir uma mera formalidade sem grandes consequências práticas, não pode deixar de sublinhar-se o maior rigor formal na calendarização e selecção das matérias, nomeadamente por parte do Prof. Cândido de Pinho, que leccionava o 2º ano, a partir desse ano. Apresenta desde logo uma maior sistematização dos conteúdos, cobrindo os principais tópicos que ainda hoje são decisivos no conhecimento da arte de partejar, e que pode revelar uma preocupação tanto de ensinar o que a parteira precisa de fazer, como o que deve conhecer para não fazer e solicitar a respectiva intervenção médica, através de um maior cobertura das patologias ao nível do ensino. Veja-se ainda a abordagem da problemática do “aborto” como um ponto final do programa, a revelar preocupações deontológicas então em voga. No programa do primeiro ano, registe-se agora a introdução de um item relativo a anti-sepsia e assepsia, problema agora a suscitar pelo menos reflexão teórica.

Programa do Curso de parteiras -1º ano - Prof. Oliveira Lima

- Noções gerais sobre a estrutura e funções do corpo humano.

- Estudo anatómico da bacia da mulher.

- Anatomia dos órgãos genitais femininos, internos e externos.
- Noções de fisiologia sobre menstruação, ovulação e gravidez.
- Evolução normal do ovo. Anatomia e fisiologia do embrião e do feto.
- Exame das mulheres grávidas.
- Sinais da gravidez.
- Deveres da parteira durante a gravidez.
- Mecanismo geral do parto; apresentações, posições e trabalho.
- Antisepsia e asepsia.
- Deveres da parteira durante o parto fisiológico.
- Enfermagem às mulheres grávidas, às parturientes e aos recém-nascidos.

Programa do Curso de parteiras -2º ano - Prof. Cândido de Pinho

Lições 1 a 6 - Repetição da anatomia dos órgãos genitais internos e externos, da bacia e da cabeça fetal.

Lições 7 a 10 - Repetição do mecanismo normal do parto. Apresentações e posições. Fenómenos do trabalho. Responsabilidades da assistência.

Lição 11 - Anomalias da contração uterina.

Lição 12 - Distocia do colo.

Lição 13 - Distocia da vagina, da vulva e do períneo.

Lições 14 a 16 - Viciações da bacia. Pelvimetria. Responsabilidades da assistência.

Lição 17 - Ruptura uterina.

Lições 18 a 20 - Distocia fetal. Especificação dos perigos nas apresentações anómalas. Procidência dos membros e do cordão. Excesso do volume fetal. Ausência de rotação.

Lições 21 a 23 - Distocia da dequitação. Inercia uterina. Hemorragias. Contracturas do útero. Dificuldades da dequitação artificial e seus acidentes.

Lição 24 - Consequências normais do parto.

Lições 25 a 28 - Consequências patológicas do parto. Retenção placentária. Infecção puerperal. Enfermagem das infectadas.

Lições 29 a 30 - Cuidados que devem prestar-se ao recém-nascido. Laqueação do cordão. Estados asfíxicos. Noções gerais da amamentação.

Lição 31 - Gravidez múltipla e parto correlativo.

Lição 32 - Aborto. Hemorragias da gravidez.

Lição 33 - Inserção viciosa da placenta.

Lição 34 - Eclampsia.

Lição 35 - Gravidez extra-uterina.

Lição 36 - Morte do feto dentro da cavidade uterina.

Lição 37 - Aborto criminoso.

Esta estrutura geral dos programas mantêm-se ao longo dos anos seguintes, como se pode ver através dos anuários disponíveis. Para acompanhamento das actividades lectivas, recomendava-se o *Manual de partos para parteiras*, de Silva Jones.

3.3 - As parteiras na prática

A representação que a literatura médica nos fornece das parteiras favorece, naturalmente, as imagens caricaturais, o que até se pode aceitar se atendermos a que os médicos procuravam através dos seus escritos propugnar por reformas no sector e o sublinhar da caricatura criava maior sensibilidade nos leitores, embora esta estratégia produzisse um efeito arrasador sobre as imagens da parteira.

A Gazeta Médica do Porto, num artigo em que um médico reproduz a sua memória relativamente ao Hospital de Santo António, por altura da criação da Escola de Cirurgia (1825), referindo-se às parteiras do hospital de Santo António diz que “quando se demoravam mais as secundinas, mandavam assentar a parida em uma cadeira de braços

com um chapéu de homem na cabeça e uma garrafa vazia na mão, por cuja boca mandavam assoprar a parturiente com quanta força tivesse, fazendo grandes bochechas a fim de facilitar a saída destas”⁸². Se descontarmos o folclore do chapéu, que até pode ter algum efeito simbólico no sentido de conferir força, conotando-a com o efeito masculino, o acto de soprar assim tem alguma tradição, ainda hoje se recomendando em idênticas circunstâncias actos de “puxar” que apontam no mesmo sentido, embora, segundo alguns autores, isso possa conduzir a problemas pós-parto, como a inversão uterina.

Mas, em termos de comparação, as imagens mais dramáticas no que concerne à medicalização dos partos pertenciam aos cirurgiões, a quem, por determinação legal, cabia a resolução dos casos complicados. O mesmo testemunho diz ⁸³:

“Em obstetrícia não havia um cirurgião que soubesse fazer a extracção da cabeça do feto em um parto feito pelos pés; chegando as mães a ir para a sepultura com os filhos mortos deperdurados entre as coxas, como mais de uma vez aconteceu. Algumas vezes as tracções feitas sobre o corpo do feto, para extrair a cabeça eram tão fortes, que esta se separava do corpo, ficando dentro do útero, sendo algumas vezes chamado para fazer a sua extracção na presença dos cirurgiões que a tinham arrancado! “

Por esta altura a hospitalização para o parto já nos surge com frequência. Se para o hospital de Santo António iam provavelmente mulheres pobres ou desapoizadas, já para os hospitais das Ordens religiosas só iam em princípio as “irmãs”, ou seja as inscritas que pagavam as respectivas contribuições para usufruírem dos benefícios laicos ou religiosos que essas Ordens prodigalizavam. Ora no hospital do Carmo, em acta da sessão de 24.IV.1831, refere-se a ausência de determinações relativas a admissões de grávidas de irmãs da Ordem, *“resultando disto o abuzo de se tratarem muntas que bem o podião fazer em sua Caza, e outras que com nome suposto se tem recolhido e tratado; tãobem*

⁸²Cit. por MONTEIRO, Hernâni, ob. cit., p. 174.

⁸³A anatomia e a cirurgia no Porto em 1825. *Gazeta Médica do Porto*. nº 195 (15.2.1850) p. 24. Citado por SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*, Porto: 1926.

tinha observado que o seu tratamento logo que se recolhem para tal efeito, era dispendioso, e oposto a bem regulada economia que a Mesa tanto tem diligenciado; porque apenas recolhidas são tratadas a gallinha, e vinho generoso, motivando isto não só maior despeza, como tãobem o anteciparem-se para o disfrutar”. De entre as medidas a tomar, a Mesa passava a exigir documentação de pobreza e autorização do Prior da Ordem e recomendava aos facultativos para serem mais “economicos nos alimentos que mandam dar ás nossas irmans gravidas; porque os alimentos de gallinha e vinho generoso, so se deve aplicar na proximidade do parto, e em algum tempo depois delle, sendo que outra molestia não exhiba”⁸⁴.

O que se verificava, entretanto, era a actividade liberal na área dos partos. Algumas parteiras certificadas abriam clínicas para o exercício legal da sua actividade. Note-se que, para exercerem, todas as parteiras, tal como os outros profissionais das artes de curar, eram obrigados a matricularem-se nas administrações de concelho, no âmbito da legislação sobre o serviço de saúde (dec. de 3.1.1837, reformado em 3.12.1868). A não inscrição na repartição respectiva era punível com pena de prisão de três a trinta dias e multa de 10\$000 rs. O código penal de 1852 estipulava ainda outras medidas específicas contra as parteiras: a parteira que fosse chamada a exercer algum acto da sua função para efeito de autoridade pública e recusasse seria punível com pena de prisão até três meses; a parteira que em caso urgente recusasse o seu auxílio profissional seria punida com prisão até trinta dias e multa até 20\$000 réis.

Entretanto, dada a necessidade de se obter a respectiva licença de porta aberta, é possível encontrar alguns registos de alvarás no fundo arquivístico do Governo Civil do Porto, fornecendo alguma informação sobre as parteiras (*Livro de alvarás*, nº 22). Veja-se um caso, já que a natureza burocrática dos registos leva a uma repetição em que só os dados particulares de identificação e residência se alteram. Assim, em 28.11.1866, o Governador Civil concedia licença a Maria Delfina de Abreu, parteira diplomada pela

⁸⁴Transc. Por MONTEIRO, Hernâni, ob. cit., p. 129-130.

Escola Médico-Cirúrgica do Porto, para ter uma “casa de partos”, com duas camas na Rua do Bonjardim, nº 166, com a condição de satisfazer o regulamento e de ter os utensílios exigidos pela Delegação de Saúde. Que utensílios? Uma lista anexa elucida-nos dos elementos necessários numa casa de partos:

a) móveis

1 cama de ferro, baixa, com duas cabeceiras, para cada doente;

1 cadeira de partos;

1 jarro e uma bacia de mãos;

1 bacia para semicúpios;

1 canoa para banhos gerais;

1 seringa e borrachas para injeções;

2 esponjas;

vasos para despejos;

agulhas, linhas enceradas e tesoura;

2 encerados para canuas;

2 faixas contentórias;

4 ligaduras;

3 cobertores;

6 lençóis;

2 toalhas;

b) medicamentos

1 vidro de água de canela;

1 dito de óleo de amendoas doces;

1 dito de óleo de ricínio;

1 libra de linhaça em pó;

1 dita de mostarda em pó;

Banha das dores, tília e folhas de laranjeira.

Só elementos de cuidar, cujo uso se destinava à higiene e massagens, salva a possibilidade de alguma sutura.

De entre estes objectos e materiais que apetrechavam a clínica da parteira, preste-se atenção à cadeira de partos, um elemento simbólico na literatura sobre a maternidade. Já nas memórias da Academia Real das Ciências surge em 1815 um texto sobre a cadeira de partos, ilustrado com figuras⁸⁵. Aí o autor, o dr. Melo Franco, invoca a necessidade de um lugar cómodo na hora do parto, adequado à configuração da bacia, que permita fazer o esforço necessário e alterná-lo com o descanso nos intervalos das dores, achando que essa posição deveria ser meio deitada. Aconselhava então uma cadeira com determinadas características: ter costas móveis, para levantar e baixar; ser o mais simples possível; ser fácil de desmanchar e armar; poder transformar-se em cama sem grande movimento da parturiente; transportar-se facilmente; ser acessível no preço. Dizia que as nossas parteiras costumavam usar a cadeira descrita por Voelter em 1679, de costas perpendiculares e imóveis, que só permitiam uma posição. Em contrapartida, defendia uma cadeira articulada, segundo o modelo da Dr. Stein, segundo um opúsculo desde médico de 1772, a que acrescentava algumas melhorias feitas pelo Dr. Osiander, seu professor na Alemanha, onde Melo Franco estudara. Atribui várias consequências negativas à cadeira fixa e defende a necessidade de reclinar a parturiente em muitas situações complexas ou de intervenção, nomeadamente na utilização do forceps, administração de injeções, operações manuais além das razões de higiene que o leito nunca poderia substituir. Tratava-se então de uma cadeira cujo assento deveria ter uma abertura em paralelogramo, arredondado na parte posterior (e não em meia lua, como era habitual). Preocupava-se ainda com a compressão nos rins da parturiente no sentido de lhe aliviar o mal-estar, o que se conseguia “com um travesseiro de coiro, da largura do assento da cadeira”. Braços da

⁸⁵FRANCO, Justiniano de Mello - Memória sobre a descrição, e vantagens de uma cadeira obstetricia da invenção do professor Stein, depois reformada, e emendada principalmenye pelo professor Osiandier. *História e Memórias da Academia Real das Sciencias*. Lisboa: tomo IV (1815), p. 22-39.

cadeira estofados, com duas maçanetas nas extremidades para as parturientes se agarrarem, ao mesmo tempo que fixavam os pés num estribo, e quando a parturiente por estar reclinada não pudesse chegar às maçanetas, prendiam-se aí umas fitas largas e macias que ela poderia segurar para o mesmo efeito. Para lá dos aspectos ergonómicos que Melo Franco elogiava, havia ainda outro problema que a cadeira resolvia, por ser fácil de desmanchar, transportar e armar, o de ser “difícil achar meios de armar um lugar cómodo para o parto, principalmente em casa de gente pobre, onde é muitas vezes impossível”. Vale a pena sublinhar que neste texto de 1815, Melo Franco terminava a sua mensagem, lamentando que na sua Pátria “não haja hum Estabelecimento Público, onde se formem parteiros e parteiras, que sirvão de auxílio e não de ruina às desgraçadas que os hão mister; sendo aliás indubitável que sem Escolas nunca haverá um bom Parteiro”⁸⁶. Sugeria então uma petição ao Príncipe que haveria de dar alguns resultados nesse sentido em 1825, com a criação das Escolas de Cirurgia, que passaram a integrar cursos de partos.

No que às cadeiras obstétricas se refere, alguns médicos posteriores, vocacionados para a história da medicina e a etnografia, vieram a recolher mais informações. Assim, Costa Sacadura e Alberto Saavedra dizem-nos ter arrolado 16 cadeiras de partos, 13 das quais no Porto. Das imagens e descrições nenhuma se parece com o modelo preconizado por Melo Franco: são, no geral, cadeirões quase vulgares, com a abertura oblonga no assento, quase em geral fixas e de costas perpendiculares⁸⁷.

A cadeira era, portanto, um elemento de trabalho da parteira, que, como vimos pela concessão do alvará, era obrigatório para as profissionais legalizadas. Há descrições romanescas de parteiras com a sua inseparável cadeira, como a produzida por Gervásio Lobato (in “Lisboa em camisa”), em que uma parteira (D. Leonarda) ia desempenhar um papel numa peça de teatro, mas como estava demorada, mandaram-lhe um bilhete para que se apressasse, o que resultou num equívoco cómico:

⁸⁶Idem, *ibidem*, p. 37.

⁸⁷SACADURA, Costa ; SAAVEDRA, Alberto - *Cadeiras obstétricas de Portugal e Espanha*. Lisboa: 1948.

“Venha depressa, já. Está fazendo muita falta. a hora está a dar. Traga todos os apetrechos”.

Daí a pouco batiam à porta.

O Conselheiro foi abrir. Recuou espantado. Um galego trazia às costas uma enorme cadeira e atrás do galego vinha uma mulher que ele nunca vira.

- Mora aqui o Sr. Conselheiro Torres? perguntou a mulher.

- Sim senhora... mas...

- A D. Leonarda não está em casa, mas eu sou colega dela, aprovada pela escola médico-cirúrgica, e como o caso é urgente, e dizia no bilhete que trouxesse os apetrechos, aqui venho com a cadeira⁸⁸.

A cadeira obstétrica era, então, um instrumento típico, pelo qual se identificava a parteira, mas que também pode interpretar-se como o símbolo do respeito pelas posições tradicionais assumidas no parto, ultrapassadas com a medicalização, que remeteu a parturiente para a cama, de forma obediente, em posição de decúbito dorsal. Posição esta mais conveniente ao obstetra e aos múltiplos exames que este desencadeia, mas com resultados discutíveis no processo de expulsão e de colaboração da parturiente. Posição em que muitos vêem um elemento simbólico de um exercício de poder⁸⁹.

Se tentarmos uma aproximação quantitativa, que números temos para as parteiras do Porto em exercício? Uma resposta com alguma aproximação pode ser-nos fornecida pelos almanaques da Cidade do Porto, uma publicação regular, que nos permite seguir a evolução não só da identificação das parteiras como das outras artes de curar. Contando esses nomes, temos o seguinte quadro, que nos mostra como estamos sempre a trabalhar, ao nível local, com um número reduzido de profissionais, com uma relativa estabilidade que só dobra com a passagem do século, fenómeno de multiplicação que também se

⁸⁸GOMES, Gerarda - *As parteiras na Literatura e na Arte*. Lisboa: 1955. Separata de *Revista de Enfermagem*, n.ºs 6-7 (Dez.º e Fev. 1954-1955).

⁸⁹KITZINGER, Sheila, ob. cit., p. 76.

verifica para os médicos, dentistas e farmacêuticos, a acompanhar naturalmente a evolução demográfica da Cidade e também a difusão das preocupações higienistas.

Quadro IV - Evolução do nº de profissionais de “artes de curar” na cidade do Porto (1852-1906)

Arte/Ano	1852	1854	1862	1872	1883	1899	1906
Médicos	27	27	30	23	22	164*	203*
Cirurgiões	54	50	38	37	79	**	**
Parteiras	16	19	14	19	20	37	43
Algebristas	4	2	2	2	2	4	4
Farmacêuticos	51	49	39	37	45	74	90
Dentistas	2	4	4	6	9	16	20

Fonte: Almanques da Cidade do Porto para os diversos anos

* São mulheres (4 em 1899; 6 em 1906)

** São englobados nos médicos.

Apesar de constituírem um número relativamente pequeno na cidade do Porto, as parteiras não tinham uma vida profissional fácil. O parto sempre foi um acto doméstico e as entreatadas da vizinhança costumavam resolver as situações de normalidade. A medicalização só ocorria para as famílias com mais estatuto social ou para ocorrer a previsões de complicação. Assim, as parteiras especializadas tinham nas “curiosas” e nas ancestrais práticas de recurso à vizinha o grande obstáculo à sua expansão.

Em 1896, o médico A. Maia Mendes, professor da escola de partos na Escola Médico-Cirúrgica, dá-nos conta⁹⁰ das “muito precárias condições” que as profissionais apresentavam, tendo-se-lhe dirigido um grupo para que as ajudasse no lançamento e organização de uma associação de classe. Vinte e tal parteiras participaram então numa reunião (21.12.1896), onde debateram os seus problemas, denunciando mais uma vez o abuso das *curiosas*, cuja actuação Maia Mendes classificava como um “atentado contra a segurança pública”, pois conhecia da sua prática hospitalar “desarranjos por manobras

⁹⁰MENDES, A. Maia - As parteiras do Porto. *A Medicina Moderna*. Vol. II (Dez. 1896), p.3.

erradas ou pela ingestão despropositada de remédios do tratamento de cá de fora”. Administração intempestiva da cravagem, socorros tardios ou manobras erradas eram situações frequentes provocadas pelas *curiosas*, testemunhadas por Maia Mendes.

Este médico, numa atitude de paternalismo e enquanto formador, aconselhava então duas vias para a defesa da classe, como forma de ultrapassar os dois grandes problemas que eram a tolerância das curiosas e a preparação rudimentar das parteiras: por um lado, dado as escolas não exigirem preparatórios mais do que o saber ler e escrever, aconselhava a criar mais exigências nas admissões e a dificultar os cursos para que “a fecundidade das escolas não inundasse de parteiras os grandes centros de população”, tentando-se diminuir a concorrência; por outro lado, chamava a atenção para a situação anormal de infecções puerperais no Hospital de Santo António, derivadas de infecções por ocasião dos partos, recomendando formação no domínio da assepsia. Assim, apoiava a ideia da associação que deveria, na sua óptica desenvolver três linhas programáticas:

- a) esforçar-se para a proibição da acção das parteiras não encartadas, devendo para isso exercer vigilância e pedir o auxílio das autoridades e da Sociedade União Médica;
- b) empenhar-se para dificultar o acesso à formação, pelo menos no que respeitava a requisitos “preparatórios”;
- c) tendo em conta os progressos recentes da assepsia e da anti-sepsia, a associação deveria solicitar das autoridades de saúde um “código uniforme de desinfecção puerperal, no qual serão instruídas todas as associadas, obrigando-se uma por uma a cumpri-lo e a fazê-lo cumprir, por si e pelas suas clientes, sempre que assistam a qualquer parto”.

Nos inícios do novo século o número de parteiras em exercício no Porto tinha duplicado, numa multiplicação que é paralela à das outras artes sobreviventes: médicos (agora numa designação que abrange também os cirurgiões), dentistas e farmacêuticos, pois só os algebristas pareciam sem futuro. A crise das parteiras não pode, portanto, dissociar-se do efeito da multiplicação de profissionais e da concorrência na sua

actividade. E este parecia ser de facto um problema sério para as várias classes das profissões médicas ou paramédicas. É o que se pode observar num jornal como *A Medicina Moderna* que nos apresenta para os anos 90 uma série de artigos contestando a nova contribuição industrial que se abatia sobre a classe e se formula um discurso anti-fiscal, procurando justificá-lo com as dificuldades que então se sentiam. São elucidativos alguns trechos de uma representação da classe médica do Porto à câmara de deputados, contra o decreto de 28.06.1894 que onerava em quase 100% a contribuição industrial (passava de 46\$750 para 71\$500, além de outros impostos adicionais que acabam por elevar a taxa para os 100\$000 réis):

... a clínica na cidade do Porto se achava muito prejudicada por duas condições locais - a enorme multiplicidade de associações de socorros mutuos e a grande acumulação de médicos. A maior parte dos habitantes e famílias menos abastadas do Porto estão filiadas naquelas associações, que prestam serviços médicos por diminitas amidades; e se tal circunstância, barateando estes serviços, redundam em grande beneficio do público, actua também, e inversamente, na depressão dos proventos clínicos da classe medica.

A acumulação dos medicos tem-se agravado de modo que no Porto a relação entre o seu numero e a população representa já um sinal de crise para a classe, por ter ultrapassado os limites da lei económica que regula este exercicio profissional. Não se conhece hoje no Porto ninguém que tenha avantajado fortunas pelo simples exercicio da profissão médica: os mais felizes granjeiam uma modesta mediania; os outros, a grande maioria, vivem das contingências do trabalho dia-a-dia, ou suprem com rendimentos de outra procedência a insuficiencia dos rendimentos da profissão.⁹¹

Esta movimentação de classe organizou-se em torno da Sociedade União Médica, uma sociedade de cariz até aí científico e que então, segundo uma reunião de 14.2.1896,

⁹¹Representação. *A Medicina Moderna*. Vol.I (1894-1896), p.79.

passou a ser considerada como tendo uma dupla função, “como associação de classe e como corporação científica”, devendo ser “uma instituição de defesa dos interesses dos médicos do Porto”, sem descurar embora a discussão e crítica do movimento científico. Propunha-se mesmo que houvesse “sessões económicas” alternando com “sessões científicas”. Falava-se então da necessidade de encarar “o triste futuro que está reservado aos médicos do Porto, se continuar a aumentar o desequilíbrio entre a oferta de serviços e a necessidade deles”⁹². O problema foi tratado em vários outros números dessa publicação, surgindo títulos de artigos como “o proletariado médico” e defendendo-se de uma forma geral o associativismo profissional.

Pouco depois, numa nova reunião da *Sociedade União Médica* (9.3.1896), era a classe dos farmacêuticos que devia repensar a sua condição de classe, passando em revista a história da sua formação, os serviços de fiscalização, pondo-se em relevo a existência de 76 farmácias nessa altura⁹³. Em conclusão, a crise dos finais do século passado em Portugal atravessava todas as classes, e as profissões médicas e paramédicas não escapavam a ela, para isso contribuindo na opinião dos diversos profissionais a forte e desigual concorrência, dado o acréscimo no número de profissionais e nos casos das parteiras e dos farmacêuticos esse número era ainda acrescido com os não legalizados que invadiam o seu campo de actuação impunemente. A uns e outros a *Sociedade União Médica* prometia apoio, constituindo-se numa plataforma de discussão profissional e reivindicativa e simultaneamente de discussão científica.

Não sabemos por enquanto os desenvolvimentos da *Sociedade União Médica*, mas em 1910 a *Gazeta dos Hospitais do Porto* anunciava o início de actividade da Associação de Classe dos Médicos do Norte de Portugal, composta de profissionais dos distritos a norte de Aveiro e Guarda incluídos, que se propunha resolver todas as questões de tipo profissional e de interesse médico, bem como “combater o exercício ilegal da medicina sob

⁹²Sociedade União Médica. *A Medicina Moderna*. Vol. I (1894-96), p. 228.

⁹³Sociedade União Médica. *A Medicina Moderna*. Vol. I (1894-96), p. 236-237.

todas as suas formas", elaborar um código de deontologia médica, não esquecendo a assistência mútua através da criação de uma caixa de pensões para os sócios carentes e uma cooperativa. Esta associação tinha na presidência da assembleia geral Júlio de Matos e na da comissão administrativa Mendes Correia⁹⁴.

3.4 - As novas técnicas obstétricas

A participação crescente dos cirurgiões nos partos para resolução dos casos complicados, dadas as proibições impostas às parteiras no sentido de não usarem instrumentos cirúrgicos, conduziu a que fossem aqueles a descobrirem no decurso das operações que realizavam as principais técnicas que se vieram a revelar decisivas na salvação da mãe e da criança nas situações extremas. É certo que sendo os manuais escritos pelos cirurgiões homens, haverá tendência a atribuir aos autores dos textos descobertas que poderiam entretanto ter ocorrido no acompanhamento de partos naturais. Mas a separação tendencial da obstetrícia do domínio da cirurgia geral ao longo do século XIX, criando-se cirurgiões especializados nesta área, ajudou a sistematizar observações e a extrair daí conclusões que ajudaram a encontrar soluções eficazes. Assim, depois de reconhecida a importância de técnicas obstétricas simples desenvolvidas no século XVIII (caso do "toque" que permite detectar a dilatação uterina e a posição fetal, da auscultação, da pelvimetria) justifica-se uma referência às novas descobertas técnicas que, pela sua superioridade, ajudaram a superar as complicações da natureza nos partos e, dessa forma, contribuíram para delimitar espaços profissionais que antes eram essencialmente conflituais. À parteira ser-lhe-á definitivamente entregue a função de assistir aos partos naturais e aos médicos-parteiros cabe-lhes resolver os casos complexos, pela administração de técnicas cuja evolução passarei a resumir. Trata-se, no fundo, de

⁹⁴ Associação de classe dos médicos do norte de Portugal. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1910), p. 29-30.

distribuir o trabalho segundo uma distinção de género: a parteira-mulher cuida da parturiente, acompanha-a mais longamente nos seus esforços para parir e deverá chamar o cirurgião-parteiro na previsão de complicações no parto, numa função ligada ao **cuidar**; o cirurgião, quase sempre homem (embora surjam algumas mulheres no final do século), dispondo de técnicas rápidas que supõem intervenção cirúrgica, resolverá o problema, numa função ligada ao **tratar**.

3.4.1- O forceps

Se seguirmos Arturo Castiglioni, podemos dizer que a invenção do forceps obstétrico remonta pelo menos a 1561, pois para essa altura já Pierre Franco desenhara um espéculo com três válvulas sugerindo o seu uso na extracção da cabeça da criança no parto com complicações a este nível. Depois, já para o século seguinte, há referências a utilizações episódicas do forceps, com utilizações particulares e dentro do sigilo profissional, tentativas de vendas do segredo e alguns insucessos, com algumas invenções e adaptações, bem como campanhas contra os “ganchos extractores”. Em 1724, um forceps foi apresentado à Academia de Paris, por Jean Palfyn, um cirurgião-barbeiro da Flandres. Só durante o século XVIII o seu uso começou a generalizar-se, estudando-se gradualmente a sua forma de intervenção. Os modelos de forceps multiplicaram-se posteriormente, como se pode ainda observar em museus de medicina (como é o caso do da Universidade do Porto), que apresentam verdadeiras colecções de exemplares.

O forceps surge, naturalmente, como uma das mais importantes descobertas da arte obstétrica, na medida em que representa uma superação técnica dos primeiros “ganchos extractores” e por, outro lado, com o seu aperfeiçoamento (forma e sistema articular) e gradual melhoria de manipulação, invadiu o território de intervenção que em última análise seria objecto da cesariana, permitindo salvar inúmeras vidas de mães e crianças.

No que ao Porto refere parece que só no século XIX ali entrou o forceps, conforme uma evocação do ambiente de 1825, altura da criação da Escola de Cirurgia:

*“A primeira vez que o lente de obstetricia da escola usou do forcepes na enfermaria de paridas do hospital real de Santo António do Porto, as velhas enfermeiras se benzeran: por não terem ainda visto semelhante instrumento”*⁹⁵.

A discussão das técnicas de manipulação do forceps surge na Escola Médico-Cirúrgica do Porto como objecto de várias dissertações, de que valerá talvez a pena destacar a de Júlio Estevão Franchini — *O Forceps e a sua aplicação na inércia primitiva* (Porto, 1880). Aí se discutem, por exemplo, as diversas formas actuação do forceps (como instrumento de tracção; por compressão e redução; como alavanca; como estímulo de contracções uterinas) e sobretudo se aborda a polémica entre os defensores do forceps clássico e o novo modelo de Tarnier (apresentado em 1877) cuja análise comparativa se efectua, bem como se explica o seu funcionamento e opções a tomar no seu campo de intervenção.

No decorrer do século XIX atinge-se, de facto, uma manipulação satisfatória, graças a sucessivos melhoramentos no instrumento, sendo o forceps de Stephen Tarnier considerado com um importante salto qualitativo.

“O meu forceps é o de Tarnier. Exceptuando alguns médicos ingleses e poucos mais, todos os práticos hoje reconhecem que são de primeira ordem os aperfeiçoamentos introduzidos por Tarnier no forceps”. Assim se exprimia o célebre médico-parteiro do Porto, Maia Mendes, já em 1907, num artigo⁹⁶ em que explica a melhor forma de com ele operar e sugere alguns aperfeiçoamentos que ele próprio desenvolvera, no sentido de criar um travão interno que o fixasse em determinada posição e evitasse tanto o acréscimo de compressões laterais sobre a cabeça do feto à medida que crescia a tracção empregada como eventuais roturas do períneo, problemas estes que eram os mais habituais no procedimento técnico do forceps.

⁹⁵A anatomia e a cirurgia no Porto em 1825. *Gazeta Médica do Porto*. nº 195 (15.2.1850), p. 24. Citado por SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetricia no Porto*, Porto: 1926.

⁹⁶MENDES, A. Maia - Protecção aos que nascem. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1907), p. 24-33.

3.4.2 - A anestesia

“Parirás na dor” (Mulier, in dolore parturiet), foi a mensagem bíblica para as mães, que as preparou para o sacrifício. Mas à Bíblia também se pode ir buscar a emergência do primeiro anestesiador: segundo o livro do Génesis, o Senhor Deus adormeceu Adão e só depois lhe retirou uma costela para criar Eva. O médico Costa-Sacadura num documentado artigo mostra-nos essa preocupação de sempre, para que concorriam superstições, amuletos, talismãs e beberragens descontroladas, numa tentativa para a eliminar ou aliviar⁹⁷.

Nos meados do século XIX, ocorrem importantes desenvolvimentos da química, que se tornam decisivos para a construção científica da anestesia, realizando-se uma velha aspiração que levou a múltiplas tentativas e experiências ao longo dos tempos. A aplicação do éter surge nos Estados Unidos, por via de um químico que confia a um dentista a descoberta de medicamento que entorpecia a sensibilidade, efeito logo experimentado na extracção de alguns dentes, acção depois publicada em 1846, propagando-se a notícia de imediato à Inglaterra e depois a França (apresentada na Academia de Medicina de Paris em 1847). Depois de experimentada em várias situações, a eterização foi aplicada à obstetrícia por James Simpson, em Edimburgo, ao que se diz, numa inspiração de momento, quando se viu obrigado a operar uma versão pélvica numa parturiente cuja bacia era demasiada estreita. Os resultados incentivaram-no a repetir o processo em outros partos laboriosos, mas Simpson teve de superar as contra-indicações do éter nas parturientes, voltando-se então para a utilização do clorofórmio, o qual já fora descoberto em 1837, mas só agora (1847) é aplicado como anestésico. Esta prática rapidamente se divulgou e a anestesia aplicada aos partos naturais tornou-se uma moda na Inglaterra, seguida ainda com muito entusiasmo na Alemanha, mas com mais circunspecção na

⁹⁷ COSTA-SACADURA, S.C. da - *No centenário da anestesia pelo éther (1846-1946)*. Lisboa: 1947. Em apêndice o autor apresenta uma larga bibliografia sobre a anestesia em Portugal.

França, dado que nos países católicos esta intervenção humana foi muito discutida do ponto de vista religioso, pedindo-se muitas vezes o parecer de teólogos. Só por si, a ideia de anestesia suscitou debates apaixonados, amaldiçoando-a alguns como imoral e inaceitável; depois surgiram os adeptos do éter contra os do clorofórmio, numa disputa mais técnica.

O que se passou em Portugal? Logo em 1847 a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, num concurso de memórias, incluía a questão “*Convirá submeter os doentes à acção da inalação do éter antes de praticar qualquer operação cirúrgica?*”. E na Gazeta Médica do Porto, o lente de partos e médico do Hospital de Santo António, José Sinval, publica *Aplicação do clorofórmio em uma parturiente instrumental. 1º caso deste género em Portugal* (1848, p. 80-81). Se a isto acrescentarmos que um português, Francisco Luís Gomes, apresentara tese na Universidade de Montpellier, em 11.8.1847, intitulada *De l’etherisation considerée sous les rapports théorique et pratique*, temos de considerar que a anestesia correu rápida entre os médicos portugueses, pelo menos ao nível de conhecimento e da tentativa da sua aplicação. Os primeiros ensaios de eterização no Porto ocorreram precisamente em 1847, no Hospital de Santo António, em três casos, sendo que um dos pacientes foi eterizado por três dias sucessivos sem conseguirem operá-lo, tal a agitação, só conseguindo a intervenção ao quarto dia⁹⁸.

Essa rapidez de conhecimentos pode ainda observar-se melhor ao nível das preocupações dos finalistas de medicina, que para obterem o título apresentavam tese nas Escolas Médico-Cirúrgicas. No que concerne aos partos, já em 1850 surgia uma tese médica no Porto intitulada *Do método anestésico considerado em suas relações com a arte de partos*, de José de Almeida Soares Lima e Bastos, procurando avaliar formas de actuar e eventuais contra-indicações.

Mas também aqui a aplicação da anestesia ao parto natural foi extremamente discutida, considerando muitos que a aplicação dos anestésicos nestas situações eram

⁹⁸*Arquivos de História da Medicina*. Vol.III, p.127.

meros perturbadores de uma função, “cujo exercício já a natureza destinou para ser doloroso; e quem sabe até que ponto as dores bem longe de serem prejudiciais à parturiente, são pelo contrário, favoráveis, tornado-se um termómetro fiel da ocasião próxima da excreção fetal, e convidando a parturiente a secundar com o auxílio dos outros músculos a acção das contracções uterinas, quantas vezes não são elas que nos advertem da inércia do útero e de outros muitos acidentes que podem ocorrer na parturiente”. Assim falava José Joaquim Lopes Cardoso, na sua dissertação *Cloroformização considerada nas suas relações com o parto natural*, defendida em 1855, na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, numa atitude de naturalização da dor, conceptualização que justificava a prática de a anestesia só ser considerada para casos excepcionais, e mesmo assim de forma moderada, para que a parturiente sentisse claramente as contracções abdominais.

Estava ainda muito viva a acusação de efeito anti-social que se atribuía à utilização da anestesia no parto, poucos se atrevendo a contrariar a sentença bíblica que condenava a mulher às dores do parto, acentuando alguns que “o amor da mãe para o filho tinha a sua razão de ser nas dores do parto”, como historiava, já com algum distanciamento desta polémica, outro finalista, António de Passos Pereira de Castro, na dissertação — *Vantagens da anestesia nos partos naturais simples* (Porto: 1866). Este autor, para além de referir a importância de Magalhães Coutinho (da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa) na difusão deste tipo de intervenções, com relatos dos seus casos na *Gazeta Médica de Lisboa*⁹⁹, organiza a sua dissertação sobre os casos praticados no Porto pelos médicos parteiros da época (Costa Leite, José Gouveia Osório, Pereira Reis e José Andrade Gramacho) entre 1854-1866. Depois de perorar sobre as vantagens da anestesia, desde que cuidada e cientificamente aplicada, mesmo nos partos normais, Pereira de Castro termina a dissertação com uma frase que revela só por si o militantismo médico da altura :

⁹⁹ *Gazeta Médica de Lisboa*. Tomo V (1857), p. 328.

“eu, aqui o declaro, quando encontrar uma mulher a estorcer-se nas dores do parto, serei sempre um apóstolo da anestesia”.

Este apostolado da anestesia desenvolve-se à medida que crescem o conhecimento da fisiologia do parto, do sistema nervoso, o domínio da técnica (só em 1872 surge o método de inalação, gota a gota, através de máscara) e a amplitude dos seus efeitos, minorando-se os riscos eventuais, definindo-se as contra-indicações. Importante, por exemplo, nesta discussão foi destringer entre contracções uterinas e dores e daí derivar a conclusão da possibilidade de diminuir as dores sem desaparecerem as contracções. Agostinho António do Souto, na sua dissertação de 1878 — *Da Anestesia em Obstetrícia* — revela já um grande conhecimento da matéria e das disputas teóricas que a este respeito circulavam entre os principais médicos estrangeiros, reconhece a possibilidade de a anestesia ser aplicada em todos os partos, mesmo nos normais, sem quaisquer riscos. Formula, embora, a doutrina de que não há necessidade de ser utilizada na maioria das situações pela inexistência de riscos e por os partos normais serem assistidos por parteiras, “a quem de modo nenhum permitiríamos fazer uso do clorofórmio” (p.55).

A anestesia tornou-se moda na obstetrícia, por parte dos médicos, mesmo quando nada parecia aconselhá-la. Se é um facto que sumidades médicas ao nível da obstetrícia aconselhavam este "sono tão doce" (Simpson) em todos os tipos de partos (salvo as contra-indicações), incluindo os naturais e regulares, outros no entanto distinguiam entre *poder e dever*, desdramatizando o problema das dores nas situações normais e defendendo mesmo o simulacro da anestesia ou a ministração de doses mínimas para as situações de agitação descontrolada na mulher, em especial nas primíparas, defendendo assim um efeito psicológico. É esta uma posição defendida, por exemplo, em Farme Ribeiro, *Da anestesia em Obstetrícia* (Porto: 1878), que reconhece que a anestesia não suprime as contracções, não exerce acção perigoso sobre a saúde da mãe e do filho, mas não deverá ser empregue no partos naturais (a não ser em mulheres muito impressionáveis ou doentes nervosas), aplicando-se o clorofórmio nas diversas operações obstétricas (versão,

aplicação do forceps e cesariana). Eis um autor preocupado em sublinhar que "de modo algum a anestesia deve deixar de ser propriedade exclusiva dos médicos, e que nunca uma parteira, cujos conhecimentos são muito limitados, deve estar autorizada a praticá-la" (p.76).

Nos finais do século, a anestesia surge como tema que suscita várias dissertações: para além das já citadas, referenciem-se ainda as de José Clemente dos Santos — *O cloral durante o trabalho de parto* (Escola de Lisboa, 1870); a de Rómulo Ribeiro — *Da anestesia em obstetrícia* (Porto, 1878); a de Joaquim Salgado — *O clorofórmio no parto*, Lisboa, 1880; Luís Vilar, *O clorofórmio no parto*, Lisboa, 1892.

Segundo Costa -Sacadura, no caso português, "era de tal maneira arreigada a prática da anestesia pelo clorofórmio que quase não se empregava o termo anestesia, mas apenas o de cloroformização", embora o éter também tivesse os seus cultores.

A partir de 1890 surgem na imprensa médica artigos sobre novas formas de anestesia (Lopes Vieira, "A anestesia local pela cocaína", *Coimbra Médica*, 1890, p. 87), e pouco depois desfiavam-se teses com base nas novas soluções, com relevo para trabalhos sobre a cocaína. Nesta sequência, a imprensa médica informa que já em 1901 se aplica em Portugal a rachianestesia, a partir de injeções de cocaína e depois também de estovaina. Em 1911, utiliza-se a novocaina ao que parece com evidente sucesso. Depois de relatar 43 casos, o autor de um artigo apresenta as múltiplas vantagens do método: evita complicações secundárias, fornece serenidade às pacientes, dispensa anestesista, facilitando cirurgias de urgência e até permitia operar de noite, à luz de chama, sem os perigos que o éter ou clorofórmio representavam nessa situação, além de vantagens ao nível da contractilidade uterina, pois diminuiria as hemorragias e facilitava a expulsão do feto. Em suma: "os doentes preferem-na sempre e o parteiro que uma vez a tenha empregado não mais terá vontade de se utilizar da anestesia geral", dizia-se, numa

evidente euforia com o progresso técnico, sem deixar de referenciar algumas contra-indicações¹⁰⁰.

Entretanto, surgem novos títulos com impacto na obstetrícia: Augusto Botelho Simas — *Parto sem dor por injeção epidural*, Lisboa, 1922; Pedro Mendonça Soares, *Contribuição para o estudo do parto sem dor*, Lisboa, 1925.

Com o domínio crescente das técnicas de anestesia, os médicos-cirurgiões recuperam aos olhos do grande público a função mágica de outros tempos e o parto sem dor nas situações normais, por administração farmacológica, transforma-se rapidamente numa questão de snobismo (só ao alcance de alguns), tão ao modo dos novos tempos da *belle époque*, favoráveis à valorização pessoal do corpo e da vida.

3.4.3 - A cesariana

A cesariana foi durante muito tempo uma operação que só tinha o objectivo de salvar a criança, pois o seu uso era considerado fatal para a mãe, daí só se efectuar em parturientes já cadáveres, embora haja uma ou outra notícia sobre casos de sucesso quando aplicados em parturientes vivas, segundo informações que alguns historiadores da medicina procuraram recolher e sistematizar. Assinalando as obras de Rousset que nos finais do século XVI marcaram os princípios que conduziam à cesareana, Silva Carvalho recorda mesmo o célebre português Rodrigues de Castro que em 1662 publicou em Hamburgo um tratado de medicina, no qual a recomenda para os casos em que se não deve hesitar em salvar o filho e sacrificar a mãe, salientando que a operação se deve fazer com a mãe ainda viva, pois caso contrário corre-se o risco de recuperar a criança já morta. Rodrigo de Castro enumera utensílios, pensos, posições, topografia da região, condições para decisão e todo o restante processo cirúrgico, bem como o tratamento farmacêutico

¹⁰⁰FRIAS, Moraes - Sobre rachianestesia em Obstetrícia. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1912). p. 115-124 e 135-138.

consecutivo, ¹⁰¹. Mas o que Silva Carvalho nos revela das informações que recolheu em nobiliários e notícias médicas é um sem fim de insucessos, em que morre a mãe e a criança também. De resto, a cesareana ou histerotomia estava geralmente conotada com situações horríveis e raras. Veja-se como Feliciano de Almeida a explica (*Cirurgia Reformada*, 1738):

“A causa porque se institue operação tão perigosa, he para quando o feto é demasiadamente grande, por cujo respyto não pode sahir. Quando he monstruoso, ou dous pegados, & juntos, ou com duas cabeças, ou quatro braços, & outras tantas pernas... ou tambem quando a vagina, & podendo estão demasiadamente apertados; ou quando as parturientes por muyto crianças, ou muyto gordas, ou por muytos annos, não podem parir, ou por muyto fracas” ¹⁰².

Não admira assim que as restantes recomendações deste autor para a tomada de decisão, era a de que se estivesse a mãe viva quisesse a operação, assim como o marido e parentes, e, nessa sequência, se lhe deveria dar confissão e sacramentos, deitar ajudas para que os intestinos ficassem livres de fezes e se confortasse com bom mantimento e bom vinho. Só depois deste ritual de situação terminal e de despedida, a parturiente estaria pronta para a incisão.

Vale a pena ler o comentário do médico Melo Franco, em 1815, quando fazia a apologia da sua cadeira obstétrica que facilitava a utilização do forceps, dado um assento para o parteiro que uma das tábuas podia constituir¹⁰³. Evoca a acção do seu professor Osiander num parto, no qual se esfalfou em 140 tracções com o forceps, o que o levou à exaustão, tendo de ser substituído por um assistente, que finalmente trouxe a criança viva

¹⁰¹CARVALHO, A. Silva - História da operação cesareana em Portugal. Separata de *A Medicina Contemporânea*. Lisboa. (1935).

¹⁰²Feliciano de Almeida, *Cirurgia Reformada*, 1738, cit. por CARVALHO, A. Silva, ob. cit., p. 10.

¹⁰³FRANCO, Justiniano de Mello - Memória sobre a descripção, e vantagens de uma cadeira obstetricia da invenção do professor Stein, depois reformada, e emendada principalmente pelo professor Osiandier. *História e Memórias da Academia Real das Sciencias*. Lisboa. Tomo IV (1815), p. 22-39.

(só sobrevivendo algumas horas) mas salvando a mãe. E, neste contexto, reduz a quase nada a utilidade da cesariana:

“Só quando a bacia é absolutamente mal construída, é que se deve recorrer a uma operação tão bárbara, e tão perigosa; ou também quando a cabeça da criança, ou toda ela é de tamanho tal, que seja impossível a passagem pelas aberturas da bacia, o que porém raras vezes acontece em bacias bem construídas. Seja a posição da criança qualquer que for, por meio de uma versão da criança mais ou menos trabalhosa, ou com o socorro do Forceps, do gancho rombo, e da alavanca nenhum parto é impossível, já se entende perdendo a criança muitas vezes a vida, mas ao menos salvando a mãe dos perigos infalíveis dos instrumentos de corte, para a perfuração e desmembração da criança, cuja ideia só basta para fazer horror, principalmente sendo dirigidos por homens ignorantes, que sem consciência sacrificam impunemente à sua sórdida cobiça tantas vítimas”.

Pelos meados do século XIX, surgem notícias de cesareanas em que uma ou outra mãe sobrevive, tanto no estrangeiro como em Portugal, mas ainda se discutia muito a legitimidade de efectuar esta operação. Em 1864, ainda se afirmava perentoriamente na Escola Médico-Cirúrgica do Porto: “a operação cesariana só deve praticar-se depois de provada a morte da parturiente”¹⁰⁴. Ou de outra forma, um pouco mais tarde, “a operação cesariana só deve praticar-se depois que se tiver a máxima probabilidade da morte da parturiente”¹⁰⁵.

Havia normas, de resto, em alguns países que obrigavam os médicos a praticarem a cesariana em mulheres mortas nos últimos meses de gravidez, como parece ser o caso de uma lei de 1740 na Sicília. Embora haja notícias (muitas delas inverosímeis) de cesareanas em vida, muitas delas fora do âmbito médico e praticadas por familiares ou curiosos, só na

¹⁰⁴MAGALHÃES, Francisco Bento Alexandre de Figueiredo - *Breves considerações sobre a febre puerperal destinadas a provar que ela não é essencial*. Porto: 1846. Tese apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. p. 60.

¹⁰⁵GONÇALVES, José António - *Retroversão do útero durante a prenhez*. Porto: 1867. p.46.

década de 1870 a cesariana moderna começou a aplicar-se regularmente em casos difíceis de parto, conjugando-a com outras técnicas complementares, a assepsia e a anestesia. Fonseca Regalo, em 1865, apresenta estatísticas estrangeiras diversas que pelos meados do século forneciam já percentagens apreciáveis de sucesso: por exemplo, segundo Velpeau, as intervenções deste tipo praticadas em França desde 1835, atingiam um total de 265 operações, "sendo felizes 118 e 147 desgraçadas"; outras opiniões apontavam para cerca de 4/5 das mulheres morrerem na cesareana; em Inglaterra, de 36 operadas, 25 tinham falecido. No entanto, havia médicos que argumentavam com a falta de oportunidade (quase sempre demasiado tarde) para explicarem a mortalidade elevada. Outros mostravam que as operações de êxito se verificavam fora das grandes localidades, no campo e na pureza de ares, o que mais tarde se passou a explicar com base nas infecções hospitalares das grandes cidades: "Já houve a ideia de montar fora dos grandes centros de população casas de saúde, para ali serem operadas as mulheres que necessitassem a gastero-hysterotomia [cesareana]", diz Regalo¹⁰⁶.

Nos finais do século, já tudo era diferente. Mostrando-se contra a sinfisiotomia ou o procedimento alternativo — a hebotomia (corte da arcada púbica ao lado da sínfise) — que médicos como Alfredo da Costa e Costa-Sacadura preconizavam num Congresso de Medicina, o parteiro portuense Maia Mendes defendia o uso da cesariana (que já praticava desde 1898), invocando que já praticara oito casos, dos quais só uma parturiente morrera por já vir infectada e em estado desesperado para o hospital. E, num estilo didáctico, traçava o quadro aconselhável:

"Cabeça ao estreito superior, feto vivo, impossibilidade de descida por aperto moderado da bacia óssea; já se experimentou o forceps fazendo tracções compatíveis com a viabilidade do feto, as quaes não deram resultado; não se pode

¹⁰⁶REGALO, José Maria da Fonseca – *Cesariana*. Porto: 1865. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.

fazer a versão: como se há-de tirar o feto vivo e viável? Responde-se: - Pela operação cesariana conservadora” ¹⁰⁷.

Pouco depois, outro médico do Porto, Morais Frias, publicava na mesma revista “Um caso de operação cesareana sob raquianestesia”¹⁰⁸, revelando a crescente actualização neste domínio.

3.4.4 -Assepsia e anti-sepsia

Durante muito tempo atribuída a situações extravagantes, a infecção puerperal tornara-se o horror das parturientes que acorriam aos hospitais e era um dos grandes factores da mortalidade materna, (as duas dominantes foram a supressão dos loquios, daí também a designação de febre loquial, e o transvio do leite, daí febre leitosa), a febre puerperal ou “febre aguda das mulheres paridas” foi um dos males mais persistentes e incontrolláveis, “um dos mais terríveis acidentes que se seguem à veneranda prova da maternidade”, em relação ao qual pouco se podia fazer.

Como nos conta Francisco Figueiredo Magalhães, na sua dissertação *Breves considerações sobre a febre puerperal destinada a provar que ela não é essencial* (Porto, 1864), a discussão gerada em torno desta questão é típico da divisão entre as correntes essencialista e localista da medicina, constituiu “um verdadeiro cisma entre os naturalistas”: os essencialistas incapazes de fixar as alterações produzidas nestas situações e que, na linha da atribuição das doenças aos humores, remetiam-na para a sua essencialidade, fornecendo explicações das do tipo acima apontado; os localistas, apoiados na anatomia-patológica em desenvolvimento, de que é exemplo Ed. Strohter, que, a partir da observação de cadáveres, defende o problema como uma inflamação do útero, surgindo a designação de febre puerperal (1718).

¹⁰⁷MENDES, A. Maia - Um problema de partos. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1909), p. 281-284.

¹⁰⁸FRIAS, Manuel Morais - Um caso de operação cesareana sob raquianestesia. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1911), p. 195.

Mas a discussão arrastou-se durante mais de um século, em aproximações sucessivas, embora nos meados do século XIX já se admitisse que o problema entre as condições anatómicas da puérpera e as do indivíduo operado eram idênticas e se vissem analogias entre a febre puerperal e a febre das operações ou febre traumática, sugerindo-se mesmo que não existe afinal febre puerperal ou febre traumática mas tão só febre, designações aquelas que só o amor pela teoria da localização pode justificar, pontos estes essenciais da dissertação de Figueiredo Magalhães, que vimos seguindo, reveladora da incapacidade explicativa, ainda insuficiente, mas também da preocupação reinante na Escola Médico-Cirúrgica do Porto na década de 1860 sobre este problema.

Ao longo do século XIX, alguns autores começam a reconhecer o problema e a aproximar-se da sua real explicação, mas os cirurgiões em geral opunham-se a reconhecer que a infecção pudesse ser transmitida nomeadamente pelas mãos do cirurgião. Foi Ignaz Semmelweis (1818-1865), o grande defensor das técnicas de assepsia como forma de combater as febres puerperais, quando observou através de uma autópsia que as lesões de uma infecção eram idênticas às das puérperas que morriam de febre puerperal, e que esta ocorria com mais frequência nas clínicas onde os estudantes entravam nas salas de obstetrícia depois de terem passado pelas aulas de anatomia patológica e de dissecação. Por contraste com a menor mortalidade de uma sala exclusivamente frequentada pelas parteiras, colocou, então, a hipótese da transmissão infecciosa, pois os estudantes vinham para a sala de partos depois de passarem pela manipulação de cadáveres.

Segundo Castiglione, Semmelweis, que passou a preconizar aos cirurgiões a lavagem das mãos e a lavagem das salas com cloreto de cálcio, depois de ter comprovado que, com estas soluções, a febre na sua enfermaria diminuiu de imediato, enquanto se mantinha nas outras, foi perseguido na sequência da publicação da obra em que debatia a questão e defendia a assepsia (1861), depois de já ter sido combatido quando apresentara as suas primeiras conclusões à Sociedade Médica de Viena em 1847. Viu-se obrigado a abandonar o seu lugar no hospital de Budapeste, numa perseguição que se compreende na medida em

que acabava por atribuir às condições clínicas a principal causa deste tipo de mortalidade, mas isso tornou-lhe a vida infeliz, acabando por morrer louco num asilo de alienados.

Em 1857 é Tarnier que atribui a febre puerperal a um germen patogénico. Em 1869, Goze e Feltz, em Estrasburgo, detectam no sangue de cadáveres de mulheres mortas de febre puerperal, um grande número de bactérias mas, em especial, o estreptococo¹⁰⁹. Seguem-se discussões e experiências variadas, embora só na década de 80 estas teses tivessem aceitação geral, passando a praticar-se um conjunto de técnicas simples, evidentes e ao alcance de todos para diminuição da mortalidade¹¹⁰, com vista à destruição dos agentes microbióticos na superfície das feridas ou ao emprego de meios que evitem a sua deposição nas mesmas.

Estas posições só seriam verdadeiramente legitimadas pelo desenvolvimento da microbiologia que dispara com Pasteur, o qual, em 1879, descobre como agente da septicemia puerperal o estreptococo piogénico, que consegue cultivar e demonstrar o seu papel determinante na infecção. Está definitivamente estabelecida a ligação entre as doenças do tipo infeccioso e os micróbios e as condições de cultura destes microrganismos, concluindo-se que a febre puerperal não era senão uma septicemia produzida pela penetração de microorganismos ao nível da ferida uterina. Graças aos estudos da patogenia microbiótica, em 1888 já se podia afirmar no Porto: “já vai longe o tempo em que a pyohemia e a septicemia eram os acidentes quase obrigados das grandes operações. A febre puerperal, que era o mais perigoso acidente que tantas vezes sobrevinha nas maternidades, foi completamente aniquilada pelas aplicações da anti-sepsia à obstetria”¹¹¹.

¹⁰⁹GUIMARÃES, Narciso da Silva - *Algumas palavras sobre o tratamento da septicemia puerperal pela raspagem do útero*. Porto: 1894. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p.35-37. E ainda MEDEIROS, Pedro Celestino Goulart - *Breves apontamentos sobre asepsia e antisepsia em Obstetria*. Porto: 1895. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.

¹¹⁰CASTIGLIONI, Arturo - *História da Medicina*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947, vol. I p. 265-67.

¹¹¹PEREIRA, Alexandre de Sousa - *Breves considerações sobre patogenia microbiótica e antisepsia*. Porto: 1888. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 26.

Com a aceitação finalmente das teorias da infecção purulenta, surgiram, então, os pensos e as substâncias para as evitar e tratar - os anti-sépticos. Reconhecia-se, finalmente, que a patogenia microbiótica tinha nos hospitais um lugar de eleição, dadas as frequentes condições de pouca higiene. E na divulgação da anti-sepsia e da assepsia, tema que nos anos 80 suscita novas dissertações médicas no Porto - sublinhavam-se os cuidados a ter nas operações:

Na prática dum operação são muitas as condições a que o operador tem de atender; e, pelo que respeita à observância da prática anti-séptica, é muito extensa a esfera da sua acção. O meio em que tenha de realizar-se a operação, os instrumentos que nela tenham de intervir, o operador, são os pontos para que primeiramente tem de voltar-se a atenção do cirurgião, procurando realizar quanto possível a sua pureza, isto é, a assepsia pela aplicação dos diversos meios antisepticos. Os agentes anti-sépticos empregados em medicina operatória são aqueles que a química nos fornece, e ainda, dos chamados físicos, as variantes térmicas”¹¹².

Na campanha pela higienização do acto médico, preconizam-se ainda as salas operatórias próprias¹¹³, iluminadas, arejadas, com os móveis apenas estritamente necessários, as desinfecções regulares, a esterelização dos instrumentos cirúrgicos, dos panos, das compressas, das esponjas, o uso de batas desinfectadas, a assepsia do campo operatório estrito (lavagem, rapar os pelos, desinfectar). Sugerem-se produtos, produzem-se tabelas de soluções químicas para obter eficácia em diversas situações e faz-se pedagogia sobre a classe médica, pois não faltavam os que achavam que com todos estes

¹¹²PEREIRA, Alexandre de Sousa - *Breves considerações sobre patogenia microbiótica e antisepsia*. Porto: 1888. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 49.

¹¹³Sobre a situação no Porto: *Diante da consagração prática das doutrinas microbianas, que sem dúvida alguma são a base de todo o progresso da cirurgia moderna, é lastimável dizer-se que os serviços clínicos da nossa escola, no hospital de Santo António, não possuem uma sala própria para operações! E só podemos atribuir isto à incúria ou má interpretação das administrações do hospital*. PIMENTA, António Coutinho de Araújo - *Asepsia e antisepsia em Cirurgia*. Porto: 1892. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 70.

cuidados as atenções se desviavam para o micróbio em desfavor do doente, afinal o objectivo essencial da cirurgia. Descrevem-se experiências sobre os diversos modos de lavagem das mãos e a observação de eventuais culturas bacterianas posteriores a essa lavagem. Difunde-se o emprego da gaze e do algodão esterelizado. E, em 1892, no Porto, já se proclama avisadamente — “Um caso de morte por falta de observância do método antiséptico, devia tornar o clínico responsável civilmente” — proposição com que António Coutinho de Araújo Pimenta termina a sua dissertação *Asepsia e Antisepsia em Cirurgia*.

O desenvolvimento das técnicas anti-sépticas alargou gradualmente o seu campo ao nível da ginecologia e da obstetrícia. Na septicemia puerperal, ultrapassada a questão essencial de que não era nenhum “génio epidémico” que estava na sua origem, mas sim o papel dos microorganismos infecciosos, desenvolveu-se tanto a profilaxia como o tratamento. No campo da profilaxia começou a surgir a defesa de as parturientes serem instaladas e atendidas em locais separados dos outros doentes, atendidas por um pessoal específico. No campo do tratamento, aparecem as técnicas de irrigação e injeção intra-uterina ou vaginais e, para os casos graves, a raspagem uterina, isto é, a transformação de uma ferida infectada numa ferida asséptica, técnica de início muito combatida e considerada perigosa, mas que suscitou apologistas à medida que se desenvolveu o conhecimento das afecções uterinas e do método anti-séptico. A raspagem passou a ser um tratamento indicado, na década de 1880, para uma série de problemas obstétricos: no tratamento do aborto, nas retenções placentares, na septicemia puerperal.

Nos finais do século XIX, um finalista de medicina e cirurgia do Porto podia defender a seguinte proposição perante os seus mestres: “a febre puerperal é uma consequência imperdoável da ignorância do parteiro”¹¹⁴.

3.4.5 - O parto provocado

¹¹⁴SEARA, Aurélio Augusto Rodrigues – *Alimentação da Criança e seus perigos (breves considerações)*. Porto: 1898. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 96.

Nos finais do século XIX, os médicos dominavam já o essencial da técnica do *parto prematuro artificial* ou *parto provocado*, intervenção com fins terapêuticos para melhorar a situação da mãe, do filho ou de ambos. Algumas teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto permitem-nos observar a disseminação local do ensino dessas práticas e a sua defesa¹¹⁵, conquanto tivessem subsistido durante muito tempo as condenações de ordem moral e religiosa que apostavam na ideia de não intervenção e da necessidade de o parto ir a termo, isto é, completasse o tempo habitual.

Ora o acompanhamento da gravidez permitia detectar anomalias de diverso tipo, passando alguns médicos a defenderem um intervenção prematura que acelerasse o parto, abreviando o tempo normal entre a concepção e a expulsão do feto, para evitar consequências frequentemente gravosas para a mãe e filho. Assim, situações de hemorragias nos últimos tempos da gravidez, apertos pélvicos, estados patológicos da mãe, bem como morte ou excesso de volume dos fetos podiam aconselhar intervenções no sentido de provocar prematuramente o parto.

As intervenções deste tipo podem assumir formas diversas. A solução farmacológica é uma delas. Por exemplo, a dissertação de Augusto Domingues de Araújo, *A Cravagem do Centeio - acção fisiologica e emprego terapêutico*, apresentada em 1880, mostra-nos afinal como já era habitual a prática da utilização de pequeníssimas quantidades daquele produto para uso da obstetrícia, afinal um produto muito usado pelas práticas populares e que passou a ter utilização nas novas práticas médicas, através de estudos minuciosos sobre os seus efeitos, posologias e dosagens que o autor enumera. Recorde-se que a cravagem (ou ferrugem, ou esporão) do centeio era um elemento alcalóide que por vezes impregnava o grão deste cereal, responsável por antigas epidemias com origem no pão, que se traduziam no ergotismo. O autor revela informações sobre a observação médica

¹¹⁵RIBEIRO, Manuel Ferreira - *O aborto cirúrgico e suas indicações*. Porto: 1867. AMORIM, António Augusto Leite Pereira - *Aborto provocado sob o ponto de vista da obstetrícia e da religião*. Porto:1870

deste produto que remonta ao século XVII, nomeadamente nos efeitos de provocar contracções uterinas, sendo conhecido pelas suas funções abortivas como “pós do parto”, mas vindo a ter depois uma aplicação terapêutica muito alargada, nomeadamente nas hemorragias de diverso tipo, dados os seus efeitos hemostáticos. Nos finais do século passado, a sua apresentação farmacológica (ergotina, retirada da cravagem) já surgia sobre três formas de introdução — pelo estômago, injeccção hipodérmica e injeccção intersticial. No campo da obstetrícia, as aplicações da ergotina eram, pois utilizadas, tanto em situações de hemorragias, quer puerperais, quer consecutivas ao aborto, ou em situações de morbidez uterina (polipos, fibromas, molas, etc.), quer nas designadas “inércias primitivas como meio expulsor do produto da concepção”, embora nesta última aplicação houvesse grandes discussões sobre eventuais efeitos no feto, devendo verificar-se determinadas graduações e condições (por exemplo, que não existissem obstáculos à expulsão, pois a provocação de contracções poderiam provocar compressões no feto).

Em 1894, a dissertação de Eduardo Maia, intitulada *O Parto Prematuro Artificial*, sistematiza toda esta problemática, cujas primeiras iniciativas, para obviar a situações de aperto uterino, remete para médicos de Londres em 1756 (Macaulay) e depois para a Alemanha (1804), onde o êxito terá sido tal que esta prática se tornou numa espécie de moda, em que “o governo teve de intervir para moderar o furor operatório dos seus médicos” (p.19). Em França rejeitava-se essa operação na Academia de Medicina ainda em 1827, por contrária à religião, embora o primeiro caso público surgisse pouco depois em 1831. Pouco depois, em 18.3.1837, um médico português, João Joaquim Figueira, natural da Madeira, defendeu em Montpellier a tese *Étude de l'accouchement prématuré artificiel*¹¹⁶.

Com o desenvolvimento da anti-sepsia, o parto provocado encontrou depois as condições para uma prática regular no sentido de salvar a mãe e o filho em situações de dificuldade, estabelecendo-se então o tempo de 6 1/2 meses de vida intra-uterina como

¹¹⁶Arquivos de História da Medicina. Vol. III (1888-89), p.170.

mínimo viável para a sobrevivência da criança, contando já com a acção das “criadeiras”, bem como um quadro das patologias que o justificam. Por outro lado, havia já uma grande disponibilidade de técnicas aos dispor dos médicos e das diversas situações: o autor cita uma tipologia de Auvard em que se enumeram 31 meios de obter a provocação do parto, desde processos indirectos (substâncias, massagens, ventosas) a directos (tampões, laminárias, sondas, balões, trocate), cuja eficácia discute um a um. E as estatísticas apresentadas por médicos estrangeiros sobre o parto provocado, depois da emergência da assepsia, revelavam a brutal diminuição da mortalidade nestas situações, quer no caso da mãe (“em Viena e Paris não se perde hoje uma só mulher em que se pratique o parto prematuro artificial”). No que se refere ao filho, surgiram concomitantemente as criadeiras ou incubadoras no sentido de adaptar gradualmente o prematuro à temperatura exterior, considerada a principal causa de morte nestas situações. A incubadora mais recomendada então era a de Tarnier (uma caixa de madeira dividida interiormente por um septo horizontal, de forma a receber botijas de água quente na parte inferior e almofadas na superior, com uma tampa de vidro, ventoinha e um termómetro, com circulação de ar entre as duas partes), dispositivo que apresentava resultados estatísticos satisfatórios na sobrevivência dos prematuros. Defendia-se, assim, a legitimidade do parto prematuro artificial em situações típicas, a sua benignidade para o filho e o seu efeito inofensivo para a mãe. Não se esqueça que as alternativas a estas técnicas passavam essencialmente por levar a gravidez a termo e utilizar a cesariana, a versão ou a sinfiseotomia, ou seja, eram sempre intervenções cirúrgicas relativamente profundas e com risco de serem eventualmente já tardias.

*

A tendência para a criação de maternidades (no estrangeiro) autónomas ou enfermarias unicamente para partos nos hospitais, criando melhores condições para

trabalho, multiplicando e aperfeiçoando a panóplia instrumental, com a prática da assepsia, os anestésicos, a bacteriologia, as novas técnicas cirúrgicas, tudo isso permitiu entretanto desenvolver tanto a obstetrícia como a ginecologia, levando à descoberta crescente de novos problemas e às respectivas soluções. Conquistas técnicas das quais saiu discriminada a parteira, pois não lhe era permitido partilhar nem formas de medicação, nem formas de intervenção instrumental, por mais simples que fossem. E se no início se poderia argumentar com falta de conhecimentos adequados, também não se permitiu depois que a formação evoluísse de forma a responder aos novos desafios, aumentando as atribuições da parteira, como aconteceu em alguns países europeus. O cirurgião-parteiro aumentou assim a sua capacidade de intervenção, marginalizou a parteira e constituiu um elemento dissuasor das técnicas naturais, pois à mínima dificuldade irrompe como um salvador e medica ou intervém instrumentalmente, acompanhando com anestesia. Para a parturiente tê-lo por perto significa a crença de que nada de trágico se irá passar, embora o domínio da técnica pela generalidade dos profissionais não se desenvolva em simultâneo com as suas potencialidades, nem as condições materiais sejam sempre as desejáveis. Para a sociedade, estas alterações marcam a tendência rapidamente crescente para a medicalização e hospitalização do parto, com as clínicas em que a parteira se inserirá, burocratizando a sua função, num processo de subalternização, até encontrar os seus próprios meios de afirmação.

3.5 - As mulheres nas profissões de saúde

O problema da qualificação profissional das parteiras, no contexto da evolução das artes médicas rumo aos quadros institucionalizados de enquadramento científico, no contexto do reconhecimento da medicina e da cirurgia como ciências nobres, não se pode desligar das condições sociais e ideológicas relativas ao papel da mulher na sociedade. Qual teria sido a evolução da profissão de parteira se não estivesse submetida a uma

ideologia de género? Ou seja, por que razão os cirurgiões ou os boticários desenvolvem uma formação profissional que lhes confere uma legitimidade acrescida, pela via da universidade e da qualificação científica, e as parteiras são remetidas para níveis de formação restritos, sendo-lhes vedado todo o arsenal instrumental e técnico, vendo as suas funções gradualmente tuteladas e ocupadas pelo cirurgião?

Neste contexto, torna-se relevante tentar investigar a forma como se articula na Escola Médico-Cirúrgica do Porto a questão do acesso das mulheres às artes médicas e que discursos se produzem a este respeito. Recorreremos ainda às dissertações para ilustrar este problema, as quais constituem indicadores privilegiados para nos evidenciarem o tipo de debate que a este respeito terá existido entre os médicos, particularmente os seus reflexos no mundo de medicina portuense.

Veja-se, por exemplo, a interessante, embora discutível, tese do “desconhecido” médico Manuel Rodrigues da Silva Pinto, intitulada *Scepticismo e Crença, Ilusões e Realidades em Therapeutica*, apresentada em 1873. Escrita sob um espírito de afirmação científica da medicina, então no deslumbramento positivista de múltiplas descobertas terapêuticas, aconselhava a “abrir a história” e a olhar “o estendal de ilusões” da terapêutica, acautelando-se o riso insensato, pois “os vindouros nos cobrirão também de ridículo, e tanto mais quanto é certo que nós mesmos nos rimos já sorrateiramente das extravagâncias da moda, atrás da qual nos deixamos ir”. Por isso, julgava oportuno interrogar a história para despertar a consciência crítica e para ajudar a relativizar o presente: “neste perpassar pelas idades da medicina notaremos como o sangue é mandado verter abundantemente por uns, sendo por outros abominada a sangria; veremos uns abolindo a medicação purgativa, erguendo-a outros a proporções gigantes; estes limitando-se a fricções, aqueles a sanguessugas; observaremos enfim como substâncias as mais impotentes são proclamadas pelas cem trombetas da celebridade, e como o mundo curva a fronte reverente diante de tão portentosos ídolos”. E Silva Pinto vai mais longe, ao interrogar-se sobre os “prejuízos populares” que todos os dias merecem o combate

médico. “Quem os incutiu nas massas? Quem os iniciou e alentou?”- pergunta, para responder: - ”Os médicos”. E defendia que os princípios e actos insensatos do vulgo face às novas posições médicas não eram senão o “eco das antigas crenças médicas, antes das comadres e dos charlatães que infestam as nossas povoações deram os médicos pretexto às abusões”, desfiando um enorme rol de contradições e ilusões de médicos renomados, distribuidos pelas diversas escolas que em momentos diferentes dominaram as artes de curar. Este discurso relativizador das práticas médicas e terapêuticas, mostrando que todos estamos destinados a ser considerados em tempo oportuno como peças de museu, sustentava um conjunto de nove teses que deveriam ser discutidas no exame final para a obtenção da licenciatura do jovem médico, em relação às quais poderíamos, naturalmente, aplicar o mesmo tipo de discurso. Retenhamos, porém, apenas duas dessas proposições. Assim, surge-nos uma indiscutível, na área de patologia geral, que baliza toda a argumentação expendida, em que o autor afirma: “como em todas as ciências, o erro em medicina tem prestado relevantes serviços”. E, fazendo jus a esta proposição, não hesita em enfileirar na linha tradicional, propondo-se discutir, de certa forma ao arpejo do fio condutor da sua dissertação: “**votamos contra a emancipação da mulher**”. Nessa altura, alguns dos seus colegas já se manifestavam em sentido contrário, criando um debate de género que tem atravessado também as artes de curar.

Um pouco mais tarde, em 1879, esta questão de género era mesmo o objecto central de uma dissertação na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, intitulada *As Mulheres Médicas*, da autoria de José Joaquim Barbosa de Araújo Junior, temática que este apresenta como sendo de "palpitante actualidade", defendendo que já era um problema resolvido nos países mais adiantados e lamentando que entre nós "a inteligência feminina seja tão injustamente desprezada". Trata-se de um texto interessantíssimo que tem a particularidade de expor e sistematizar de forma acessível o debate que se desenvolvia nos meios ilustrados da altura.

Começa o autor por reconhecer a marginalização da mulher: "Condenada por nossos hábitos e leis a ser escrava moral do homem, parece que de propósito lhe inutilizam a actividade intelectual própria" (p.26). Mas parte do princípio de que a perfectibilidade dos dois sexos apresenta divergências na respectiva progressão, pelo que se propõe abordar as distintas características de um e de outro sexo, o que faz através de imagens típicas da literatura romântica, a que empresta uma linguagem médica, e que se traduz no comentário a sucessivas oposições homem/mulher, do tipo energia/beleza, força/delicadeza, calculismo/sentido prático, interesse pessoal/paixão, reflexão/instinto, análise/síntese. À mulher reconhece que pelo estudo pode elevar-se à razão, mas raramente à razão criadora, defendendo que a diferença de inteligência entre os sexos não é um fenómeno de proporção mas sim de qualidade específica, argumento que ilustra com deambulações históricas, nos quais aponta de resto vários casos de mulheres que se distinguiram nas artes médicas em diferentes momentos e lugares. Este discurso sobre a distinção masculino/feminino não impede o autor de concluir pela compatibilidade da inteligência feminina com as ciências médicas, tanto ao nível do espírito como ao nível da prática, mas reduz esse acesso como algo de superior a que só raríssimas mulheres poderiam aspirar.

Apresenta então Araújo Júnior os prós e os contras que no debate da altura emergiam. Começa pelo nível da sensibilidade que se deve exigir ao médico, discutindo a asserção de alguns autores que defendiam — "em igualdade de ciência, o melhor médico é aquele que tiver o coração mais sensível" —, e daí deduziam que "a mulher é o verdadeiro médico", mais própria para incutir a confiança e a tranquilidade no doente, enquanto o homem seria menos compassivo. Nesta vantagem viam alguns o efeito inconveniente, defendendo que o médico deveria ser inabalável a impressões, como condição para garantir o exercício da inteligência e logo o da ciência. A tendência na mulher seria para sofrer o "contágio nervoso dos males dos outros", com eles adoecendo moralmente e assim "deixa de ser médico e torna-se um doente", pois seria incapaz de calar a voz da sensibilidade. Se esta

característica de frieza necessária à abstracção caracterizava o espírito do homem, reconhece o autor que tal não se devia ao desenvolvimento natural das suas faculdades, mas que "a educação e a influência do meio" eram eficazes agentes nessa formação, não admirando que houvesse mulheres que educadas mais "para pensar do que a sentir" apresentassem igualmente essas qualidades, sobretudo se o trabalho dessa educação se desenvolvesse logo desde a infância. Assim, a mulher era "contrariada no estudo e sobretudo na prática da medicina", mas esta representava uma ciência perfeitamente ao seu alcance. E mesmo que fosse menos favorecida na direcção da obra médica, **"no desempenho do trabalho do tratamento, não pode ela ser excedida. A mulher, muito embora não nasça médica, é sempre naturalmente o melhor, o verdadeiro enfermeiro"**.

Um outro aspecto a que Araújo Júnior dedica atenção é o que designa pela questão da igualdade física e moral do homem e da mulher e do seu papel social. Não iludindo a questão, transcreve longamente Montanier, autor importante da época sobre esta temática, que afirma o destino da mulher para viver no interior da casa, ocupando-se da sua gestão e do apoio à família, devendo "fugir daquelas carreiras nómadas que a tragam constantemente afastada", pelo que, do seu ponto de vista, a mulher médica seria sempre uma excepção. Montanier referia o caso de França, onde existiam 20000 médicos, logo seriam necessárias cerca de dez mil mulheres para a clínica do sexo feminino para efeitos de paridade, e a troco de que sacrifícios sociais? A resposta a esta questão era típica de uma França de fim de século que vivia os fantasmas da quebra demográfica:

"A questão da maternidade e do casamento é importantíssima para o progresso das nações; e, como vimos, a profissão médica, contrariando nas mulheres o exercício regular e útil destas suas capitais funções, seria por isso mesmo uma causa muito poderosa de depauperamento da população, sobretudo nesta época

em que o celibato criminoso e egoísta, junto à mortalidade extraordinária das crianças, estão concorrendo com toda a força para o mesmo desastroso fim".¹¹⁷

Mas Araújo Júnior contra-argumentava que não estava em causa a questão da paridade, o número das mulheres médicas seria sempre mais restrito, pelo que não comprometeria o desenvolvimento da população, mesmo no "caso da incompatibilidade das funções médicas com as funções da família - o que está longe de perfeita demonstração", e por outro lado corresponderia às reclamações da "clínica feminina". Esta especificidade de uma "clínica feminina" era outro ponto de debate. Discutia-se o proveito de mulheres médicas que nunca poderiam ombrear ("não lhes seria possível, nem muitas vezes decente") com os homens médicos no tratamento de indivíduos do sexo masculino, no que Araújo Júnior concordava: "para os homens querem-se médicos, e por todas as razões". Já para o tratamento de mulheres não eram assim tão incompatíveis "os melindres da delicadeza e pudor feminino" que um médico não pudesse tratar, restando apenas um pequeno número de timoratas que se recusavam ao médico e, portanto, necessitavam de mão feminina. Fica evidenciado deste modo o reconhecimento, afinal, de uma especificidade masculina.

Finalmente, o último ponto de debate centrava-se sobre as dificuldades do ensino médico na prática — a promiscuidade de alunos de ambos os sexos nos anfiteatros anatómicos e nos hospitais, argumento expendido por Beaugrand. Dissecar-se em comunidade? Certas lições de fisiologia, patologia, cirurgia diante de um auditório de senhoras e estudantes? Como operar em certas circunstâncias indivíduos do sexo masculino que exigem o corpo a descoberto? Como ficaria o pudor professoral nestas circunstâncias? E o efeito desmoralizador do sexo feminino, perante a nudez do objecto de estudo e a promiscuidade de ambos os sexos? Apoiando-se noutros autores, Araújo Júnior, preferia seguir outro tipo de argumentação: "não julgamos, por forma alguma, que os estudos médicos sejam propélicos à desmoralização do coração das jovens discípulas;

¹¹⁷ ARAÚJO JÚNIOR, José Joaquim Barbosa - *As Mulheres Médicas*. Porto: 1879. p.56

antes pelo contrário temos por indubitável que a análise dos factos do mundo real, a meditação nos grandes fenómenos da vida, é o mais acertado e eficaz impulso que os espíritos jovens podem receber para a formação da sua moralidade e confirmação do seu bom senso". E para obviar a alguns inconvenientes da promiscuidade, embora sugerindo que poderia até haver escolas só para mulheres (como no Women's Medical College, em Filadélfia, USA), defendia a introdução de pequenas alterações no planos de curso para resolver a questão: bastaria criar cursos livres para a admissão de alunas e permitir às que os frequentassem o acesso aos exames ou actos nos estabelecimentos oficiais. Acreditava embora que o "vigor de vontade" que atraía as mulheres às escolas médicas seria o bastante para as tornar invulneráveis às eventuais influências desmoralizadoras dos seus condiscípulos, tal como acontecia nas universidades de Londres, Cambridge, Edimburgo, Viena, Helsinfors, Moscovo, S. Peterburgo, as quais todos os anos matriculavam já um certo número de mulheres.

Embora dentro de uma perspectiva elitista, Araújo Júnior fazia-se eco das posições favoráveis à formação superior da mulher, nomeadamente em medicina, no pressuposto igualitarista das aptidões intelectuais entre os sexos, embora reconhecendo especificidades de um e outro sexo e exprimindo a convicção de que poucas atingiriam o nível superior, não se colocando assim em causa a estrutura social nem agravando os problemas familiares e demográficos. E, no conjunto das 10 proposições finais que aceitava discutir, a última era um hino à educação feminina: "O dote mais valioso que a geração actual pode legar para o progresso das gerações futuras é a elevação, à sua verdadeira e merecida altura, da educação intelectual das mulheres".

A questão das mulheres poderem ascender à profissão médica era, entretanto, discutida um pouco por todo o mundo, vivendo-se, pelo último quartel do século XIX na altura uma reacção ao exclusivismo masculino da profissão médica. A revista *Medicina Contemporânea* faz-se eco deste debate. Regista, por exemplo, que na Inglaterra,

segundo o censo de 1880, eram já 25 as mulheres que exerciam medicina¹¹⁸. E, na Rússia, em 25 de Outubro de 1886, a assembleia professoral da Academia de Medicina teria respondido afirmativamente à questão levantada pelo ministro da Instrução sobre se as mulheres poderiam ser admitidas ao doutorado e se o diploma de uma mulher-médica correspondia ao que era passado a um homem. Mas já na Prússia o Ministro da Instrução decidia que as mulheres não poderiam ser admitidas nem como estudantes nem como ouvintes em nenhuma das universidades prussianas¹¹⁹.

A questão era, portanto, polémica, não só no campo estrito do acesso da mulher à medicina, mas no campo mais vasto do acesso das mulheres à instrução superior. E a própria Escola Médico-Cirúrgica do Porto também admitia o debate mais genérico, de que é exemplo a dissertação de Manuel Ferreira Correia Lopes Barrigas — *Um Capítulo de Higiene Social - A Instrução Superior da Mulher* (Porto, 1888). Trata-se de um texto que representa um grande passo atrás, face ao trabalho acima comentado de Araújo Júnior. Barrigas tem consciência disso e avisa: "o que adiante vai será pouco racional, pouco sensato, menos justo até, mas é sincero e sentido", chamando em sua defesa vários autores consagrados e procurando encarar a questão "sob o ponto de vista biológico". Mas a sua terminologia surge eivada de preconceito: escandaliza-se porque "há muito que pelo estrangeiro enxameiam mulheres sabedoras e literatas, fervilhando pelas universidades e sustentando uma luta tenaz na exigência de todos os direitos humanos", ironiza com a legião de "escritores amáveis" tão diligentes a colocar a sua pena ao serviço das mulheres como outrora a espada, condena a "cruzada da doutorice feminina" que provoca a "atrofia física e intelectual" da mulher. Do ponto de vista biológico assenta a sua argumentação nas teorias das circunvoluções cerebrais, recuperando trabalhos que procuravam mostrar, por exemplo, uma diferenciação entre o homem e a mulher a partir do oitavo mês de gravidez, com as circunvoluções masculinas a mostrarem mais precocemente sinuosidades

¹¹⁸ *Medicina Contemporânea*, 1885, p.371.

¹¹⁹ *Medicina Contemporânea*, 1886, p.384.

e dobras, mais ramificações, maior desenvolvimento. O cérebro feminino seria mais baixo, mais curto, mais estreito, mais leve, tal como a capacidade craniana seria menor na mulher, representando "morfologicamente a transição entre o da criança e o do homem". Em resumo, "é justo, racional e perfeitamente legítimo concluir que a mulher se encontra mais atrasada sob o ponto de vista do sistema nervoso", pelo que "a não ser alguns visionários, todos os que friamente pensam, consideram a mulher intelectualmente inferior ao homem". E se deixássemos a questão cerebral, bastaria olhar, por exemplo, para a "redondeza de formas, uma menor acentuação de feições" na mulher para nos lembrar "alguma coisa de infantil", tal como o tipo de tecidos inferiores "conjuntivos e adiposos" sugerem uma aptidão reprodutora, fazendo sobressair o sexo e destinando-a para as funções da maternidade. Tal como a laringe menos desenvolvida e os sons mais agudos revelam a "inaptidão para as vozes de mando, para a luta". Barrigas faz-se eco de uma pretensa uma lei natural de evolução de que resultava uma divisão de trabalho há muito estabelecida, baseada no reconhecimento de uma riqueza da mulher em "qualidades afectivas" e "dotes de coração", mas inferior em "atributos adquiridos, em poder de racionalização e em tenacidade intelectual".

Trata-se, em suma, da utilização da antropologia física e da biologia, ciências então em voga, num desenvolvimento social do darwinismo, que, para além de produzir a emergência de doutrinas pseudo-científicas que levaram ao racismo, também se abatem sobre a mulher, procurando dar consistência científica e uma conotação naturalista às práticas sociais de dominação e discriminação da mulher pelo homem.

Ao darwinismo social junta-se o argumento médico, baseado em tratados e estatísticas de observações sobre os efeitos da "demasia do trabalho cerebral" com resultados nefastos para o homem e, por acréscimo, nas mulheres. O quadro traçado por Barrigas, composto a partir de trabalhos médicos, é dantesco, condenando irremediavelmente a mulher, aspecto que um parágrafo como o seguinte pode ilustrar:

Se, como diz Cullere, um terço pelo menos das mulheres são histéricas; se é verdade que o abuso do exercício intelectual é um dos primeiros factores do estado conhecido em patologia pela designação de Nevropatia geral, ponto de partida das mais graves afecções nervosas; se acrescentarmos a predisposição do sexo feminino para a clorose e anemia; as perturbações nervosas e digestivas que vulgarmente acompanham o trabalho fisiológico da menstruação, prenhez, lactação, etc., que ocupam quase toda a vida e de cuja irregularidade provêm os mais graves prejuízos: compreender-se-ão perfeitamente os resultados da igualdade de instrução nos dois sexos.

O texto de Barrigas continua com um desfiar de observações médicas que teriam diagnosticado um sem número de disformidades e desordens que o trabalho intelectual provocava nas mulheres: dos problemas nervosos, aos problemas de coluna, miopia, supressões menstruais, afecções cerebrais, cefalgias, torpor intelectual, insónias, síncope, alucinações, inaptidão reprodutora, esterilidade e até alienação mental, documentando este último caso com a situação verificada nos Estados Unidos, onde, de 1880 a 1884, "um número relativamente considerável de doutoras em medicina entrava para os asilos de alienados".

A conclusão em forma de mensagem social era óbvia, afirmando o autor não acreditar que houvesse um pai ou mãe que preferisse a " vaidade idiota de ter na família uma filha doutora, à satisfação de criar uma mulher robusta e vigorosa". No entanto, denunciava a "perfeita febre de bacharelise" que grassava no País, as listas pomposas dos jornais com meninas-prodígio, ainda que "felizmente poucas" conseguissem entrar nos cursos superiores. E, para as que ascendessem à medicina, como já acontecia noutros países, profetizava: as "jovens doutoras ficarão reduzidas ao exercício das operações secundárias da sua profissão, inspirando sempre uma confiança medíocre e sendo consideradas como seres exóticos, plantas de estufa vegetando num meio artificial". Remetia as mulheres naturalmente para a família, propugnava por uma educação doméstica e condenava a

utopia da igualdade de instrução entre os sexos, lembrando triunfalmente a Alemanha que tinha proibido liminarmente o acesso do sexo feminino às universidades.

Eis uma tese que mereceu a aprovação e o direito à impressão na Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1888, por parte de um júri que integrava por exemplo o conhecido Ricardo Jorge (embora as teses impressas integrassem geralmente o aviso de que a Escola não respondia pelas doutrinas expendidas nas dissertações e enunciadas nas suas proposições, conforme o regulamento de 23.04.1840, artº 155). Tese, de resto, sustentada em sumidades médicas da época e que, comparada com a de Araújo Júnior, se tornam exemplificativas das contradições e debates existentes naquela Escola sobre a mulher, suas capacidades intelectuais e suas potencialidades profissionais. Como narrativas científicas, a antropologia e a biologia servem, então, as “estratégias discursivas” que procuram obstar ao acesso das mulheres à medicina, bem como a outras profissões de elevado estatuto, surgindo estreitamente ligadas ao processo de fechamento social daquelas profissões. Entenda-se por *estratégia discursiva* o “discurso usado na interação quotidiana e particularmente pelos que têm poder para falar e escrever”, elemento importante na manutenção das relações sociais tais como as relativas ao género, como explica Keith MacDonald. Assim, a oposição médica ao acesso das mulheres à profissão no Portugal do século XIX reproduz o que se verifica nos países mais desenvolvidos, aplicando a linguagem desenvolvida pelos próprios médicos na sua expressão científica¹²⁰. E ao considerar-se a mulher como geneticamente inferior, todo um complexo de efeitos se abate sobre ela, desde logo o modelo de educação feminina, onde os níveis de ensino e de exigência se tornam mais baixos, ajudando a construir e a perpetuar a diferença.

Neste domínio, poderia ainda ser invocado como elemento contextualizador o paternalismo masculino em relação à mulher, que procurava, os finais do século XIX, afastá-la das profissões consideradas perigosas, argumento que frequentemente cobria a preocupação de afastar a mulher de determinados nichos do mercado de trabalho, evitando

¹²⁰MACDONALD, Keith - *The Sociology of Professions*. London: Sage Publications, 1995. p. 129-130.

o seu peso concorrencial. Utiliza-se um discurso em que os papéis femininos eram considerados como a expressão da vocação natural das mulheres e não como verdadeiro trabalho. Este era próprio da actividade masculina, o que leva a solicitar a exclusão da mulher do emprego, sempre que há crise, criando-lhe o sentimento de estar a mais. A interdição das mulheres a determinadas profissões por razões de perigo para a saúde, a limitação da duração de trabalho feminino ou as leis que lhes concediam determinadas vantagens, ainda que muitas vezes ditadas pelo bom sentimento, ajudavam a excluí-la do mercado de trabalho. Ora, como recorda Diane Tremblay, a perigosidade de trabalhos violentos para as mulheres também o era para os homens, pelo que tudo deveria passar pela alteração das condições de trabalho¹²¹. O seu efeito perverso pode observar-se no contexto médico, com textos como os que acabamos de ver a mostrarem que o exercício da medicina é também um trabalho violento para as mulheres, dada a natureza destas, e que lhes pode causar determinadas doenças, legitimando-se assim a sua exclusão.

Mas nas duas últimas décadas do século passado já algumas mulheres frequentavam a Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Como que em resposta aos desafios do médico Barrigas, três anos depois da apresentação da sua dissertação, surgia a defesa de tese em medicina, precisamente em 9 de Novembro de 1891, por parte de duas irmãs — Aurélia e Laurinda de Morais Sarmiento, não sendo necessária muita imaginação para compreendermos as pressões psicológicas e a força de vontade que precisaram de desenvolver para terminarem o curso. Tiveram provas marcadas para o mesmo dia e a mesma hora (às 12 horas), o que revela o cuidado da Escola na encenação do acontecimento, pelo mérito que as candidatas possivelmente mereciam, mas também pelo estatuto social de que disfrutavam, bem como pelo acontecimento simbólico que protagonizavam.

¹²¹TREMBLAY, Diane- Gabrielle - *Organization du travail et technologies dans les bureaux*. Quebeque. Télé-Université, 1995. p. 41.

Aurélia de Moraes Sarmiento apresentava como tema de dissertação *Higiene da Primeira Infância*, período etário que ela definia, em termos de higiene, como o que vai até ao fim da função de lactação e o começo da mastigação, o período em que a criança se autonomizava da mãe, para iniciar a sua vida de relação (andar, falar, desenvolver o entendimento), sendo então necessários cuidados atentos sobretudo na nutrição. Cuidados que a autora se propõe desenvolver, desde o momento em que sai do ventre da mãe: cordão umbilical, primeiras vestes, banhos, aleitação, higiene na amamentação, escolha de amas, desmame são os temas abordados. Sublinhe-se a defesa da amamentação materna: "Entre nós, é frequente o preconceito de que quase fica mal a uma senhora, sobretudo se ela pertence a uma certa camada social, dar o seio a seus filhos. Sacrificam-se os dulcíssimos sentimentos da mãe às exigências convencionais do meio em que foi educada a mulher!".

Ao mesmo tempo, Laurinda de Moraes Sarmiento apresentava *Breves Considerações Sobre o Vestuário Feminino*, tema que considerava interessar em alto grau à saúde. Optava pelo tema, animada da esperança de, com as suas atitudes higienistas, conseguir orientar a curiosidade feminina que via submeter-se aos ditames da moda, "submetendo-se com temeridade aos maiores sofrimentos físicos", impostos pelas modas absurdas, sobretudo inventadas pelo capricho francês. Procura mostrar muitos dos inconvenientes anti-higiênicos da moda, que frequentemente prejudicavam o funcionamento regular dos órgãos, movendo desde o início uma guerra ao espartilho. Aborda as propriedades inerentes aos vários produtos de confecção, as prescrições de higiene relativas ao vestuário e as conveniências que, deste ponto de vista, deve satisfazer o vestuário da mulher. Partindo do pressuposto de que a moda quase nunca anda de harmonia com os preceitos higiênicos, apela a que a moda se siga com sensatez e segundo as necessidades, completando-a, corrigindo-a ou atenuando-a, mostrando as conveniências de cada tipo de vestuário: salvo circunstâncias especiais, dispensa em geral o chapéu, não vê necessidade de cobrir o pescoço, a não ser em frios extremos, faz a apologia da calça na mulher, lança

várias setas contra o espartilho, "verdadeira máquina de compressão", com repercussões negativas nas quatro principais funções orgânicas (respiração, circulação, digestão e nutrição). Defende a proibição médica do espartilho às mulheres impúberes, na gravidez, durante a lactação, em situações de afecção do tórax ou do abdómen.

No ano seguinte, surge nova tese por parte de uma mulher médica: Maria Paes Moreira — *Higiene da Gravidez e do Parto* (Porto, 1892). É uma tese eminentemente prática, em que a autora mostra o domínio das técnicas recentes no campo da obstetrícia, exulta com a superação da tradicional infecção puerperal, embora reconhecendo que a anti-sepsia obstétrica ainda não tem em Portugal o respeito que merece. Nessa medida, defende que "na arte dos partos a ciência de prevenir é bem mais eficaz que a de curar" e propõe-se abordar os variados pormenores técnicos e cuidados que tanto o médico como a parteira devem desenvolver nestas situações. Na introdução, historia as experiências de Semmelweiss sobre a febre puerperal e os resultados obtidos com as suas práticas anti-sépticas, que remetia as infecções para os médicos, parteiras e falta de higienização hospitalar, bem como a sua gradual adopção por outros médicos e estabelecimentos, e a leitura estatística dessa evolução na mortalidade puerperal de vários hospitais. Mas a sua tese, estruturada em três partes, configura-se como um verdadeiro manual para os cuidados da gravidez e do parto.

Na primeira parte, trata da anti-sepsia obstétrica: aborda os vários tipos de anti-sépticos, seu papel, efeitos e posologias, numa preocupação de "luta permanente contra a invasão dos micróbios"; discute e incentiva a anti-sepsia do parteiro ("infringir, no estado actual da ciência, as regras da anti-sepsia é um verdadeiro crime") e defende a especialização médica na obstetrícia, como forma de evitar contágios e agentes de transmissão; aborda a anti-sepsia do "arsenal obstétrico", contra a ironia dos colegas que falavam sibilamente deste acto como de "cerimónias de culto".

"Da Higiene durante a gravidez", é o título da segunda parte, recomendando cuidados praticamente desde a gestação, acompanhando toda a gravidez, de forma a evitar

complicações ou preveni-las, o que, em várias situações, só será possível com observações atempadas, bem como a desenvolver uma gravidez saudável (higiene corporal, vestuário, banhos, patologias paralelas à gravidez, viagens, tratamentos médicos e intervenções cirúrgicas).

A terceira parte, finalmente, trata da higiene do parto. Apresenta as condições desejáveis quanto a instalações (quarto, cama, iluminação, etc.) e as várias operações a desenvolver à medida que se desenvolvem as várias fases do parto (dilatação, expulsão, recepção do recém-nascido, dequitação, o "sobreparto"). É uma das poucas teses que apresenta uma listagem bibliográfica, com cerca de 30 títulos, entre livros e publicações periódicas.

Vale a pena citar os aparelhos e medicamentos considerados indispensáveis para uma intervenção eficaz por Maria Pais Moreira e compará-la com a listagem atrás apresentada como necessária pela autoridade administrativa para a obtenção do alvará de parteira. Essa comparação fornece-nos a distância tecnológica entre a parteira dos anos 60 e o seu estreito campo de manobra técnica, quase nulo face à mínima complicação, e o já considerável arsenal de que dispunha na década de 90 um médico-parteiro, revelador do salto tecnológico-científico então verificado, bem como da credibilidade profissional daí retirada. Assim, segundo Maria Pais Moreira, os objectos "mais precisos que têm de servir ou estar de prevenção" são:

- 1) Um estetoscópio obstétrico para auscultação dos ruídos fetais e maternos;
- 2) Uma seringa para esvaziamento do recto;
- 3) Algodão anti-séptico;
- 4) Irrigador e canulas vaginais e uterinas;
- 6) Uma sonda de metal ou de caoutchouc para o esvaziamento da bexiga;
- 7) Um bisturi botonado para incisões vulvares;
- 8) Um bisturi de ponta
- 9) Fios e tesoura para a ligadura e corte do cordão umbilical;

- 10) Um insuflador para respiração artificial, em caso de morte aparente do feto;
- 11) Um esponja para limpar a pele do recém-nascido;
- 12) Pinças hemostáticas e fios para socorrer a hemorragias genitais;
- 13) Pinças de ramos cruzados, de pressão contínua, ou colchetes unitivos para o caso de ruptura incompleta do períneo;
- 14) Agulhas e fios para o caso de ruptura completa do períneo;
- 15) Gaze antiseptica para o tampão vaginal ou intra-uterino, curativos, etc.
- 16) Atadura para sustentar o tampão vaginal
- 17) Atadura para ligar o ventre da mulher depois do parto;
- 18) Ataduras para a compressão dos membros inferiores ou superiores (transfusões, hemorragias)
- 19) Seringa hipodérmica.

Além dos instrumentos, deveriam então existir os seguintes medicamentos:

- 1) Os anti-sépticos para a purificação do parteiro, dos instrumentos, da paciente e da criança;
- 2) Os anestésicos gerais (clorofórmio, cloral)
- 3) Os anestésicos locais (cocaina)
- 4) Os ecbolicos e os hemostáticos uterinos (sais de quinina, cravagem, ergotina, idrastina), por via gástrica ou por via hipodérmica;
- 5) Os excitantes para o caso de síncope (álcool por via gástrica, éter por via hipodérmica).

Além das três médicas acima referenciadas, nos anos seguintes formaram-se ainda as seguintes médicas, com as respectivas dissertações:

Guilhermina de Moraes Sarmiento - *A dilatação do estômago*, 1894.

Maria Genoveva de Jesus e Silva - *Placenta prévia*, 1900.

Maria Arminda da Costa Prata, *Acção dos medicamentos sobre a secreção láctea*, 1902.

Guilhermina Arminda da Costa Prata, *Gravidez Ectópica*, 1902.

Casimira Ferreira Loureiro, *Profilaxia e tratamento da sífilis do recém-nascido*, 1906.

Leonor Amélia da Silva, *A anestesia geral e o clorofórmio*, 1906.

A coincidência de nomes, a revelar parentesco, tanto em mais uma Morais Sarmiento, como em duas Costa Prata, indicia-nos que tirar o curso de medicina para as mulheres do Porto era, há cem anos, também um acto de militantismo, que só um apoio familiar muito apurado ajudava a concretizar. Além disso, vejam-se as temáticas relacionadas com a mulher e a maternidade (à excepção de uma), o que mostra ainda assim a interiorização por parte destas mulheres do discurso masculino no que se refere à dificuldade de abordarem outros temas ou, então, as limitações impostas a esse tipo de abordagens.

*

Em resumo: o século XIX, grosso modo, culmina o processo de reconhecimento profissional dos médicos e da supremacia do seu poder na área dos cuidados de saúde. Segundo Jacques Saliba, o médico apropria-se de um território, produz e monopoliza um saber esotérico, de forma tal que o controlo da sua autonomia profissional, da sua independência e do monopólio é garantido pelo Estado, que assegura a exclusão dos “profanos”¹²². Naturalmente que a emergência do poder médico é um elemento integrante dos processos de profissionalização que integram a modernidade, nos esforços de racionalização para dominar o mundo através da técnica, da previsão e do cálculo, isto é,

¹²²SALIBA, Jacques - Les paradigmes des professions de santé. In AIACH, Pierre ; FASSIN, Didier - *Les métiers de santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Antrophos, 1994. p. 50-51.

na imagem weberiana, para a sua “intelectualização e desencantamento”, nos quadros da divisão do trabalho e da organização burocrática da sociedade que lhe conferem uma legitimidade tecno-científica.

Para que isto fosse possível, disse Michel Foucault, foi necessária uma reorganização do campo hospitalar, bem como “uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber; foi preciso situar o doente num espaço colectivo e homogéneo”. Bem como uma nova linguagem, numa “correlação contínua e objectivamente fundada entre o visível e o enunciável”¹²³.

Tal como em outros países, o modelo médico impôs-se em Portugal de uma forma avassaladora sobre as outras artes de curar, fechando o seu campo de acção e excluindo do seu centro de poder e de saber as outras actividades. Este domínio é particularmente notado em relação ao género feminino, ao qual se atribui, através de explicações de tipo biológico, uma natureza diferente e inferior em relação ao homem. Dificultou-se um pouco por todo o lado, dada a mentalidade dominante, o acesso das mulheres à medicina e ao seu campo de intervenção, como para outras actividades de elevado estatuto social, remetendo-a para os trabalhos de cuidar, mais conformes à vocação doméstica que se lhe atribuía. Assim, só excepcionalmente a mulher poderia vir a ser médica-obstetra, apesar de uma evidente apetência para essa formação. Por isso, nunca se poderia encarar a eventualidade de propiciar à parteira uma formação cuidada, autónoma e mais desenvolvida que lhe conferisse um maior reconhecimento social.

No contexto médico, a parteira era simplesmente tolerada, como reminiscência de práticas populares e como meio barato de cobrir mercados em que o médico não queria ou não podia intervir por falta de efectivos. Recuperada para funções de substituição e ajuda, a parteira terá uma formação reduzida, especialmente preparada para ela, excluída das aulas de partos destinadas aos médicos. Abreviar matéria teórica, sonogando

¹²³FOUCAULT, Michel - *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. p. 226.

conhecimentos científicos reservados para os médicos, e, contraditoriamente, atribuir-lhe um grande peso de treino hospitalar com largas horas de trabalho nas enfermarias foi a fórmula encontrada para o modelo de formação das parteiras. Tudo isso contribuiu para que as candidatas a parteiras viessem de estratos sociais pobres, o que não ajudava à formação e consciencialização profissional nem propiciava o reconhecimento social, mas assegurava a subserviência.

Note-se que mesmo na Inglaterra dos fins do século não tiveram qualquer êxito as tentativas de Florence Nightingale, para criar uma formação específica para as parteiras, paralela à formação médica e ao mesmo nível. De igual modo fracassaram algumas tentativas de associações profissionais nesse sentido, sem conseguirem uma acção profissional independente¹²⁴.

Às parteiras, eventualmente candidatas a uma formação paralela à dos médicos, estava reservado outro destino, que começou a ser concretizado no estrangeiro e, nos inícios do século XX em Portugal - o de serem remetidas para os trabalhos de rotina enquadrados pela enfermagem, no âmbito da prestação de cuidados mais conformes à propalada vocação doméstica da mulher, enquanto o trabalho de intervenção e a última palavra pertenceria aos médicos. Submetem-se, assim, aos planos de paramedicalização que o poder médico desenvolveu para enquadrar todas as outras actividades que se desenrolavam no campo da saúde.

¹²⁴KITZINGER, Sheila - *Mães : Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978. p. 97-98.

4 - AS PARTEIRAS E A MEDICALIZAÇÃO DOS PARTOS

Com o decorrer do século XX, particularmente nas vésperas da primeira grande guerra (1914-1918), o parto torna-se objecto de uma absoluta atenção médica. Aos sinais de uma queda na fecundidade e de evidente contracepção, saem a terreiro os defensores da natalidade e do revigoramento da raça, e a parturiente, à medida que controla e diminui o número de filhos, torna-se objecto de maiores cuidados. O Estado, cuja preocupação em relação aos nascimentos já vinha do século anterior, vai agora redobrar de cuidados e conceder atenção aos que reclamam a permanente intervenção médica junto das grávidas e parturientes. Esse envolvimento estatal, através da acção médica, vai-se corporizando em diversas agências de controlo e de apoio. As maternidades são uma resposta organizacional às necessidades sociais do parto, passando a adoptar-se a moda de fazer o parto fora de casa, para assegurar o apoio médico, frequentemente gratuito. Vem depois o estabelecimento de consultas pré e pós-natais, constituindo-se uma verdadeira “empresa médica” em torno do nascimento, sobretudo à medida que se complexificam os cuidados, os exames de diagnóstico e as técnicas de parto, das quais se destacará o dito “parto sem dor”¹²⁵.

A envolver este quadro de acção, verifica-se uma difusão do discurso eugenista e o seu encontro com a medicina. Como nos diz Anne Carol, para lá da doutrina oficial do eugenismo do matemático inglês Francis Galton, há em França um eugenismo pré-galtoniano, para o qual se vislumbram várias vias de construção - a linha dos tratados médicos sobre a procriação, a venerologia, o alienismo, a medicina militar e, particularmente para o que nos interessa, a fileira da ginecologia-obstetrícia-pediatria, que na altura se explicitava através da palavra *puericultura* (entretanto caída em desuso). O eugenismo, que tem o seu ponto alto na realização do Congresso Internacional de

¹²⁵KNIBIEHLER, Yvonne - *La révolution maternelle depuis 1945*. Paris: Perrin, 1997.

Eugénica em 1912, em Londres, apresenta-se, então, com a preocupação profiláctica de aperfeiçoamento da espécie. Provoca, assim, a intromissão do interesse público na procriação, antes da esfera do privado, surgindo o médico já não como um “conselheiro da família” mas antes como um auxiliar do Estado. A puericultura, definida em 1895 por Adolphe Pinard, como a “investigação dos conhecimentos relativos à reprodução, conservação e melhoramento da espécie humana”, cria um novo e ilimitado território para o médico, que começa com as origens do ser, com as consultas durante a gravidez, e se estende ao parto e à primeira infância, como forma de assegurar um *bom produto* humano. A preocupação com os procriadores é então obsessiva: bastará referir que Pinard chega a defender a consulta pré-nupcial e mesmo a institucionalização do exame pré-nupcial¹²⁶.

Enquanto discurso alarmista (criador dos medos sobre a decadência quantitativa e qualitativa da raça) e programático (incitando à acção para promover a natalidade e a melhoria da população), o eugenismo difunde-se rapidamente e a literatura médica dos vários países, incluindo Portugal, faz-se eco destes debates e práticas que se desenrolam na França, na Inglaterra, na Alemanha. O eugenismo, na sua vertente puericultora, e o clima gerado ao seu redor, constituem portanto um dado incontornável para compreendermos a evolução posterior da formação das parteiras, submetidas que já estavam ao poder médico, o qual se preocupará em lhes inculcar princípios e práticas afins às suas preocupações.

4.1 - As maternidades

O internamento de grávidas e parturientes nos hospitais constituía durante o século XIX um factor de elevada mortalidade neste domínio. Embora as novas técnicas de intervenção no parto, gradualmente aperfeiçoadas, permitissem superar cada vez mais os

¹²⁶CAROL, Anne - Médecine et eugénisme en France, ou le rêve d'une prophylaxie parfaite (XIXe-Première moitié du Xxe siècle). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. 1996. p. 618-631.

problemas dos partos distócicos, leva tempo a que a teoria passe à prática e se optimizem as condições hospitalares, nomeadamente no domínio da assepsia e anti-sepsia. Parturientes em situação de parto normal mas que usavam os hospitais corriam um risco acrescido de infecção, ao serem tratadas em enfermarias infectadas, em contacto com outras moléstias, no meio das quais circulava o diverso tipo de pessoal hospitalar, ajudando a propagar as infecções. Mesmo depois de ultrapassadas as teorias dos eflúvios, segundo as quais as doenças se propagavam pelo ar, e se provar que as infecções se transmitiam pelo contacto com objectos infectados, permaneceram as dificuldades de higienização conveniente dos serviços hospitalares, dos seus utentes e técnicos. Daí que estatísticas médicas revelassem a importante mortalidade hospitalar no campo das situações ligadas à maternidade e, a exemplo do estrangeiro, surgissem adeptos do isolamento das parturientes em novas unidades hospitalares isoladas, com técnicos especificamente vocacionados para esse fim exclusivo.

A emergência das maternidades está também ligada à consciência de promiscuidade social que se verifica nos grandes hospitais urbanos e à falta de espaços que permitissem um mínimo de dignidade para um acto como o parto, eminentemente familiar, com o sossego e tranquilidade necessários aos primeiros dias de puerpério. Alfredo da Costa, ao defender a maternidade para ultrapassar os problemas da enfermaria obstétrica do Hospital de S. José (conhecida como a maternidade de Santa Bárbara), aponta:

... puérperas, de todos os matizes, vivem juntas, numa promiscuidade nefasta. Tuberculosas, sífilíticas, erisipeladas, ulcerosas, eclámpicas e maníacas, tudo ali se mistura numa sala única em contacto perigoso e anti-cirúrgico. Por entre as puérperas, as grávidas; por entre as grávidas, as operadas, sem isolamentos, sem distinções, sem resguardos que o espaço não permite, e que a suprema razão da economia hospitalar nem ao menos consentem que se vigiem...

Sem uma sala, sem uma galeria, sem gabinetes de espera onde as visitas possam ser recebidas, isoladamente ou em grupos, acotovelam-se estas no microscópico

*patim da escada ou formigam no corredor de entrada da própria enfermaria. .. E então discute-se, grita-se, critica-se e chasqueia-se, sem o menor respeito pelas lágrimas de umas, pelo pudor de outras, pelo decoro de todas, ou pelo acatamento do princípio, aliás desconhecido, da assistência secreta. Ao lado da mulher honesta, que recebe do marido novas tantas vezes tristes dos filhos que deixou em casa, gesticula a mulher mercenária com ademanes equívocos junto daquele que lhe traz saudades das companheiras da Mouraria!*¹²⁷

Em Portugal, o desenvolvimento da ideia de criação de maternidades surge inicialmente muito ligada a propósitos filantrópicos, de ajuda às classes mais desfavorecidas, das quais muitas mulheres se viam obrigadas a recorrer aos meios hospitalares por falta de condições domésticas ou por situações de ilegitimidade que tornavam inoportuna a sua presença em casa em face dos valores morais da época, pois as mulheres de mais elevada condição não recorriam aos hospitais.

O já citado médico Alfredo da Costa desenvolve, a partir de Lisboa e desde os finais do século passado, uma campanha a favor da construção de maternidades, mas cujos ecos só terão concretização na capital cerca de 30 anos mais tarde, justificando-se a respectiva designação da maternidade lisboeta com o nome deste médico pioneiro. Vale a pena transcrever aqui um excerto de um texto de Alfredo da Costa, publicado em 1899 e que constituiu doutrina nesta matéria, a ponto de ser incluído mais tarde nos considerandos do decreto de 17.10.1931 que criou a Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

A pedra angular sobre a qual tem de estear-se um sistema razoável de assistência obstétrica é a fundação das maternidades nos centros mais populosos do nosso País. Maternidades a sério, como já existem em França, em toda a Alemanha e nesse modelar país que se chama a Suíça.

Maternidades onde os serviços de partejamento possam ser feitos ao abrigo de todos os preceitos da ciência e da arte modernas. Maternidades onde o espaço

¹²⁷Transcrito in COSTA-SACADURA - *As maternidades e a família*. Lisboa: 1939. p.7.

consinta ainda, pela separação dos leitos, evitar os atentados criminosos contra a existência das crianças.

Maternidades que tenham anexos depósitos de grávidas, à semelhança dos que pelo estrangeiro se têm multiplicado com o nome de Refúgios.

Maternidades que dêem garantias de albergamento secreto. Maternidades que possam, finalmente, ser aproveitadas para escolas de aprendizagem obstétrica, onde se desenvolvam aptidões, se estimule o gosto pela obstetrícia e se façam até especialistas¹²⁸.

Em Coimbra, são os estudantes do 4º ano de Medicina de 1906 que, num impulso de beneficência, resolvem iniciar um fundo para a construção duma maternidade e de uma consulta de amamentados. Como a contribuição que deram não bastava, resolveram abrir uma grande subscrição pública e promover uma série de festas que elevassem o capital entretanto subscrito (770\$000 réis) a uma soma precisa, abrindo postos de recepção de donativos em Coimbra, no Porto e Lisboa¹²⁹. Esta acção terá de se entender sobretudo como um movimento de pressão, já que a primeira Maternidade será criada oficialmente um pouco mais tarde precisamente em Coimbra, com a mudança de regime político e a reforma do ensino médico (1911).

Também no Porto surgiu um movimento do mesmo tipo, animado pelo Professor Artur Salustiano Maia Mendes, chefe de clínica obstétrica na Escola Médico-Cirúrgica do Porto entre 1903-1910. Este médico, com uma acção notável na clínica obstétrica e na divulgação dos novos métodos, pois chegou a criar cursos livres de partos durante vários anos, por onde passaram vários médicos e parteiras para aperfeiçoamento técnico¹³⁰, vai promover a criação da "Maternidade do Porto".

¹²⁸COSTA, Alfredo - *Duas lições de obstetrícia*. Lisboa: 1899. p. 24-25.

¹²⁹*A Medicina Moderna*.(1906). p.30.

¹³⁰SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. P. 23.

Segundo o próprio Maia Mendes nos conta¹³¹, o impulso para essa iniciativa ocorre com a visita da rainha Dona Amélia ao Hospital de Santo António e o impacto da visão desagradável de acumulação de parturientes no interior de um hospital geral. A consciência da situação exprime-se da seguinte forma em A. Maia Mendes:

As mulheres de parto, na sua maioria, não são doentes; as crianças recém-nascidas também na máxima parte não são doentes; por isso não se devem internar umas e outras em hospitais gerais, que são casas de doentes. Fazer um tal mistura é correr o risco de contagiar de moléstias perigosíssimas e até mortais as pobres mães, que ali vão em busca do pão da caridade e seus filhos; risco de lesa-humanidade, porque os filhos do povo são o povo do futuro, a força viva da nação, a verdadeira riqueza da pátria.

Maia Mendes lança então o movimento para a criação da Maternidade do Porto, a exemplo das maternidades que se viam no estrangeiro, organiza uma comissão promotora que integra com outro médico, Agnelo Pereira, e uma extensa comissão de propaganda para a qual convida as principais figuras da burguesia portuense de então, com o bispo D. António Barroso à cabeça, seguida de cavalheiros e damas dos nomes mais sonantes da Cidade, muitos deles adornados com títulos nobiliárquicos. Ao mesmo tempo publicam-se "Algumas bases para o projecto de compromisso da Maternidade do Porto", onde se pode verificar que a iniciativa assumia as características de benemerência paternalista da burguesia e da aristocracia para com as classes pobres: a Maternidade surgia explicitamente como instituição de beneficência e tinha como objectivo principal o tratamento gratuito de mulheres de parto, em puerpério e de recém-nascidos em situação de indigência económica, tendo como divisa "Protecção às mães e aos recém-nascidos". Previa ainda a criação de consultas externas, logo que os recursos o permitissem, a fim de

¹³¹MENDES, A. Maia - Maternidade do Porto. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1910). p. 86-91.

tratar de doenças ligadas à gravidez em mulheres pobres. Haveria, no entanto, alguns quartos para pensionistas, cujas receitas revertiam em exclusivo para a instituição. O serviço médico seria assegurado gratuitamente pelos dois médicos promotores. Haveria sócios efectivos, que pagariam mensalmente a quota de 500 réis, e sócios auxiliares, estabelecendo-se as unidades de gestão (assembleia geral, direcção administrativa) normais no associativismo. Os resultados desta instituição que apostava na filantropia e no voluntarismo não parecem ter sido famosos, até porque apareceu numa conjuntura particularmente difícil: a 5 de Outubro de 1910 ocorria a implantação da República, numa alteração política desfavorável à grande maioria das personalidades que compunham a comissão de propaganda. Em 1926, Alberto Saavedra, reconhecendo embora o papel positivo de Maia Mendes, chamava ao que restava desta Maternidade do Porto uma "grosseira mistificação"¹³².

Mas o salto qualitativo na hospitalização obstétrica verifica-se de facto em 1911. O governo da República recém-instituída cria, então, a primeira maternidade em Portugal, adstrita à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, de quem dependia administrativa e cientificamente, e cujo director seria o professor catedrático da cadeira de partos. Esta medida (Decreto de 22.02.1911, D.G. nº 44 de 23.02.1911), da autoria do ministro do Interior, António José de Almeida, um médico de formação, constitui uma forma de reorganizar a assistência à primeira infância então vigente, para o que se extingue o Hospício Distrital (a cargo da Comissão Distrital) e transfere para a tutela da Maternidade as receitas e encargos respectivos. Esta respondia ao propósito de concentrar os serviços de assistência às mulheres grávidas e recém-nascidos, gerindo de outra forma as verbas do chamado Hospício, instituição que antes dava apoio às grávidas e crianças pobres. Devia fomentar a amamentação materna pela concessão de subsídios de lactação,

¹³² SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. p.11.

fornecer rações de leite às crianças que não pudessem ser amamentadas e abrir consultas externas a grávidas, crianças recém-nascidas e na primeira infância.

Trata-se de um passo importante no reconhecimento da especificidade do parto na prática médica, autonomizando-o do contexto patológico em que antes se inseria, quando decorrente em enfermarias polivalentes de hospitais gerais. Esta alteração não pode dissociar-se do espírito da reforma do ensino médico promovido então pela República, pela qual se transformam as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto em Faculdades de Medicina e se procede a profundas alterações na estrutura curricular dos cursos de Medicina, criando-se finalmente as especialidades, acompanhando os modelos estrangeiros de formação.

As maternidades, com edifício de raiz e corpo clínico próprio, estavam então em voga, no estrangeiro, com resultados positivos nas quebras da mortalidade infantil e materna, o que alimenta a reivindicação de novas maternidades em Portugal. É o caso de Costa-Sacadura que, discípulo de Alfredo da Costa, assumiu, após a morte deste, a campanha por ele desenvolvida a favor das maternidades, onde a comparação da situação portuguesa com a estrangeira lhe suscitava os seguintes comentários: *"Que desolador contraste experimento nas minhas visitas à Bélgica, esse lindo país, com as suas duas belas Maternidades de Bruxelas, outra modelar em Liège, e outras tão completas e perfeitas em Gand, Antuérpia, Lovaina, etc. Como se me confrange o coração ao lembrar-me do que existe na Suíça, desde Zurich com a sua esplêndida Maternidade na vasta Frauenklinik, desde Basileia e Lucerna, até Genebra e Lausana, com o seu esplêndido serviço obstétrico"*¹³³.

Mas as unidades seguintes só aparecem mais tarde: a Maternidade de Magalhães Coutinho (Lisboa, em 1927)¹³⁴; a Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa, em 5.12.1932)

¹³³COSTA-SACADURA - *As maternidades e a família*. Lisboa: 1939.

¹³⁴Começou por abrir em 1927 como Enfermaria Magalhães Coutinho, com 80 camas, e, em Fevereiro de 1931, como Maternidade Magalhães Coutinho, ampliada a 143 camas. Cf. COSTA-SACADURA - *Dois problemas de assistência : O trabalho da mulher fora do lar. Parto no domicílio ou nas maternidades?*. Lisboa: 1939.

com 250 camas; e a Maternidade de Júlio Dinis, no Porto, em 1935, curiosamente já erguidas todas depois do novo regime político criado com o movimento militar de 28 de Maio de 1926. Note-se que houve mesmo assim necessidade de fazer a apologia das maternidades e da sua acção, pois não faltavam as críticas negativas a seu respeito, acusando-as de serem elemento dissolventes da família, na medida em que arrastavam para o exterior do domicílio uma parte importante da intimidade conjugal e exerciam sobre ela um claro controlo clínico, com reflexos vários.

Apresentando a evolução dos resultados da Maternidade Alfredo da Costa, não só ao nível da mortalidade neo-natal como ao do acompanhamento de grávidas, crianças e puérperas, com os seus espaços especializados para evitar contágios, Augusto Monjardino¹³⁵ defendia a necessidade de espalhar maternidades pelo País, principalmente nas capitais de distrito e nos centros industriais, "onde as grávidas sejam vigiadas, aconselhadas, amparadas e acarinhadas, fazendo-lhes compreender a grandeza da sua missão, inculcando-lhes o interesse e a necessidade de cuidarem dos filhos com cega obediência aos preceitos que nas consultas pré-natais e nas pediátricas, lhes são aconselhados". Considerava que com esta campanha se conseguiriam "os futuros homens válidos" e se desenvolveria "a política do aperfeiçoamento da raça", conseguindo-se "uma nação composta de elementos sadios e robustos, em vez de raquíticos e estropiados". No mesmo tom eugenista, desaconselhava o parto domiciliário face à miséria e insuficiência da maioria das casas portuguesas, rebatia os argumentos de ordem moral e afectiva dos que o defendiam, lembrando que àquela maternidade acorriam mulheres de alta condição (algumas até vindas de Espanha) que até poderiam parir em casa em boas condições, mas que ali iam para prevenir complicações "que podem surgir inopinadamente". Para Monjardino havia toda uma campanha a desenvolver junto das grávidas e das mães, com consultas de puericultura, conferências educativas, visitas domiciliárias que ensinassem às

¹³⁵MONJARDINO, Augusto - Função social das maternidades. *Conferências - 7ª: Série doutrinária da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*. Porto. (1939), p. 215-227.
Augusto Monjardino era director da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

mães os preceitos da higiene dos filhos, tal como a criação de creches, gotas de leite e outras instituições, as quais deveriam estar sob a alçada de uma comissão central, cujos princípios orientadores seriam executados por comissões secundárias. Para chefiar este tipo de organizações seria necessário criar especialistas nas Maternidades, cujo estatuto seria obtido com o exercício em *full time* ("com remuneração condigna") durante cinco anos nas Maternidades de Lisboa e Porto. Enfim, realizar uma obra social em prol da saúde das mães e dos filhos, assente num pressuposto de progressos higiénicos e eugénicos, que o levava a proclamar com algum entusiasmo a absoluta medicalização do parto: "enquanto este povo não estiver educado convenientemente (sabe-se lá quando isso será), eu não me cansarei de pedir Maternidades — Maternidades — Maternidades!!!"

Estávamos então perante a ampliação das posições higienistas, que, se numa primeira fase se preocupavam sobretudo com a salubridade pública, ligada à higiene pessoal, às condições de habitação, com a guerra aos lixos, montureiras e pântanos, passa, na fase pós-Pasteur, a incorporar as preocupações derivadas da bacteriologia, complexificando cuidados e problemas em que tudo se conecta com a medicina social e a saúde pública, a que a maternidade e a puericultura não escapam. A fase assistencial das maternidades, ligada de início ao apoio das mães indigentes ou pobres, sem condições domiciliárias, começa a ser ultrapassada nos discursos sobre a função social das maternidades. Sem renegar essa função assistencial, Costa-Sacadura defendia, em 1939, que as maternidades deviam "ser principalmente, e quase exclusivamente, centros de estudo, de cultura; centros de difusão de higiene social. E centros de aprendizagem, de preparação de boas e competentes enfermeiras-puericultoras e de hábeis e proficientes tocólogos. E centros de serviços hospitalares, muito especiais e especializados"¹³⁶. E ia mais longe, lembrando a necessidade de criar escolas anexas às Faculdades de Medicina, de forma que existissem "escolas de parteiras e não simples cursos de parteiras", como forma de responder ao facto de o parto, como acto fisiológico, natural, ter o seu ambiente próprio e lógico no

¹³⁶COSTA-SACADURA - *As maternidades e a família*. Lisboa:1939. p.13.

domicílio, com a contrapartida de as situações mais complexas se deverem resolver nas maternidades ou clínicas.

4.2 - A lenta gestação da maternidade Júlio Dinis, no Porto

A situação que se passava no hospital de Santo António nos inícios da década de 20 continuava a ser muito negra, em grande medida ainda imune às medidas que as teses médicas apresentadas ao longo das últimas décadas do século XIX preconizavam. Assim, de um relatório do médico Alberto Saavedra apresentado à já então Faculdade de Medicina, podem extrair-se observações deste tipo:

Enxertada no Hospital Geral de Santo António, a Clínica Obstétrica funciona em deploráveis condições materiais. Recebe pejudas em trabalho de parto, eutócico ou distócico, e mulheres cuja prenhez ou puerpério sofrem acidentes. Quando o sobreparto é normal, a alta concede-se ao cabo de uma semana. As salas — uma, especialmente, fogem aos banais preceitos de higiene. Não há dependências privativas, nem pessoal distinto para as infectadas. Falta uma consulta externa, onde grávidas, lactantes e lactentes sejam observados e cuidados. Puericultura intra ou extra-uterina: letra morta! Estes factos explicariam, de per si, os frequentes casos de abortamento, prematuridade, mortinatalidade, debilidade fetal, apresentação viciosa, albuminúria, acessos eclâmpticos, e - os últimos são os primeiros - infecções puerperais que, todos os anos, se colhem na enfermaria". ¹³⁷

Vai ser no âmbito das comemorações do centenário da Escola Médico-Cirúrgica (1825-1925) que surge a decisão oficial da criação de uma maternidade pública para o Porto - a Maternidade Júlio Dinis, para que "alguma coisa de consistente e perene se edificasse no domínio da medicina social, ficando a marcar historicamente a celebração

perante as gerações vindouras". O pretexto foi a criação de uma estátua a um dos mais populares médicos da Escola, pela via literária — Júlio Dinis, a quem se decidiu fazer uma estátua, mas cuja subscrição, promovida pelas senhoras do Ateneu Comercial, rendeu o dobro do necessário. Às sobras, juntou-se depois o contributo médico noutra subscrição posterior, o que permitiu acumular os 300 contos necessários para a compra do terreno, pedindo-se depois a iniciativa ao governo.

Coube a decisão ao futuro ministro da Instrução, Alfredo de Magalhães, face ao reconhecimento de um dos mais graves problemas nacionais da altura, a elevada mortalidade infantil, "só explicável pela falta de assistência à criança e à mulher grávida", motivo "de carácter eugénico, nacional e económico" que conduz à instituição da nova Maternidade. Sublinhem-se os princípios eugénicos, que então predominavam nos anos 20/30 do nosso século, que o ministro associava às responsabilidades históricas de Portugal no arroteamento e civilização de vastos territórios ultramarinos, as quais impunham a obrigação de "avigorar a raça e travar, quanto antes, o desperdício de vidas preciosas que dia a dia resvalam, com lamentável indiferença e crassa ignorância, do ventre das mães ao coval dos cemitérios". Princípios doutrinários que Alfredo de Magalhães procurava opor à doutrina neo-malthusiana, explicada esta por dificuldades económicas, mas que não deviam "ser superadas pela desumana e anti-cristã indústria exportadora de anjinhos para o céu", como demonstrava através de quadros e gráficos que mostravam a tendência decrescente da taxa de natalidade em Portugal¹³⁸.

Face ao elevado número de óbitos infantis (27527 só no ano de 1925, sendo que só no Porto esse número era de 5228, a que se podiam acrescentar 676 nado-mortos, o que na totalidade — 5904, ultrapassava o número de nascimentos — 5695, com a taxa de mortalidade infantil a rondar os 250 ‰ por essa altura), Alfredo de Magalhães defendia, segundo um texto de 1939 evocativo da fundação da Maternidade, "um plano nacional de política eugénica", como "verdadeira base do Império", pedindo para se reparar na Alemanha e na Itália, por um lado, e por outro para a França "cuja independência está neste momento crítico dependente da vizinha e desadorada Inglaterra". A solução seria a criação de maternidades disseminadas pelos mais importantes centros urbanos, onde se

¹³⁷ SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. p. 23-24.

verificava um importante "desgaste populacional", em contraste com a "sanidade física e moral da província". Obra que não poderia ser de um homem só, mas de "uma legião de apóstolos"¹³⁹.

O modelo para essa maternidade foi procurado na existente em Lausana, na Suíça, por sugestão do Prof. Costa-Sacadura, tendo para esse efeito o médico do Porto Alberto Saavedra sido comissionado pelo Ministério em 1927 (D.G, II série, nº 75, de 6.4.1927) para visitar as Maternidades da Suíça e elaborar o respectivo relatório com tudo o que interessasse de exemplo e norma para a futura maternidade do Porto, ao mesmo tempo que deveria encontrar-se com o arquitecto George Épitaux, célebre por diversas construções hospitalares para vir ao Porto conhecer o meio, os terrenos já adquiridos e traçar um ante-projecto do edificio¹⁴⁰.

Alberto Saavedra, que acabava então o seu estágio na Maternidade Baudelocque, em Paris, partiu para a Suíça e fez um relatório seco e minucioso nos detalhes técnicos das maternidades de Lausanne (posto a concurso em 1908, iniciada a construção em 1913 e concluída em 1916), Berna (datada de 1876), Basileia (1896), Zurique, Genebra. A de Lausana foi a que mais o impressionou: 4 andares e um subsolo, divisões para os vários tipos de situações, auditório, gabinetes, farmácia, laboratório, museu, dormitórios, salas de ensino, luz natural abundante, prospectos ditando as normas de assepsia, camas rodadas, camas com biombos nas salas de parto, farmácias volantes, incubadoras, sala de esterilização, etc.. Saavedra colocava, naturalmente, a Suíça como um dos países que melhor e mais cuidava da assistência materna com maternidades, refúgios para gestantes e lactentes, clínicas infantis por todo o lado. Apresentava o ensino obstétrico como modelar, pois as principais instituições tinham planificado os serviços de ensino já na própria arquitectura hospitalar, tanto para parteiras, como para os médicos. A *ministra de*

¹³⁸MAGALHÃES, Alfredo - Maternidade Júlio Dinis in *A Universidade do Porto — Actividade científica — acção social — aspirações — missão na vida nacional*. Porto. 1933. p. 89.

¹³⁹MAGALHÃES, Alfredo - Maternidade de Júlio Dinis : notícia da sua fundação. *Separata de : A Medicina Contemporânea*. Porto. (1939).

¹⁴⁰Diz Alfredo de Magalhães: *George Épitaux, arquitecto superiormente culto, autor das Maternidades de Lausana e de Atenas, do sanatório Universitário Internacional contra a Tuberculose de Leysin, do Bureau Internacional do Trabalho de Genebra, e de muitas outras construções notáveis, convive estreitamente com os professores da Faculdade de Medicina da sua terra, e acompanha de perto a arquitectura hospitalar alemã em transformação progressiva sempre. Não lhe falta autoridade para pontificar na matéria. Idem, ibidem, p. 19.*

*lucina*¹⁴¹, ou seja, a parteira, vivia dois anos na Maternidade (Berna, Lausana, Genebra), em regime de internato, embora os planos de estudo variassem com as instituições, e, uma vez obtido o diploma, deveria frequentar cursos de repetição/actualização de 5 em 5 anos. No geral, Alberto Saavedra concluía que o padrão da maternidade de Lausana, o mais actualizado, era o que melhor servia para o Porto e, nessa medida, recomendava George Épitaux¹⁴².

A Maternidade Júlio Dinis foi depois construída segundo plano de George Épitaux, que tirou partido do declive do terreno para a edificação, instalando nos dois subsolos as estruturas de apoio, como aquecimento, cabine de electricidade, lavandaria, câmara frigorífica, desinfecção por vapor, cozinha, esterilização do leite, rouparia, dormitórios e refeitórios do pessoal subalterno, depósitos de mantimentos e oficinas. Nos três andares superiores desenvolviam-se todos os serviços clínicos e escolares. Assim, a Maternidade Júlio Dinis, criada no Porto para comemorar o centenário da Escola Médico-Cirúrgica, embora só erguida mais tarde, foi pensada para ser um elemento fundamental na assistência e na formação, enquanto se não criasse um Grande Hospital público que apoiasse a Faculdade de Medicina, então a trabalhar desde os tempos iniciais daquela Escola num hospital privado — Hospital de S. António, por concessão da Santa Casa da Misericórdia. O seu fundador institucional, Alfredo de Magalhães atribuía-lhe uma

dupla função de assistência à mulher grávida, qualquer que seja a sua condição social, e à criança recém-nascida, completando ao mesmo tempo a instrução obstétrica e ginecológica dos futuros clínicos e das novas parteiras, deontologicamente e cientificamente preparados, uns e outras para o exercício de uma especialidade de responsabilidades tão delicadas e tantas vezes menosprezadas, dentro da concepção imperiosa dum programa eugénico nacional,

¹⁴¹Lucina, isto é, divindade que, entre os antigos romanos, presidia aos partos.

¹⁴²SAAVEDRA, Alberto - *As maternidades da Suíça : Relatório de uma viagem de estudo*. Porto. 1927.

*que urge organizar em prol do renascimento e do valor qualitativo e quantitativo da Grei*¹⁴³.

*

4.3 - Neomalthusianismo e natalismo

As maternidades enquanto organizações hospitalares não fogem ao discurso ideológico e à conflitualidade inerente às diversas formas de encarar a vida e as funções sociais. Neomalthusianismo e eugenismo defrontam-se no seu interior e exterior, sendo que eugenismo se deve entender aqui na sua vertente natalista. Na realidade e em sentido genérico, eugenismo e neomalthusianismo não são incompatíveis, pois a qualidade da estirpe, principal preocupação da eugenia, também pode obter-se pelo controlo da natalidade, diminuindo o número de filhos e apostando nos vários domínios de apoio e educação à criança, como defendiam os neomalthusianos. No caso português, os anos 20 e 30 são favoráveis ao domínio oficial de um auto-proclamado eugenismo, enquanto corrente produtora de um discurso favorável à maternidade, à assistência à mulher grávida, a obras de protecção à mãe, à criança e à família numa perspectiva natalista¹⁴⁴, em que a qualidade seria obtida através do sistema de assistência. Basta lembrar o atraso e o comedimento nos grandes planos que previam a construção de maternidades distritais, para se perceber que tudo não passou de um falhanço claro, num evidente desfasamento entre o discurso e a prática, que se traduziu apenas na manutenção de padrões elevados de

¹⁴³MAGALHÃES, Alfredo - Maternidade de Júlio Dinis : notícia da sua fundação. *Separata de A Medicina Contemporânea*. Porto. (1939), p. 21.

¹⁴⁴Como exemplos de uma abundante literatura sobre a valorização do acto de maternidade e de reivindicação de apoio às mães e crianças, cf. COSTA-SACADURA - *O Valor social da maternidade e das maternidades*. Lisboa: 1938. Idem, *As maternidades e a família*. Lisboa: 1939. (Costa-Sacadura, discípulo de Alfredo da Costa, foi director da Maternidade Magalhães Coutinho, director da Escola Técnica de Enfermagem, entre vários outros cargos oficiais).

natalidade até aos inícios da década de 70 do nosso século, mas em resultado do arcaísmo social e da falta de assistência sanitária, em particular nos espaços rurais.

O exemplo neomalthusiano estrangeiro não tinha grande dimensão em Portugal. No caso da Escola Médico- Cirúrgica do Porto merece no entanto relevo a tese de Ângelo Vaz, precisamente intitulada de *Neo-malthusianismo* e apresentada em 1902, única a abordar este tema de entre as dissertações daquela Escola. O autor justificava o tratamento do tema com o argumento de que o neomalthusianismo importava “directamente à saúde, à existência de uma boa higiene social”, sendo um elemento de transformação da vida através de uma “selecção consciente e livre”, com efeitos não só sobre o presente como sobre o futuro das gerações, contribuindo para a sua perfectibilidade. Trata-se de um trabalho que encadeia a sua argumentação na análise da miséria, analisando sucessivamente as teorias libertárias de Kropotkine, o darwinismo biológico e social, o malthusianismo e finalmente as posições neomalthusianistas, transcrevendo na íntegra o *Relatório da Liga da Regeneração Humana ao Congresso Libertário de Paris, em Setembro de 1901*. Termina, naturalmente, com um capítulo sobre o “malthusianismo prático”, onde apresenta os vários métodos anticonceptivos da época, seus efeitos e utilização.

Mas esta divulgação e utilização de práticas anticonceptivas era estigmatizada desde logo por outros médicos da Escola Médico-Cirúrgica. É o que faz, por exemplo, Almeida Garrett (que veio a ser director da Faculdade de Medicina do Porto e político influente nos tempos do Estado Novo). Em "Cartas de Paris" (1908), perante o problema da despovoação francesa temido pela quebra na natalidade, fala-nos do descalabro da sociedade, da perversão mental da época, do esforço em não procriar, da "esterilidade provocada conscientemente":

Gozeamos a vida, os filhos são um empecilho, eis a filosofia geral. A principio este preceito era seguido a ocultas, como um vício que se esconde. Mas breve as doutrinas de Malthus vieram emprestar a esta filosofia ultra-comodista um

*carácter pseudo-científico, e o neomalthusianismo expandiu-se livremente, organizou-se mesmo em ligas, com presidente, sessões solenes e comité de propaganda. Evite-se o procriar por todos os processos possíveis e se os filhos, apesar de todas as precauções, teimam em vir, recorra-se ao aborto. É curiosíssima a colecção de aparelhos usados pelos neomalthusianistas. O aborto esse é olhado como coisa corrente e natural. A última página dos jornais vem cheia de anúncios sedutores: retards, guérrisson rapide, discrétion... Daqui a pouco não será mesmo preciso recorrer às profissionais. Nas farmácias já se vendem umas camulas especiais para provocar o aborto nos dois primeiros meses da prenhez. [...] esta epidemia neomalthusianista não se limita às cidades, estende-se já à população dos campos. Como exemplo da sua acção nefasta podemos citar o caso recente das "faiseuses d'anges" de Tourcoing, que durante três dias emocionou o público das gazetas populares. Um tasqueiro modernista tinha instalado na sua loja uma secção da "Liga universal da regeneração humana" e com a facilidade com que vendia um copo de absinto, vendia um objecto anticoncepcional e uma brochura explicando o modo de o usar. De tempos a tempos havia "conferências demonstrativas anticoncepcionais e cursos práticos de neomalthusianismo"...*¹⁴⁵

Naturalmente, médicos de outras escolas públicas desenvolvem a apologia da natalidade, como Costa-Sacadura, que se assume como um verdadeiro militante tanto contra os métodos neo-malthusianos como contra o "aborto criminoso", que coloca em paralelo¹⁴⁶. E não falta mesmo a lei (dec. 17366 de 19.11.1929, seguida de avisos e despachos) a proibir o fabrico e a venda de medicamentos especializados empregados como antígenésicos ou abortivos.

¹⁴⁵GARRETT, Almeida - Cartas de Paris : Despopulação e criminalidade em França. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. Porto. (1908), p.300-304.

¹⁴⁶COSTA-SACADURA - *O aborto criminoso : suas consequências*. Lisboa: 1937.

4.4 - Integração das parteiras na Enfermagem

A hospitalização para o parto, em enfermarias específicas, ou em organizações de raiz próprias para esse efeito como são as maternidades será gradualmente a norma com o decorrer do século XX, sobretudo à medida que se construiu o Estado-Providência e se desenvolveu o modelo do seguro social obrigatório, com a saúde a inserir-se num quadro geral de preocupações governamentais e a ganhar peso crescente nos orçamentos. Se para as parturientes a norma vai ser o hospital ou a maternidade, necessariamente o será também para as parteiras, que vão crescer tanto no domínio quantitativo, como no qualitativo, ampliando-se a sua formação, se bem que em Portugal tais reflexos só comecem a sentir-se após a Segunda Grande Guerra (1945) e só ganhem verdadeira dimensão social após 1974¹⁴⁷.

Em todo o caso, cresceu a procura de parteiras para o hospital ou para a maternidade, e a conveniência de lhes inculcar o seu papel profissional e impor-lhes a hierarquia da organização hospitalar. Esta necessidade implicava repensar o seu modelo de formação das parteiras, estabelecer um perfil profissional e definir-lhe papéis e tarefas. Se quem forma e quem emprega é o Estado (pelo menos crescentemente) através das suas diversas instituições, o perfil profissional será moldado de acordo com as necessidades definidas pelo pensamento estatal, consubstanciadas na chamada *policia médica* ou *policia sanitária*, mais tarde *política de saúde*.

Essa evolução que se desenvolve a ritmos diferentes nos diversos países, iniciando-se nos mais desenvolvidos e chegando com atraso a outros mais periféricos, começa, apesar de tudo a dar sinais em Portugal. Assim, no que se refere à formação das parteiras, é importante prestar atenção ao decreto nº 6192 de 31.10.1919, que põe em execução o regulamento do *curso de parteiras* da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

¹⁴⁷ CARREIRA, Henrique Medina – *O Estado e a Saúde*. Lisboa: Cadernos do Público. 1996.

Passou, então, a ser exigido às candidatas ao curso de parteiras "certidão das habilitações exigidas pela última organização do ensino médico", isto é, tornou-se condição prévia ao exame a apresentação de documento comprovativo da obtenção do curso de enfermagem profissional ministrado nos Hospitais Cívicos, com a duração de dois anos, embora houvesse uma ressalva para que este pudesse ser tirado em simultâneo com o de parteiras¹⁴⁸.

De entre outras normas do curso de parteira, sublinhe-se: a idade, entre os 21 e 35 anos (podendo ser admitida com 19, se emancipada ou casada, neste caso com permissão do marido); certidões de registo criminal, vacinação, revacinação, bons costumes e de robustez.

No que respeita ao dispositivo curricular, o regulamento fornece as seguintes indicações:

- o curso é dois anos, com "lições" teóricas e práticas;
- as "lições" eram de uma hora, duas vezes por semana;
- a falta a mais de um terço das "lições" teóricas, práticas e estágios era eliminatória;
- o curso era dirigido pelo professor de Obstetrícia da Faculdade, com a colaboração do 1º e do 2º assistentes.

Matérias teóricas do primeiro ano:

- noções elementares de ovologia;
- anatomia e fisiologia obstétricas;
- gravidez;
- parto e puerpério normais e procedimentos da parteira nestes casos;
- assepsia e anti-sepsia obstétricas.

Curso prático do primeiro ano:

- mecanismo do parto nas diferentes apresentações e posições, com exemplificação no manequim;

¹⁴⁸DECRETO-LEI n° 6192 de (31 de Outubro de 1919).

- internato na secção de grávidas e puérperas não infectadas.

Enquanto não houvesse maternidade com instalações para internato, este seria substituído por turnos de 24 horas, feitos escalonadamente; as alunas eram obrigadas a examinarem as grávidas e parturientes, preenchendo os formulários existentes e seguirem o seu tratamento até à saída da Maternidade, fazendo visita de manhã e à noite sob a direcção da **parteira** de serviço. À data da saída das mulheres da Maternidade, entregavam ao médico o relatório de cada caso clínico.

No segundo ano as matérias teóricas eram as seguintes:

- gravidez patológica;
- distócia;
- puerpério patológico;
- procedimentos da parteiras nestes casos;
- noções gerais de puericultura.

As matérias das “lições” práticas no 2º ano eram:

- diagnóstico de apresentação e posição durante a gravidez e parto, na secção asséptica da Maternidade (nos dois primeiros trimestres);
- grávidas e puérperas infecto-contagiosas (terceiro trimestre);
- internato nas secções assépticas da Maternidade (2 primeiros trimestres) e na secção séptica (último trimestre). Enquanto não houvesse Maternidade com instalações para internato, este seria substituído por turnos de 24 horas, feitos escalonadamente nas referidas secções, com anotações clínicas de manhã e à noite, com cada relatório a ser entregue no final de cada hospitalização. A assistência era realizada sob direcção e fiscalização do **assistente**.

- Havia duas épocas de exames (Julho e Outubro), cujo júri era constituído pelo professor de Obstetrícia e pelo seu assistente.

- A aluna reprovada por três vezes ficava excluída da Faculdade.
- As provas eram teóricas (sobre as matérias versadas) e práticas:
 - para o 1º ano, demonstração do mecanismo de parto nas várias apresentações e posições;
 - para o 2º ano, exame de uma grávida normal ou patológica à escolha do júri.

Para além das normas relativas a matérias, exames e tempos de formação, sublinhe-se o papel que se pretende atribuir ao "internato". Só as futuras Maternidades, com edifícios de raiz teriam condições para estabelecer alojamento para as estudantes de partos no próprio edifício hospitalar de ensino e trabalho. Esta preocupação com o internato era naturalmente resultado de uma representação negativa da ligação da parteira ao mundo exterior, eco das disputas entre neomalthusianos e eugenistas, com os primeiros a acentuarem a necessidade da vertente técnica na formação e os segundos a optarem sobretudo pelo controlo moral e ético das futuras parteiras, cujo carácter era preciso moldar. Alfredo de Magalhães, numa publicação oficial da Universidade do Porto e falando da extensão que a Maternidade de Júlio Dinis constituiria, acentua o papel do internato que ali se desenvolveria e os seus objectivos:

Educar em regime de internato, o que pela primeira vez se fará no país, as futuras parteiras, pela imperiosa necessidade de pôr termo à incompetência e à inconsciência do maior número das que actualmente, entre nós, exercem profissão de tanta delicadeza e responsabilidade, e por esta forma reduzir a taxa de criminalidade obstétrica . Ao cabo de dois anos de ensino teórico e prático, as

alunas-parteiros, para quem deve ser criado em cada concelho o respectivo partido municipal, serão submetidas a exame de habilitação oficial. ¹⁴⁹

Parteiros formadas ainda nessa situação evocaram-me o seu embrenhamento na atmosfera hospitalar, trabalhando nos andares superiores da Maternidade e vivendo durante dois anos nos andares de subsolo, com reduzidas saídas ao exterior, de tal forma que dificilmente distinguiam se estavam em trabalho ou em descanso.

O discurso que melhor ilustra o *ethos* que se exigia à parteira dos anos 30 parece-nos ser a palestra realizada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa pelo Prof. Costa-Sacadura, em Novembro de 1933, intitulada "O papel social da parteira". É um texto que começa por evocar o "apavorante aumento da despovoação em Portugal" (e no entanto sabe-se como a queda da natalidade era lenta), considerando como uma das principais causas dessa situação o "aborto criminoso" para o qual concorrerem parteiras, médicos, farmacêuticos, charlatães e bruxos. Da parteira solicitava então Costa-Sacadura um exercício da sua "missão como um sacerdócio" no combate ao "aborto criminoso", como "elemento vivo de propaganda da higiene e da puericultura". Uma solicitação que começava por valorizar a profissão de parteira: "se é nobre a profissão de enfermeira, a da parteira (enfermeira também afinal) muito mais nobre é ainda, muito mais elevada pela alta missão que lhe cabe desempenhar no largo período que vai da gestação ao parto, desde o parto ao fim da primeira infância". Por isso se lhe pedia uma maior formação profissional, pois, além dos conhecimentos de enfermagem geral, devia ter uma boa aprendizagem obstétrica e noções profundas de puericultura ante-natal, que lhe permitissem uma acção prolongada junto da futura mãe, no acto do parto, na atenção às primeiras semanas do lactante. Dessa função social decorria uma série de deveres, que Costa-Sacadura

¹⁴⁹MAGALHÃES. Alfredo - Maternidade Júlio Dinis in *A Universidade do Porto — Actividade científica — acção social — aspirações — missão na vida nacional*. Porto: 1933. p. 89.

considerava um verdadeiro código de deontologia. Sintetizando, a parteira tinha dois tipos de deveres:

a) pessoais:

- devia gozar de boa saúde, dada a actividade extenuante que não escolhia horários;
- devia seguir as regras de uma higiene impecável na alimentação (sóbria e abolição de álcool), asseio do corpo (não repugnar pelo mau hálito ou suor) e repouso (evitar as fadigas inúteis);
- devia ter uma linguagem simples, distinta e reservada.

b) profissionais:

- devia ter três qualidades essenciais: prudência (para chamar o médico na devida altura), sangue-frio (para enfrentar acidentes imprevistos) e abnegação (para suportar com um sorriso as impertinências da parturiente e respectiva família).
- devia estar ao corrente da ciência obstétrica, seguindo os progressos, os bons métodos modernos, as novas descobertas, reservando parte do seu tempo para a leitura dos manuais clássicos e as revistas da especialidade.
- devia desenvolver relações de “confraternidade” com as colegas e respeitar a sua reputação.
- Nas relações com a futura mãe devia desempenhar um papel importante no “revigoramento moral e físico da população, particularmente no que diz respeito à natalidade”, opondo a *verdade* ao *erro* (a “opinião pervertida” desfavorável aos filhos). Para isso, para lá da preparação obstétrica e de puericultura, devia ter conhecimentos sobre Eugénica — “a ciência que procura melhorar a espécie humana por casamentos seleccionados”, e sobre a Eugenética — o conhecimento e a aplicação das regras da melhor procriação possível, voluntária, esclarecida e consciente. (Costa-Sacadura citava mesmo palavras duras de Mendes Correia: *O casamento não pode*

ser um guet-apens para os nubentes nem uma fonte de males para a Sociedade. Substitua-se, como se reclama em todos os países civilizados, e já estabelecida em alguns, à procriação cega a procriação higida. Respeite-se a liberdade matrimonial, mas recuse-se o direito de dar vida a alienados, a epilépticos, a degenerados, a criminosos, a vagabundos, a estropeados físicos e psíquicos, a mendigos profissionais, a alcoólicos, a sífilíticos".) E Costa-Sacadura alertava para os perigos do aborto: "Afirmem que é perigosa para a saúde e até para a vida da mãe a prática de tal crime".

- As relações com o médico devem ser sempre boas, inspiradas pelos princípios do respeito, da confiança e da obediência. Costa-Sacadura invocava "todos os códigos de deontologia" para afirmar que "a parteira deve sempre observar perante os membros do corpo médico a mais rigorosa delicadeza", cumprindo-lhe: chamar o médico a tempo; aceitar o médico escolhido pela família; dar-lhe indicações claras e precisas sobre a marcha do trabalho e do puerpério; abster-se de toda a crítica a respeito do médico. Também solicitava deste toda a consideração para com a parteira, a fim de ela exercer a sua arte com êxito e autoridade.

- finalmente, solicitava da parteira discrição e segredo profissional¹⁵⁰, procurando que a solidariedade e o sigilo se direccionassem para o corpo de profissionais de saúde.

Por esta altura, Costa-Sacadura configurava-se como o principal teórico da enfermagem e das parteiras, perorando em palestras e brochuras sobre as funções sociais e as relações destas profissionais com o corpo médico, a partir do cargo que desempenhava como director de uma escola de enfermagem. Uma teorização eivada de paternalismo, para o bem e para o mal, e que influenciava não só a legislação que se ia produzindo neste âmbito como a débil organização profissional que as parteiras protagonizaram, procurando atribuir-lhes, como se pode ver, uma função de controlo social.

¹⁵⁰COSTA-SACADURA - *O Papel social da parteira*. Lisboa: 1935.

Em 1932, a "Associação de Classe das Parteiras Portuguesas" reconhecia-se insatisfeita com a formação que entretanto lhes era ministrada e apresentava uma representação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa no sentido da reforma do respectivo ensino, que, segundo o Prof. Costa-Sacadura (ao que parece, o inspirador da ideia), sugeria algumas bases para esse efeito:

- selecção das candidatas por uma comissão que se informasse das qualidades morais e intelectuais das candidatas e das condições de saúde para o exercício da profissão;
- exigir as "habilitações literárias do primeiro período do ciclo escolar dos liceus ou equivalentes";
- reestruturação curricular, introduzindo-se as disciplinas de puericultura, higiene pré-natal, dietética infantil e de visitadora sanitária e de enfermagem.
- criação de um curso de aperfeiçoamento com frequência obrigatória nos serviços de partos e puérperas¹⁵¹.

Nos anos 40, falava-se de "crise grave, gravíssima" que a classe das parteiras atravessava, pela voz de sempre, Costa-Sacadura, no *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, que evocava os seus repetidos apelos para a dignificação do ensino que se lhes ministrava, defendendo uma educação que delas fizesse "as melhores e mais competentes propagandistas da puericultura pré-concepcional, pré-natal e post-natal". Propunha para isso a criação de **Escolas de parteiras ou enfermeiras-puericultoras**¹⁵², para se ultrapassar a reforma de 1919 que ainda vigorava. O modelo de formação estabelecido em 1919 para o curso ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa alargara-se, entretanto, aos cursos de parteiras das outras duas universidades, com pequenas alterações (por exemplo, em 1930-31, a Faculdade de

¹⁵¹ Referenciado por COSTA-SACADURA - A parteira como profissional e como factor social. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*. (1942), p.5-9.

¹⁵² COSTA-SACADURA, ob. cit., p.5-9.



Medicina do Porto introduziu no curso a disciplina de puericultura e exigiu conhecimentos de língua francesa).

Reconheça-se, entretanto, que o dispositivo de formação criado em 1919, estabelecendo uma anterioridade decisiva entre a enfermagem, à qual se tinha passado recentemente a exigir curso bienal, e a actividade de parteira, em que esta surge com um sentido de especialização ainda não assumido oficialmente, imprime um rumo determinante à profissão. A formação mais geral nas práticas de enfermagem passa, pois, a constituir requisito prévio ao curso de parteira, o qual corresponde agora a um somatório de quatro anos de formação, se o normativo for levado à letra. Esta ligação enfermeira/parteira consolida a representação social deste corpo profissional como auxiliar do médico, a que não são estranhas outras características, como a profunda feminização e a extracção social com origem em classes médias ou baixas. De qualquer modo, é nesta relação com a enfermagem que a profissão de parteira tem de ser equacionada a partir desta altura, relação que não é óbvia mas sim produto de uma determinada concepção do papel de parteira, moldada pelo poder médico dominante, decisiva na desconstrução/reconstrução da profissão.

Com efeito, que significa ser enfermeira por esta altura, que formação acrescida traz à parteira, para lá do princípio de uma formação mais geral virada para as questões de atendimento à doença? Num breve relance, recorde-se que a enfermagem foi durante séculos o resultado de uma actividade empírica nos principais hospitais do reino, e continuou a sê-lo durante muito mais tempo para os principais hospitais, dados os fracos resultados qualitativos e quantitativos do primeiro curso de enfermeiros surgido em 1886 no Hospital de S. José, ministrado pelo cirurgião Artur Ravara. Em 1889, este confessava, na revista da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, o insucesso verificado, a incapacidade para dominar a formação dos candidatos e a necessidade de recrutar pessoal educado que, na sua opinião, "devia ser do sexo frágil". Suprimido o curso neste ano, só em 1901 surge a Escola Profissional de Enfermeiros, num anexo do hospital de S. José,

sem grandes resultados práticos, até porque a remuneração profissional não era convidativa, o que resultava numa má qualidade de origem dos candidatos. A criação de enfermeiros passava, então, frequentemente por iniciativas particulares, destacando-se os hospitais das misericórdias locais (muitas das quais se serviam de religiosas), ministrando em alguns casos cursos de formação. É o caso da Santa Casa da Misericórdia do Porto que, dados os seus múltiplos e amplos estabelecimentos hospitalares, formava os seus próprios enfermeiros, surgindo em várias documentações dos finais do século XIX um responsável pela “escola de enfermeiros”, e até criou em 1908 um serviço de enfermeiras domiciliárias para prestarem assistência às parturientes pobres.

Pelo decreto 4563 de 9.7.1918 reorganizam-se os serviços dos Hospitais Civis de Lisboa e surge então a Escola Profissional de Enfermagem, que passa a ser dirigida por Costa-Sacadura (até 1940, com interrupção entre 1924-1928). A Escola começou por promover um curso por onde passassem os enfermeiros hospitalares que não tivessem diploma, o qual passou a ser exigido por aquele decreto, e, no meio de grandes oscilações, a formar novas gerações de enfermeiros, de forma reduzida. Referindo-se a 1928, diz Costa-Sacadura recém-regressado à direcção: "Até aí as lições eram apenas teóricas e só duas vezes por semana. E, assim, entre outros, os vendedores ambulantes ouviam essa prelecção bi-semanal, punham à porta a mercadoria e continuavam depois a sua faina pelas ruas da cidade"¹⁵³. Passou então a escola a exigir o estágio em serviços hospitalares, das oito da manhã às oito da noite, a recorrer a exames no Instituto de Orientação Profissional para a admissão de alunos; a partir de 1930 no exame de admissão faz-se prova de francês, e a partir de 1935-36, pede-se como habilitações o 2º ano dos liceus ou, em alternativa, exame sobre as matérias que o compõem¹⁵⁴.

¹⁵³ COSTA-SACADURA - *Subsídios para a bibliografia portuguesa sobre enfermagem: algumas efemérides*. Lisboa. (1950).

¹⁵⁴ Pelo decreto 19060 de 24.11.1930 a escola é dotada de novo regulamento, transfere-se para o Hospital de S. António dos Capuchos e passa a denominar-se de Escola de Enfermagem Artur Ravares. Só em 25.10.1938 se inaugurou um edifício próprio, na qual se instalou posteriormente. COSTA-SACADURA - *Subsídios para a História da Enfermagem em Portugal*. Lisboa: 1950.

Paralelamente (Dec. 31913 de 12.3.1942) surgiu então uma decisão polémica: era condição indispensável que as candidatas à enfermagem nos vários serviços assistenciais fossem solteiras ou viúvas sem filhos. Era uma tentativa de conferir uma imagem específica e construir um princípio de tipo religioso e missionário, conotado com uma devoção total à causa do amor ao próximo, com óbvios reflexos na linha profissionalizante da enfermagem; por outro lado, era uma medida ligada aos princípios ideológicos da “defesa da família” típica do Estado Novo, cujas exigências eram consideradas incompatíveis com os difíceis horários hospitalares. Se a isto ligarmos o facto de esta medida se traduzir na proibição prática de casamento ou na substituição da profissional logo que aquela condição deixasse de se verificar (apoiada no Dec. 28794 de 1.7.1938), podemos avaliar o grau de discriminação que se abatia sobre as profissionais de enfermagem que pretendessem realizar esse direito civil elementar - o casamento. Tal situação só desapareceu depois de uma campanha pública promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, entre 1948-51, que obteve a adesão de inúmeras personalidades públicas e forneceu testemunhos das situações a este respeito verificadas nos países desenvolvidos¹⁵⁵.

Mas os inícios da década de 1940 vão, entretanto, ser determinantes na reestruturação dos serviços de enfermagem e das parteiras, ao nível da sua produção e formação, no âmbito da criação do sistema de Assistência Social, que estabelece as várias linhas assistenciais, sendo uma delas a *assistência no nascimento e primeira infância* (consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários infantis)¹⁵⁶. É na

¹⁵⁵A ACCÇÃO da Liga Portuguesa de Profilaxia Social em prol do casamento das enfermeiras dos hospitais civis. Porto: 1952.

¹⁵⁶ Na sequência de várias leis (decs. 20828 de 28.1.1932, 25936 de 17.10.1935 e 27610 de 1.4.1937) relativas à assistência, surge em 22.11.1941 (dec. 31666) uma concentração administrativa no Ministério do Interior das diversas modalidades de assistência, cuja enumeração nos fornece um quadro teórico de preocupações do Estado Novo e que marcaram a organização assistencial portuguesa até aos anos 70, com profundas repercussões para além dessa data. Essas modalidades são resumidamente:

- assistência no nascimento e primeira infância (consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários infantis);
- assistência à vida na sua formação física, intelectual e moral (colónias de férias, orfanatos, patronatos, etc.);

sequência dessa legislação que, em 1943, se cria o Instituto Maternal que vai tutelar os diversos organismos públicos daquele tipo, chamando a si as escolas de parteiras que funcionavam junto das Maternidades de Porto, Coimbra e Lisboa.

Por outro lado, as novas enfermeiras, algumas das quais virão a ser parteiras, também passam a ser alvo de nova formação. Um diploma de 1942 (Dec. 32612 de 31.12.1942) reconhece a debilidade estrutural no ensino e prática de enfermagem, **geral ou especializada**, marcada por "graves deficiências". O diagnóstico revela que "*a aprendizagem é confiada ao simples tirocinio prático ou à improvisação de boas vontades*", em que, "*as próprias escolas existentes, particulares ou oficializadas, trabalham longe de uma acção educativa e exemplificadora eficiente, que só poderia advir-lhes de um pessoal de escol incumbido de formar os seus pares, mas este, ou não existe, ou não se encontra seleccionado e posto ao serviço do ensino*". Começa, assim, a reconhecer-se que o ensino da enfermagem cabe à própria enfermagem, num processo ainda tímido mas gradual de afirmação da identidade e autonomia, em que o Estado não propõe o exclusivo do ensino e formação no sector, mas reserva o direito de fiscalizar a categoria do pessoal docente, os programas e os resultados práticos obtidos. O decreto sublinha ainda a importância de outros factores para além da competência técnica, como o valor pessoal e moral, a cultura geral, a educação, o sentido de observação e a capacidade de referência exacta dos dados recolhidos, factores estes que se deviam apurar e cultivar em escolas e estágios, e que, na óptica do legislador, eram elementos determinantes na formação profissional destes "*auxiliares de medicina*", apontando-se para uma progressão nos domínios de atribuição e para as especializações. Invocava-se como objectivo a linha das "modernas tendências da medicina social" que reconhece o valor dos dados do ambiente familiar e os factores de ordem psicológica e moral no diagnóstico e tratamento

- defesa da vida perante as infecções físicas, mentais e morais (hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios, casas de regeneração);

- assistência à miséria e incapacidade (cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues).

do doente: "o doente não deve ser olhado como um ente isolado, mas como membro de uma família que sofre com ele". Criou-se uma comissão para estudo mais completo das reformas a adoptar, com base na Escola Artur Ravara, então funcionando como modelo, mas que devia ter em atenção algumas normas que eram extensivas a todos os cursos e escolas públicas ou particulares: o curso geral de enfermagem tinha quatro semestres e cada especialização de 1 trimestre a um ano, conforme os casos; os candidatos deveriam ter idade entre os 18 e os 30 anos; a instrução tinha por base a instrução primária, mas seriam preferidas as que tivessem maiores habilitações, sendo dispensadas de provas de admissão as que tivessem o 1º ciclo liceal .

Mas a política governamental do pós-guerra teve de encarar a necessidade de "fomento" nas várias esferas de acção, incluindo a da saúde, cuja explicitação vai ter lugar nos chamados "planos de fomento". A lei 2011 (aprovada em 1945), ao prever a construção de novos hospitais e a ampliação de outros, insere-se já no espírito dessa linha política, sendo necessário reconhecer a debilidade do corpo de enfermagem para ultrapassar e satisfazer as necessidades daí decorrentes. Neste contexto, se deve entender a legislação de 1947, no sentido de "lançar as bases da remodelação do ensino, em ordem a habilitar enfermeiros em quantidade e com as qualidades necessárias à eficiência e melhor rendimento dos novos hospitais" ¹⁵⁷. Após longa exposição doutrinal, impõe uma marcada hierarquização no corpo de enfermagem, introduzindo aqui uma "solução barata", semelhante à que, dez anos antes, se experimentara no ensino primário, com as regentes escolares. Perante a necessidade de fazer face a novos recrutamentos, reformulase o ensino de enfermagem, passando a haver cursos preparatórios ou de pré-enfermagem, de auxiliares de enfermagem e de enfermeiros, conforme o grau de preparação técnica, com o argumento de que "55% da actividade das enfermeiras não tinha carácter profissional específico e podia ser confiado a enfermeiras práticas... dispensadas de longa preparação teórica". Passam, assim, a existir duas categorias - o enfermeiro e o auxiliar de

¹⁵⁷ Dec. 36219 de 10 de Abril de 1947.

enfermagem-, produzindo uma configuração de pirâmide na estrutura profissional, o que naturalmente produz uma desqualificação do corpo de enfermagem, tal como já acontecera no ensino primário. O curso de auxiliar de enfermagem, com o pré-requisito da 4ª classe como habilitação literária, tem a duração de um ano, destinando-se à ministração de conhecimentos essencialmente práticos; o curso geral de enfermagem, exigindo o 1º ciclo liceal, decorre em dois anos e cada especialização corresponde a um curso complementar de um ano; passavam a existir ainda cursos de aperfeiçoamento, destinados à formação de enfermeiros-chefes e monitores, com a duração de um ano, e a exigência do 2º ciclo liceal; bem como cursos especializados. Todos estes cursos estavam dependentes de exames de admissão e eram ministrados em escolas oficiais ou particulares, estimulando-se a criação destas últimas, para as quais se estabeleciam normas para pedido de autorização. A partir de 1 de Janeiro de 1950 as novas admissões de profissionais de enfermagem nos hospitais só ocorreriam com profissionais habilitados nos termos desta legislação. E dava-se **"aberta preferência na admissão ao sexo feminino"**. Estipulava-se mesmo que **"o ensino de enfermagem deve ser orientado no sentido da preferência do pessoal feminino, excepto no serviço de algumas especialidades, como a psiquiatria e a urologia"**. Promove-se, portanto, a feminização massiva da enfermagem. E as escolas de enfermagem finalmente proliferaram: por 1950, havia quinze escolas de enfermagem a funcionar, com uma média anual de formação de 500 diplomados.

Enfim, os anos 40 são fortemente marcados por uma verdadeira ebulição no campo da formação em enfermagem¹⁵⁸, discursando-se sobre a qualidade e a quantidade, mas onde a

¹⁵⁸Para uma perspectiva geral da evolução da enfermagem em Portugal, cf. SOARES, Maria Isabel - *Da Blusa de Brim à Touca Branca : Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal 1880-1950*. Lisboa: 1993. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

preocupação com esta última sobreleva a primeira, de que é exemplo gritante a institucionalização dos auxiliares de enfermagem¹⁵⁹.

Embora a especialidade de Obstetrícia tivesse como pré-requisito o curso de Enfermagem Geral, continuou a ser ministrada nas escolas autónomas do Instituto Maternal, isto é, nas escolas anexas às maternidades. Mas só em 1956 se publica o Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal (Portaria 15786 de 22 de Março), segundo o qual estas escolas tinham como objectivo a preparação de pessoal especializado em enfermagem materno-infantil. Definem-se como cursos a ministrar os *de enfermeira-parteira puericultora*, com a duração de um ano e seguido de seis meses de estágio, e o de *parteira-puericultora*, com a duração de dois anos e seis meses de estágio, conforme a situação prévia fosse de enfermeira ou de auxiliar de enfermagem. O curso de *parteiros puericultoras* funcionava em regime de internato, salvo motivos ponderosos, e o de *enfermeiras-parteiros puericultoras* em regime de semi-internato, regimes que visavam contribuir “para formar as alunas nos aspectos moral e social, desenvolvendo nelas o espírito da profissão e os sentimentos de mútua cooperação e solidariedade” (art. 24), regimes que não existiam para nenhuma outra profissão médica e que explicita claramente a ideologia missionária, muito ligada à imagem arcaica das irmãs de caridade que em tantos hospitais das misericórdias ainda asseguravam as funções de enfermagem.

¹⁵⁹ Em 1952, nova reforma do ensino de enfermagem sai a público (dec. 38884 de 28.8.1952), ao mesmo tempo que se reorganizam os cursos de serviço social e de administração hospitalar. Publica-se, então, um *Regulamento das Escolas de Enfermagem* (dec. 38885 de 28.8.1952), que estabelece um paralelismo entre escolas oficiais (na altura as Escolas Artur Ravara, em Lisboa, e Ângelo da Fonseca, em Coimbra) e particulares (as restantes), com a recomendação de que os cursos deveriam funcionar em regime de internato, devendo para esse efeito ser construídos ou adaptados os alojamentos necessários. Entre outras medidas, sublinhe-se que o curso de Enfermagem Geral passa a ter a duração de 3 anos, a que se podiam seguir os cursos de especialização (de seis meses a um ano, conforme os casos) e o curso de enfermagem complementar, de um ano, que habilitava para as chefias de serviço e para as funções de monitor das escolas de enfermagem. Passaram a ser concedidas bolsas de estudo aos alunos pobres, o que terá facilitado o ingresso de muitas candidatas de débil condição económica. Renovava-se a preferência de admissão aos candidatos do sexo feminino. Estabeleciam-se vários níveis de pré-requisitos ao nível de habilitações para os diversos cursos:

- para os cursos de auxiliares de enfermagem - instrução primária.
- para os cursos de enfermagem geral - 1º ciclo dos liceus.
- para os cursos de enfermagem complementar e de monitor (isto é, para chefias ou docência) - curso de enfermagem geral, 2º ciclo dos liceus, três anos de prática hospitalar.
- para cursos de enfermagem especializada - curso de enfermagem geral

Alterações de fundo e decisivas neste campo de formação das parteiras só voltam a ocorrer nos finais dos anos 60, quando surge uma nova reforma do ensino de enfermagem, articulada com as directivas da Organização Mundial de Saúde. Confere-se então autonomia técnica e administrativa às Escolas de Enfermagem de tutela pública¹⁶⁰; para além de profundas alterações curriculares e de pré-requisitos de acesso, cria-se a carreira de ensino de enfermagem¹⁶¹; a direcção das Escolas é entregue a profissionais de enfermagem; as escolas passam a ser independentes dos hospitais onde desenvolvem acções de estágio; os cursos de parteiras do Instituto Maternal, com os respectivos recursos humanos e materiais, são integrados nas Escolas de Enfermagem em 1967, com a designação de *Cursos de Especialização Obstétrica para Enfermeiras* (Dec. 47884).

Seguem-se sucessivas alterações que, gradualmente, conduzirão às recentes Escolas Superiores de Enfermagem, acompanhando naturalmente a evolução histórica, social e científica das últimas décadas, onde a ligação aos padrões europeus passa a ser determinante, mas em relação às quais não se poderá esquecer a espessura histórica dos processos de institucionalização e formação das parteiras e da enfermagem, dois percursos profissionais agora indissociáveis.

A partir de então, o ensino da enfermagem e das suas diversas especialidades (outras entretanto foram criadas) é essencialmente uma obra dos próprios enfermeiros e da sua capacidade de acção (com a sua autonomia relativa) no campo da saúde em Portugal. Mas é também o resultado da formação de uma nova rede de poderes, de uma *disciplina* (no sentido que lhe confere Foucault) renovada e visível em gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos, que se afirmam tanto de forma difusa como se regionalizam no sistema de saúde, nas escolas de enfermagem, nos sindicatos e associações afins, para além do poder central representado pelo Estado com o qual se negocia e se conflitua, pois “o

¹⁶⁰ Com base num regulamento provisório, depois consagrado oficialmente (Portaria 34/70 de 14 de Janeiro).

¹⁶¹ Dec. 48166 de 27.12.1967.

poder não é uma coisa, mas uma relação”¹⁶² Qualquer análise que se desenvolva neste campo, deverá ter em conta esta realidade e as suas múltiplas implicações, o que, por um lado, exige novas perspectivas teóricas para a sua abordagem e, por outro lado, pode beneficiar de novas metodologias e técnicas, como sejam a perspectiva comparada com outros modelos europeus ou a possibilidade de se recorrer ao vivido, observando e ouvindo profissionais, formadores e outros agentes ainda em exercício. Eis uma razão para se estabelecer aqui um ponto final nesta investigação, essencialmente virada para os contextos de institucionalização e formação das parteiras, dos primórdios do seu reconhecimento legal à fase da plena integração na enfermagem.

*

Resumindo: ao longo do século XX observou-se uma crescente tendência para a medicalização do processo de maternidade, em que o parto é apenas um dos momentos culminantes. À medida que se desenvolviam as políticas sanitárias nacionais, o controle médico da natalidade era apontado como um objectivo a realizar, uma vez adquiridas já no século anterior as técnicas essenciais à superação dos problemas do parto. O conceito de puericultura abrangia nos inícios do século o conjunto de preocupações ligadas à preparação e acompanhamento da grávida, da parturiente, da puérpera e da díade mãe/criança nos primeiros tempos de vida. O corpo médico, entretanto especializado nestes domínios, ganhava aqui um vasto campo de acção. Militava-se, então, pelo aperfeiçoamento do indivíduo, tantas vezes traumatizado ao nascer e vítima de mazelas com as quais se defrontava toda a vida, ou objecto de descuidos e de ignorâncias que muitas vezes nem sequer o deixavam sobreviver por muito tempo e que estavam na base

¹⁶² FOUCAULT, Michel – *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1993. p. XIV.

de uma elevada mortalidade infantil. O desejo de superar estas situações negativas era legítimo e configurava-se mesmo como um dever de todo o bom cidadão e não apenas das classes médicas, reivindicando-se a necessidade de informar as populações de princípios higiénicos ligados à maternidade e à infância e de criar dispositivos médicos de intervenção e de assistência neste domínio.

Este tipo de preocupações é, por outro lado, acompanhado do conhecimento progressivo de técnicas anticonceptivas e do seu uso crescente pelas mulheres e pelos casais que se sentiam no direito de controlarem e planificarem a sua natalidade, motivados pelas mais diversas situações: tanto pelo desejo de conferir um grau mais elevado de qualidade de vida à família, como mesmo pelo desejo próprio de afirmação pessoal, num quadro de neomalthusianismo que suscitava a crítica de mentalidades populacionistas.

A esfera íntima, em que a maternidade tradicionalmente decorria, quebrou-se e esta torna-se um objecto de interesse público, onde o Estado passa a ter uma palavra, sugerindo, apoiando, intervindo, fiscalizando. Nos anos 20 e 30, particularmente afeiçoados ao natalismo, muito por via dos exemplos alemão e italiano então em voga (com o nazismo e o fascismo) que desenvolviam políticas agressivas neste como noutros domínios, desenvolvem-se correntes eugenistas que já vinham do século XIX e que agora encontram um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, implantação e mesmo radicalização. Neste contexto desenvolve-se uma acção que frequentemente se tornou excessiva pelos aspectos discriminatórios que introduziu, embora em Portugal pareça ter dominado mais o discurso do que a acção. Foi, no entanto, no interior de espaços organizativos onde esses discursos apareciam oficialmente como dominantes que se processou então a formação das parteiras. O discurso eugenista, que se pode tipificar nos frequentes enunciados de Costa-Sacadura, médico e director de uma escola de enfermagem e de um curso de partos, é elucidativo dos contextos de formação das parteiras em Portugal a partir dos anos 20 e das linhas ético-ideológicas que lhes eram

inculcadas, vistas como elementos indispensáveis à assistência materna e à propagação de ideias favoráveis à natalidade.

Ao longo deste período, a evolução da formação das parteiras sofre vários tipos de ajustamentos e de densificação curricular, ao mesmo tempo que a sua prática profissional se desenvolve cada vez mais em meio hospitalar, em enfermarias específicas dos grandes hospitais ou nas maternidades, estreitamente dependentes do poder médico, uma vez que o parto ao domicílio caiu em desuso. Naturalmente que outros tipos de estudos, em quadros de investigação interaccionista por exemplo, revelariam que as parteiras, apesar de tudo, sempre tiveram e souberam desenvolver a sua própria “autonomia relativa” nos quadros de trabalho em que se inserem, face a outras profissões oficialmente dominantes. Quem conheça a prática hospitalar das enfermeiras-parteiras nas grandes unidades hospitalares, rapidamente se apercebe de um elevado grau de autonomia em todas as situações não patológicas, ou do seu papel formador junto dos jovens médicos que estagiam nas salas de partos.

O aspecto mais relevante foi, no entanto, a sua arrumação formativa e profissional no campo da enfermagem, perdendo-se a característica de ocupação autónoma que vinha dos tempos históricos das artes de curar. Se no século XIX se passou a formar um novo tipo de parteiras sob a tutela do poder médico que, através da Universidade ou da Escola Médico-Cirúrgica, ministrava um curso de partos, embora com menos valências do que o ministrado aos médicos nesta área e com mais restrições técnicas, agora, no decorrer do século XX, a parteira para ingressar no curso respectivo deve possuir o curso de enfermagem: este passa a ser um requisito prévio para a frequência do curso de partos, configurando-se a formação em parteira tendencialmente como uma especialização dentro da área geral de enfermagem. Foi naturalmente um processo gradual, pois durante as décadas de 1940 e 1950, a formação das parteiras ainda segue uma via ligeiramente autónoma, no âmbito das “escolas de parteiras” do Instituto Maternal, que englobando as maternidades e os serviços de assistência materno-infantil, realiza os princípios da

puericultura em Portugal. Depois, dá-se o abandono progressivo da noção de puericultura e, paralelamente, a revalorização do curso de enfermagem, que, a exemplo do que acontecia no estrangeiro, começa a ser visto como um saber específico, estruturado sobre o conceito do “cuidar”, e dotado de uma tecnologia própria. Enfermagem que se sente gradualmente capaz de desenvolver estratégias profissionalizantes, em que a criação das especialidades teve um papel operacional e simbólico, na medida em que explicitava a complexidade do saber profissional: neste contexto, a própria designação de parteira desaparece oficialmente para dar lugar à enfermeira especializada em obstetria, mais tarde enfermeira especializada em saúde materna e obstétrica, paralelamente a outras especialidades de enfermagem.

A este processo de ligação à enfermagem correspondeu, naturalmente, alguma autonomia formativa, a partir do momento em que as próprias escolas de enfermagem passaram a ser entregues à própria classe profissional, isto é, com corpos directivos e docentes formados por enfermeiras. E não se poderá aqui esquecer que tem sido muito pela via da dinâmica das escolas de enfermagem, através do espaço de reflexão, de investigação e de ensino que configuram, que ganharam corpo as ditas “estratégias profissionalizantes” da classe, as quais se traduzem, por exemplo, no reconhecimento actual do estatuto de ensino superior e na criação de associações profissionais, em paralelo com o papel das organizações sindicais na definição da carreira profissional, a que se juntou a acção legalizadora do Estado. Simplemente as parteiras acomodaram-se aqui no seu estatuto de enfermeiras, ao contrário do que aconteceu por exemplo em França, onde as parteiras desenvolveram uma acção continuada que as levou a integrar as profissões médicas, adquirindo prerrogativas de domínio de técnicas que durante muito tempo foram apanágio exclusivo de médicos¹⁶³.

¹⁶³ AIACH. Pierre; FASSIN. Didier; SALIBA. Jacques - Crise, pouvoir et légitimité. AIACH. Pierre : FASSIN. Didier. compil. - *Les métiers de santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos. 1994. p.41.

5 - CONCLUSÕES

Ao chegar ao fim deste trabalho, penso ser natural reconhecer que não chego ao fim de uma problemática, que fica longe de ser esgotada. Por várias razões, basicamente as apontadas já na introdução deste trabalho, para além da natureza sempre circunscrita de cada trabalho e das opções tomadas para perspectivar o(s) problema(s) em análise. Por isso o ponto de chegada de cada trabalho só ganha sentido se se configurar como ponto de partida para novas investigações.

Entretanto, o cenário que se desenrolou ante a pesquisa desenvolvida foi, na realidade, o da gradual construção do modelo biomédico, que, unindo posteriormente as actividades do físico e do cirurgião, se transformou num paradigma profissional, que alargou o seu domínio às diversas áreas da saúde e eliminou ou controlou as outras artes de curar tradicionais, nas quais se integrava a de parteira. Modelo que se estruturou a partir de uma situação de poder, de que eram figuras tutelares o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor, os quais desempenhavam normalmente as funções de médico e cirurgião do rei, numa actividade influente e próxima do poder então absoluto (séculos XV-XVII). O controlo das actividades médicas passava então pela atribuição de licenças, com base em exames controlados pela autoridade médica. Só mais tarde chegou o saber, com o domínio de técnicas e o desenvolvimento de competências para as quais estava já reservado espaço profissional a partir da acção corporativa, convergindo com o acto de legalização do Estado, que estabelecia restrições às outras artes de curar e estabelecia penas de prisão e pecuniárias para os infractores.

É assim que uma actividade de solidariedade feminina na hora dos nascimentos como era a de parteira, desde o início marcada por uma distinção de género na divisão do trabalho, se vê na contingência de ser submetida a exame perante cirurgiões para obter

licença, de ficar registada em livros oficiais e pagar os emolumentos correlativos, comprometendo-se a cumprir cláusulas que a impediam de poder progredir no conhecimento da sua arte de partejar, pois apenas estava permitida a intervir em partos ditos normais e impedida da utilização de instrumentos de tipo cirúrgico.

Entretanto, tendo como referência metodológica, tanto uma teoria do poder, na perspectiva de Foucault, como uma análise de género, pude documentar a produção de um discurso desfavorável às parteiras por parte dos cirurgiões, discurso que servia fundamentalmente para abrir espaço de intervenção num campo que durante muito tempo foi reservado para o sexo feminino, a maternidade. De igual modo procurei documentar a incapacidade técnico-científica dos cirurgiões dessa época relativamente aos problemas em redor do parto, mas que sustentava a produção do seu discurso violento contra as atribuições das parteiras, responsabilizando-as por todos os problemas, incluindo os que lhes estavam vedados por lei. Os manuais de partos, escritos por cirurgiões para as parteiras, são uma prova clara de um exercício de poder (de uma violência simbólica, como diria Pierre Bourdieu), sustentado numa débil racionalidade técnico-legal.

No século XIX, com a afirmação das faculdades de medicina e das escolas médico-cirúrgicas esse poder ganha ainda maior espaço em relação às parteiras. Se antes, estas apenas tinham de fazer exame ante um cirurgião, depois de um tempo de aprendizagem com outras parteiras mais velhas, agora, com a institucionalização das novas escolas médicas, vão ser criados os cursos de partos ministrados por médicos-cirurgiões, que decorrem em ambientes hospitalares, e para os quais se recrutam alunas novas (além da reciclagem de profissionais já em prática hospitalar), que dêem garantia de adquirir na sua generalidade os conhecimentos que os médicos entendem convenientes. Os cursos de parteiras eram então cursos breves, onde o lente de partos dava prelecções teóricas, de que excluía algumas matérias só leccionadas aos estudantes de medicina, restando àquelas candidatas uma intensa participação na actividade das enfermarias de partos, em longos estágios de prática, embora com o decorrer do tempo os planos de estudo se tornassem

mais densos e diversificados. As parteiras que começam a frequentar esses cursos são em escasso número, em idades relativamente jovens (logo sem experiência maternal, que era um apanágio das antigas parteiras formadas no acompanhamento de outras parteiras mas também com prática pessoal de maternidade), e, embora a informação do nível social seja escassa, são frequentemente de baixa condição social. Adequadas, portanto, a trabalhos exigentes como era o da actividade hospitalar e também submissas ante o poder médico. Este desenvolve, de resto, uma teoria legitimadora da exclusão da mulher, baseando-se em quadros biológicos para explicar e justificar a inferioridade do sexo feminino, procurando naturalizar a sua vocação doméstica, a partir das diferenças entre os sexos e da vocação maternal da mulher, no sentido de a excluir das profissões mais importantes, como era o caso da própria medicina. Note-se que um pouco por todo o lado a mulher foi objecto desta exclusão, salvo em alguns países, com alguns casos a configurarem-se como a excepção que justifica a regra. Essa exclusão não impedia a mulher de trabalhar, apenas a remetia para posições de subalternidade, pois considerava-se a mulher como um ser em evolução, um pouco situada entre a criança e o homem, pouco responsável. Por isso a parteira deveria trabalhar sobretudo em meio hospitalar na prestação de cuidados que mais se aproximassem da sua presumida “vocação” doméstica, mas próxima da vigilância do médico, ao qual deveria recorrer logo que se detectassem problemas no parto, remetida que estava para uma situação de paramedicalização.

A valorização do indivíduo, a afirmação de políticas natalistas, o domínio mais ou menos perfeito das técnicas obstétricas essenciais a partir dos finais do século XIX, a aquisição, prolongada no tempo, de conhecimentos especializados, tudo isso confere ao médico uma supremacia inatacável. Que não pode ainda dispensar a parteira, porque o número de partos era elevado, o parto no domicílio ainda era a fórmula preferida e os médicos encontravam-se essencialmente nos grandes centros urbanos a tratar das situações ligadas aos estratos sociais mais elevados ou, em contraponto, nas organizações hospitalares de massas. A parteira com actividade liberal era então uma realidade

profissional, embora o acto de maternidade tenda a medicalizar-se, surgindo enfermarias próprias nos hospitais e criando-se mesmo organizações hospitalares exclusivamente para apoio aos partos – as maternidades. A hospitalização no parto, que durante séculos foi apenas uma opção das parturientes pobres e desprotegidas, que serviam para a experiência médica, passa então a ser um comportamento padrão nos meios urbanos.

A parteira vai ajustar-se cada vez mais a este papel hospitalar, espaço de acção dominado quase na totalidade pelo poder médico. Entre as influências cruzadas de neomalthusianos e eugenistas como teorizadores de diferentes concepções sobre o papel da reprodução na sociedade, a parteira será formada à luz de diversas mensagens, sendo no caso português evidente a inculcação de valores eugenistas, preocupados ante a perspectiva de diminuição da natalidade, procurando-se fazer das parteiras veiculadoras de princípios morais rígidos e favoráveis à procriação, numa função que era também de controlo social de forma a garantir comportamentos natalistas. A exigência, que passou a ser implementada para ingresso nos cursos de partos, no sentido de as candidatas apresentarem uma formação prévia em enfermagem, também radica nesta perspectiva assistencial da função de parteira, remetendo-as para um quadro profissional de prática de cuidados, em que os valores e as normas éticas da enfermagem passam a pautar a sua prática profissional e lhes retira qualquer veleidade de progressão na aquisição de competências no campo médico-cirúrgico.

De facto, a hospitalização do parto e a formação escolar das parteiras no sentido de lhes fornecer uma valência mais alargada a todo o processo de acompanhamento da grávida, do parto e do puerpério levam a que à parteira seja exigida uma formação inicial em enfermagem, vindo mesmo a designarem-se em certa altura como parteiras-puericultoras, com funções hospitalares e de apoio domiciliário às puérperas, inseridas no combate mais geral à mortalidade infantil então muito elevada. Como enfermeiras que eram, as parteiras chegaram a ser consideradas como portadoras de uma missão de devoção ao próximo, que criou o ensino em internato e a proibição de casar para as tornar

disponíveis para as tarefas profissionais, pois considerava-se então que constituir família e criar obrigações paralelas de apoio familiar era incompatível com as exigências de dedicação profissional que as respectivas ocupações exigiam. Enquadramento este que constituía um forte dispositivo ideológico que amarrava a profissão à herança cristã da enfermagem e aos princípios da caridade, funcionando como um forte obstáculo a qualquer tendência profissionalizante, enquanto estratégia de afirmação e defesa da classe profissional.

Assim, esta ligação das parteiras à enfermagem, tornado-as especialistas de uma área de cuidados gerais, acentua ainda mais a sua paramedicalização, isto é, remete-as definitivamente para uma situação de auxiliar do médico, retirando-lhes quaisquer possibilidades de formação autónoma e específica, como virá a acontecer, por exemplo, com outras artes de curar tradicionais, como foi, por exemplo, o caso dos dentistas. Mas a ligação à enfermagem, numa fase em que a dependência das parteiras em relação aos médicos era notória, também apresentou os seus aspectos positivos, permitindo-lhes integrar uma classe profissional mais ampla, que apresenta potencialidades profissionalizantes e desenvolve actualmente uma dinâmica no sentido do reconhecimento social e a afirmação da sua especificidade.

Assim, durante cerca de um século, a formação das parteiras ocorreu nas débeis “escolas de partos” anexas às faculdades de medicina e aos “hospitais escolares” respectivos. Nos anos 40 deste século, as parteiras passaram a obter a sua formação em escolas constituídas junto das maternidades como estruturas dependentes do chamado Instituto Maternal. Só a partir de 1967, com a dissolução deste Instituto, a formação das parteiras passa a ocorrer em escolas de enfermagem seleccionadas para o efeito (Porto, Coimbra, Lisboa), passando a formação em obstetria a a configurar uma das especialidades de enfermagem¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Regressando um pouco aos números, poderemos perguntar como se traduzem estas reformas na formação de parteiras. O *Anuário Estatístico* de 1972, por exemplo, mostra-nos que se formaram nesse ano 61 parteiras (ainda assim designadas) nas Escolas de Enfermagem que administravam a especialidade

Em todo este, já longo, processo histórico tem-se diluído em Portugal a palavra *parteira*, de raiz popular, sendo substituída por expressões mais complexas. ao sabor das reformas de ensino ao nível da enfermagem, área profissional e de formação em que a arte de partejar foi integrada. Nesta altura, a parteira é, em designação oficial, uma *Enfermeira Especializada em Saúde Materna e Obstétrica*.

Em qualquer caso, nas duas últimas décadas, Portugal tem assegurado às *parteiras* uma formação com diversas designações mas que consagra os conteúdos necessários à mobilidade profissional intra-europeia em condições de reconhecimento e de igualdade, o que passa pelo cumprimento das directivas comunitárias. Estas, baseadas nos pareceres do Comité Consultivo para a Formação das Parteiras, procuram coordenar e ajustar a diversidade de formação nos vários países¹⁶⁵. O modelo de reconhecimento passa genericamente por uma formação de base em cuidados de enfermagem com a duração de três anos e uma formação em obstetrícia de dois anos como desejável (ou um mínimo de 18 meses), a qual deve incluir actividade clínica efectuada em estágios hospitalares que assegure um conjunto de requisitos práticos, seguindo as recomendações do Comité Consultivo para a Formação das Parteiras na sua reunião de 19 e 20 de Maio de 1987, traduzidas pela Directivas da CCE III/D/708/2/87-PT. Trata-se, agora, de uma formação relativamente complexa e minuciosa, controlada por organismos comunitários, que procura assegurar a capacidade técnica e humana a profissionais que dão continuidade à tão antiga arte de partejar, agora perante novas condições e exigências sociais.

Estamos, em todo o caso, ainda perante a **parteira**, cuja designação oficial foi recuperada pelas directivas da Comunidade Económica Europeia da definição adoptada

(Coimbra -36; Lisboa - 12; Porto - 13); o mesmo anuário diz-nos que havia no País (continente e ilhas adjacentes) em serviço nos estabelecimentos de saúde 990 parteiras. podendo assim admitir-se que o número real rondasse o milhar de profissionais. aceitando que muito poucas seriam as que exerciam exclusivamente a actividade liberal.

¹⁶⁵Note-se que as funções da parteira não são exactamente as mesmas em todos os países da Comunidade. Em França, por exemplo, para lá das funções usuais, a parteira pode prescrever medicamentos ou exames auxiliares que constam de uma longa lista oficial, com o beneplácito da Academia Nacional de Medicina, tais como receitar hemostáticos, soluções injectáveis, anestésicos locais, ou pedir radiografias ou ecografias, entre outros. Cf. *Charte Européenne de la Sage-Femme*. Paris: Sage-Femme du Monde. 1972.

pela Confederação Internacional das Parteiras (reunião de 1972) e pela Federação Internacional de Ginecologistas (reunião de 1973), e que reza assim (directiva III/F/5269/4/88-PT):

Uma parteira é alguém que, tendo sido legalmente admitida a seguir um programa de formação em enfermagem obstétrica devidamente reconhecido no país em que é ministrado, completou com êxito o programa previsto de estudos em enfermagem obstétrica e adquiriu as qualificações necessárias a fim de ser inscrita como parteira no registo profissional e/ou legalmente autorizada a exercer aquela actividade.

A parteira deve estar habilitada a prestar a orientação, a assistência e os conselhos necessários às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério, a fazer partos sob sua inteira responsabilidade, bem como a prestar cuidados ao recém-nascido e ao lactente. Estes cuidados incluem medidas preventivas, a detecção de sinais reveladores de anomalias na mãe ou no filho, a obtenção de assistência médica e a execução de medidas de urgência na ausência do médico. A parteira desempenha um papel importante no aconselhamento e na educação sanitários quer do doente, quer da família e da comunidade. As suas funções deveriam incluir a educação pré-natal e a preparação dos futuros pais e ser alargadas a determinadas áreas da ginecologia, do planeamento familiar e da puericultura. A parteira pode exercer a sua actividade em hospitais, clínicas, unidades de saúde, ao domicílio ou em quaisquer outros serviços.

Na altura em que termino este texto tudo volta a ser reequacionado, com a supressão dos Cursos Superiores Especializados e a necessidade de repensar o ensino de enfermagem, incluindo o das especializações profissionais. Para já, no actual processo de reforma das escolas de enfermagem em curso, não se descortinam ainda perspectivas para

o desenvolvimento das especialidades. Será que o signo de Lucina encerrou o seu ciclo ou saberá encontrar novas formas de articulação?

FONTES E BIBLIOGRAFIA

1 - Documentação manuscrita

Museu Maximiano Lemos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto -
Documentação da Escola Médico-Cirúrgica do Porto:

Livros de Registo Geral, 1837-1910.

Livros de Registo de diplomas, 1837-1910.

Livro de matriculas do curso de partos, 1836-1910.

Arquivo do Governo Civil do Porto:

Livros de concessão de alvarás, n^os 22-23.

2 - Publicações periódicas

A Enfermeira, Boletim do Sindicato Nacional dos Enfermeiros do Distrito de Lisboa,
1937-1943.

A Medicina Contemporânea, 1883-1939.

A Medicina Moderna, 1894-1923

Almanak do Porto e seu distrito, vários anos.

Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1906-1910

Anuário Estatístico, 1904-1905. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908.

Anuário Estatístico, 1972, I Volume. Lisboa: INE, 1973.

Arquivo Médico – Revista do Movimento Médico Internacional, 1914.

Arquivos de Clínica Médica, 1925.

Arquivos de História da Medicina Portuguesa, 1886-1922.

Arquivos de Medicina - Revista de Ciência e Artes Médicas, 1876-1928.

Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas, 1942.

Diário do Governo, vários anos

Enfermagem - Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1985.

Enfermagem - Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem do distrito do Funchal, 1962.

Enfermagem Portuguesa, 1958-1959.

Gazeta Médica do Hospital de S. António, 1859.

Gazeta dos Hospitais do Porto, 1907-1913.

Gazeta Médica de Lisboa, 1853-1880.

Gazeta Médica do Porto, 1843-1860.

Gazeta Médica Portuguesa, 1955

Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, 1835-1926.

Jornal de Coimbra, 1812-1820.

L'Histoire, n° special, n° 63 (L'amour et la sexualité)

Medicamento, História e Sociedad - Boletim dedicado à História e outras ciências sociais aplicadas à farmácia, 1991-1997

O Enfermeiro Português, 1929-1930.

Porto Médico, 1904-1909.

Portugal Médico, 1916-1963.

Revista de Enfermagem – Propriedade do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, 1958-1966.

Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia, 1955-1961.

Revista Portuguesa de Saúde Pública, 1982-1996

(1994-1995).

3 - Teses apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto

ALBUQUERQUE, José Vitorino de Sousa – *Condições Higiénicas do Hospital de Santo António : Com Relação às Operações da Grande Cirurgia*. Porto: 1867.

AMORIM, António Augusto Pereira Leite – *Aborto Provocado Sob o Ponto de Vista da Obstetricia e da Religião*. Porto: 1870.

ANTONINO, José – *A Prostituição Sob o Ponto de Vista da Hygiene Social*. Porto: 1881.

ARAÚJO JUNIOR, José Joaquim Barbosa de – *As Mulheres Médicas*. Porto: 1879.

ARAÚJO, Augusto José Domingues – *A Cravagem de Centeio : Acção Phisiologica e Emprego Therapeutico*. Porto: 1880.

BARRIGAS, Manuel Ferreira Corrêa Lopes - *Hygiene Social : A Instrução Superior da Mulher*. Porto: 1888.

CAMPOS, António Augusto Corrêa – *Rápidas Divagações a Respeito Da Mulher e do Casamento : Visto á Luz da Sociologia e da Hygiene*. Porto: 1888.

CARDOSO, Joaquim Lopes – *Chloroformização considerada em suas relações com o parto natural*. Porto: 1855.

CASTRO, Antonio de Passos Pereira – *Vantagens da Anesthesia nos Partos Naturaes Simples*. Porto: 1866.

CHAVES, João Baptista de Sousa Macedo e – *Encravação da Cabeça do Feto e Suas Consequências*. Porto: 1866.

CUNHA, Luiz Manoel – *Heredo-Syphilis*. Porto: 1890.

- DOURADO, Francisco Fernandes – *Aborto Considerado nas Suas Causas, Syntomas e Consequências*. Porto: 1866.
- FARIA, Alberto Ribeiro de – *Pathogenia e Tratamento da Eclampsia Puerperal*. Porto: 1900.
- FERREIRA, José Maria – *Morte Aparente dos Recém-Nascidos*. Porto: 1896
- FRANCHINI, Júlio Estevão – *O Forceps e a Sua Aplicação na Inercia Primitiva*. Porto: 1880.
- GALERIA, José Guilhermino de Araújo Veiga – *Em Todos os Partos Naturaes e Spontaneos o Mechanismo é Sempre o Mesmo*. Porto: 1859.
- GONÇALVES, José António – *Retroversão do Útero Durante a Gravidez*. Porto: 1867.
- GUEDES JÚNIOR, José – *Um Capitulo d'Obstetricia: Valor Semiótico dos Sinais de Gravidez*. Porto: 1892.
- GUIMARÃES JUNIOR, Luiz – *Algumas Palavras Sobre a Hygiene da Puberdade na Mulher*. Porto: 1896.
- GUIMARÃES, Narciso da Silva – *Algumas Palavras Sobre o Tratamento da Septicemia Puerperal*. Porto: 1894.
- LEÃO, Tomás Nozalini da Silva – *A Palpação Abdominal sob o Ponto de Vista Obstétrico e na Versão por Manobras Externas*. Porto: 1889.
- LEITE, Jacintho Teixeira de Sousa – *A Retenção das Secundinas no Parto de Termo*. Porto: 1897.
- LENCASTRE, Ernesto Teixeira de Menezes – *Gravidez simples e Gravidez Dupla*. Porto: 1871.
- LIMA, António Martins de Sousa – *A Hygiene e Trabalho das Crianças*. 1880.
- LOBO, Alfredo Duarte – *A Saúde da Infancia : Conselhos às Mães sobre a Conservação dos Filhos Durante os Ultimos Tempos da Prenhez : sua Educação Physica no Primeiro Periodo da Vida Comum*. Porto: 1865.
- LOUZADA, Anibal – *Hygiene Caseira nas Doenças Infecciosas*. Porto: 1891.

- MAGALHÃES, Francisco Bento Alexandre de Figueiredo – *Breves Considerações Sobre a Febre Puerperal : Destinadas a Provar que Ella não é Essencial*. Porto: 1864.
- MAGALHÃES, Victorino – *Da Esterilidade na Mulher : Estudo Sobre os Obstaculos a Fecundação*. Porto: 1902.
- MEDEIROS, Pedro Celestino Goulart de – *Breves Apontamentos Sobre Asepsia e Antisepsia em Obstetricia*. Porto: 1895.
- MENDONÇA, Antonio Thomaz da Maya – *Breves Considerações sobre Sangria*. Porto: 1878.
- MORAES, Alfredo – *Hygiene do Trabalho*. Porto: 1881.
- MOREIRA, Maria Paes – *Higiene da Gravidez e do Parto*. Porto: 1892.
- PEIXOTO, José Júlio da Costa – *Do Forceps*. Porto: 1861.
- PEREIRA JÚNIOR, João Baptista – *Eclampsia Puerperal*. Porto: 1866.
- PEREIRA, Alexandre de Sousa – *Breves Considerações Sobre Pathogenia Microbiotica e Antisepsia*. Porto: 1888.
- PINTO, Manoel Rodrigues da Silva – *Scepticismo e Crença : Illusões e Realidades em Therapeutica*. Porto: 1875.
- PRATA, Gilhermina Arminda da Costa – *Gravidez Ectópica*. Porto: 1902.
- PRATA, Maria Arminda da Costa – *Acção dos Medicamentos sobre a Secrecção Láctea*. Porto, 1902.
- REGALO, José Maria da Fonseca – *Cesariana*. Porto: 1865.
- RIBEIRO, Manuel Ferreira – *O Aborto Cirúrgico : Suas Indicações*. Porto: 1867.
- RIBEIRO, Romulo Farme – *Da Anesthesia em Obstetricia*. Porto: 1878.
- RODRIGUES, Henrique Carlos – *Breve Estudo sobre as Lacerações do Perineo : em Consequencia do Parto e seu Tratamento pela Perineorrhaphia Immediata*. Porto: 1894.
- SARMENTO, Aurélia de Moraes – *Hygiene da Primeira Infancia*. Porto: 1891.

- SARMENTO, Laurinda de Moraes – *Breves Considerações sobre a Hygiene do Vestuario Feminino*. Porto: 1891.
- SOUTO, Ricardo Maria Nogueira – *Questões de Pathologia e Hygiene Social : Desejo de Contribuir para a Regeneração da Sociedade Portuguesa*. Porto: 1891.
- SOUZA, João Carvalho Moreira – *Breves Considerações Sobre a Extracção das Secundinas*. Porto: 1867.
- VASCONCELOS, Américo Luís – *Aborto Criminoso*. Porto: 1906.
- VASQUINHO, José Azevedo – *Algumas Variedades de Apresentações : Breve Estudo de Partos*. Porto: 1893.
- VAZ, Ângelo – *Neo-Malthusianismo*. Porto: 1902.
- VIEIRA, Jorge – *A Prostituição no Porto*. Porto: 1892.
- VILAS-BOAS, José Augusto – *Breve Estudo sobre Alguns Assumptos de Hygiene Social*. Porto: 1895.

4. Livros e artigos

- ABREU, Wilson Correia – Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar. In CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. p. 147-168.
- AIACH, Pierre ; FASSIN, Didier - *Les Métiers de la Santé : Enjeux de Pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Antrophos, 1994.
- ALMEIDA, Ana Nunes de - *Bibliografia sobre a Familia e a Mulher no Portugal do Século XX*. Lisboa: ICS, 1987.

- ALMEIDA, António de - Coleção de estatutos, leis, alvarás, decretos e ordens, relativos à medicina e cirurgia : *Arquivos de História da Medicina Portuguesa*, T.III e IV (1889 e 1890).
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de Almeida ; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle – *O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- AMÂNCIO, Lígia – *Masculino e Feminino : A construção Social da Diferença*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- BADINTER, Elisabeth - *O Amor Incerto : História do amor maternal do século XVII ao Séc. XX*. Lisboa: Relógio d'água, s/d.
- BARBAUT, Jacques – *O Nascimento Através dos Tempos e dos Povos*. Lisboa: Terramar, 1990.
- BELEZA, Teresa Pizarro – Legítima Defesa e Género Feminino: Paradoxos da "Feminist Jurisprudence"? *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Lisboa. nº31 (Março 1991), p. 143-158.
- BERGER, Peter, L. ; LUCKMANN, Thomas – *A Construção Social da Realidade*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- BOCK, Gisela - La Historia de las mujeres y la historia del género: aspectos de un debate internacional. *Historia Social*. Valencia: UNED nº 9 (1991), p.55-77.
- BOMBARDA, Miguel – *Enfermagem religiosa*. Lisboa: Junta Liberal, 1910.
- BOUFFARTIGUE, Paul – Introduction in LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p. 227-239.
- BRUYNE, Paul de ; HERMAN, H. ; SCHOUTHEETE, M. – *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais : Os Pólos da Prática Metodológica*. 5ª ed. Brasil: Francisco Alves, 1991.
- CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- CANÁRIO, Rui – Formação e Mudança no Campo da Saúde. In CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. p. 117-146.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes – Comunicação mãe- feto na gravidez : breve abordagem. *Nursing*. Ano 6, nº 71 (Dezembro 93), p. 8-10.

- CARNEIRO, Marinha Fernandes - *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Contributos para uma organização curricular*. Porto: 1994. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - Saúde Materna e Obstétrica : O Percurso Profissional. *Nursing*. Ano 8, nº 93 (Outubro 95), p. 9-15.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - Família e Educação Familiar em Perspectiva. *População e Sociedade*. Nº1 (1995), p.141-154.
- CAROL, Anne - Médecine et eugénisme en France, ou le rêve d'une prophylaxie parfaite (XIXe-Première moitié du Xxe siècle). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. (1996), p. 618-631.
- CARRICABURU, Danièle - Les sage-femmes face à l'innovation technique. In AIACH, Pierre ; FASSIN, Didier - *Les métiers de santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Antrophos, 1994. p. 281-307.
- CARVALHO, A. Silva - História da operação cesareana em Portugal. *Separata de A Medicina Contemporânea*. Lisboa. 1935.
- CARVALHO, Silva - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Separata de Portugal-Exposição Portuguesa em Sevilha, 1929.
- CASTIGLIONI, Arturo - *História da Medicina*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947.
- CHARTE Européenne de la Sage-Femme. Paris: Sage-Femme du Monde, 1972.
- CHAVERRI, Cecilio, Eserverri - *Historia de la enfermeria española e hispanoamericana*. Madrid: Ed. Universitas, 1995.
- COLECCÃO de Legislação Portuguesa. Lisboa: vários anos.
- COLECCÃO de Leis e Regulamentos Geraes de Sanidade Urbana e Rural. Lisboa: 1878.
- COLLECCÃO de Leis e Decretos. Lisboa: 1836.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COMBES, Paul - *O Livro da mãe*. Porto: Educação Nacional, 1934.
- COMISSÃO da Condição Feminina - *As Mulheres a Identidade Cultural e a Defesa Nacional*. Lisboa: Edição da Condição Feminina, 1989.

- COMISSÃO para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres – *Maternidade : Mitos e Realidades*. Lisboa. Edição de CIDM, Cadernos Condição Feminina nº36, 1992.
- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE - *Opções para um Debate Nacional*. Lisboa: 1997.
- CORCUFF, Philippe – *Les Nouvelles Sociologies : Constructions de la Réalité Sociale*. Paris: Éditions Nathan, 1995.
- CORREIA, J. A. – A Formação e Trabalho : Contributos para uma Transformação dos Modos de os Pensar na sua Transformação. In CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. p. 13-41.
- CORREIA, J. A. – A Educação em Portugal no Limiar do Séc. XXI : Perspectivas de Desenvolvimento Futuro. *Educação Sociedade e Culturas*. nº2 (1994), p.7-30.
- CORREIA, J. A. – Elementos para uma Praxiologia dos Sistemas de Formação. *Trabalho de Projecto*. Porto: 1990. p.115-122.
- COSTA, Alfredo - *Duas lições de obstetrícia*. Lisboa: 1899. p. 24-25.
- COSTA, Alberto – *Enfermagem: guia da enfermeira profissional e auxiliar do médico prático*. Coimbra: Marques & Filhos, 1956.
- COSTA-SACADURA - A Enfermagem : missão espiritual pelo amor do próximo. *O Médico*, nº 138 (1954).
- COSTA-SACADURA – A parteira como profissional e como factor social. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*. (1942), p.5-9.
- COSTA-SACADURA – *As maternidades e a família*. Lisboa: 1939.
- COSTA-SACADURA - *Dois problemas de assistência : o trabalho da mulher fora do lar: parto no domicilio ou nas maternidades?* Lisboa: 1939.
- COSTA-SACADURA – *No centenário da anestesia pelo éther (1846-1946)*. Lisboa: 1947.
- COSTA-SACADURA – *O valor social da maternidade e das maternidades*. Lisboa: 1938.
- COSTA-SACADURA - *O aborto criminoso : suas consequências*. Lisboa: Imprensa Médica, 1937.
- COSTA-SACADURA – *O Papel social da parteira*. Lisboa: 1935.

- COSTA-SACADURA – *Subsídios para a Bibliografia Portuguesa sobre Enfermagem*. Lisboa: 1950.
- COSTA-SACADURA – *Subsídios para a História da Enfermagem em Portugal*. Lisboa: 1950.
- COSTA-SACADURA ; SAAVEDRA, A. - *Qual a melhor posição da parturiente? (aspectos etnográfico e obstétrico)*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1957.
- COSTA-SACADURA; SAAVEDRA, Alberto - *Cadeiras obstétricas de Portugal e Espanha*. Lisboa: 1948.
- CRISTINA, Melo – *Divisão Social do Trabalho e Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- CUTRUFELLI, Maria Rosa - *A invenção da mulher : Mitos e Técnicas de uma Exploração*. Lisboa: A Regra do Jogo, 1980.
- DAGNAUD, Monique ; MEHL, Dominique - Les Gynécologues. 1 : une profession sous influence. *Sociologie du Travail*. N° 2 (1988), p. 271-286.
- DAGNAUD, Monique ; MEHL, Dominique - Les Gynécologues.2 : une profession influente. *Sociologie du Travail*. N°2 (1988), p. 271-286.
- DIAS, José Pedro Sousa - De Pombal ao Estado Novo : A Farmacopeia Portuguesa e a História (1772-1935). *Medicamento, História e Sociedade*, nº 6 (Julho 1995), p. 1-8.
- DIAS, José Pedro Sousa - Médicos, doentes e medicamentos : A evolução de alguns valores éticos no processo fármaco-terapêutico. *Medicamento, História e Sociedade*, nº 10 (Dez. 1996), p. 6-8.
- DUBAR, Claude - La Sociologie du Travail Face à la Qualification et à la Compétence. *Sociologie Du Travail*. nº2 (1996) p. 179-190.
- DUBAR, Claude – Formação Trabalho e Identidades Profissionais. In CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. p. 43-52.
- DUBY, Georges ; PERROT, Michelle, compil. – *História das Mulheres : O Século XX*. Porto: Edições Afrontamento, 1995, vol.V.
- DUBY, Georges ; PERROT, Michelle, compil. – *História das Mulheres : O Século XIX*. Porto: Edições Afrontamento, 1994, vol. IV.
- ESPÍRITO SANTO, J. – *A Enfermagem, profissão nobre*. Coimbra: 1950.
- FELLOUS, Michel - La revolution échographique. *Sociologie du Travail*. 2 (1988), p. 301-322.

- FERONI, Isabelle - La Professionnalisation des infirmières en France : le cas de la formation initiale, in LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.181-183.
- FERRAND, Michèle - Les Médecins face à l'avortement. *Sociologie du Travail*. 2 (1988), p. 367-380.
- FERRAZ, Amélia Ricon - Protecção da Saúde em Portugal : O exemplo Português. In NASH, Mary ; BALLESTER, Rosa - *Mulheres, Trabalho e Reprodução : Atitudes Sociais e Políticas de Protecção à Vida : Actas do III Congresso da ADEH*. Porto: Afrontamento, 1996. p. 123-137.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento : Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo : o Caso Particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FERREIRA, J. A. Pinto - Alguns documentos do Arquivo Municipal de interesse para a História da Medicina Portuguesa. *Boletim do Arquivo Municipal do Porto*. vol. XXIV, fasc. 3-4, p. 515-542.
- FERREIRA, Maria Manuela Martinho - *Salvar os Corpos, Forjar a Razão : Contributo para uma análise crítica da criança e da infância como construção social*. Porto: 1995. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- FOUCAULT, Michel - *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p.110.
- FOUCAULT, Michel – *O Nascimento da Clínica*. 4 ed.. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1994.
- FRANCO, Justiniano de Mello - Memória sobre a descrição, e vantagens de uma cadeira obstétrica da invenção do professor Stein, depois reformada, e emendada principalmente pelo professor Osiandier. *História e Memórias da Academia Real das Sciencias*. Lisboa. Tomo IV (1815), p. 22-39.
- FREIRE, João – *Variações Sobre o Tema Trabalho*. Porto: Edições Afrontamento, 1997.
- GÉLIS, Jacques - *L'arbre et le fruit : La naissance dans l'Occident moderne : XVI-XIX siècles*. Paris: Fayard, 1984.

- GÉLIS, Jacques - *La sage-femme ou le médecin : Une nouvelle conception de vie*. Paris: Fayard, 1988.
- GIRALDES, Maria do Rosário (1995), "Caracterização dos principais recursos humanos de saúde em Portugal - sua evolução de curto prazo e desigualdades na respectiva distribuição", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 13, nº 3, pp. 5-19.
- GOMES, Gerarda - *As parteiras na Literatura e na Arte*. Lisboa: 1955. Separata de *Revista de Enfermagem*, nºs 6-7 (Dezº e Fev. 1954-1955).
- GREER, Germaine - *Sexo e Destino : A Política da Fertilidade Humana*. Rio de Janeiro: Editora Rocco Ltda. 1987.
- GUCHTENEERE, Raul - *A limitação da natalidade*. Braga: Livraria Cruz, 1944.
- GUIMARÃES, Alberto V. Braga - *Tradições e usanças populares*. Esposende: 1924.
- JOAQUIM, Teresa - *Dar à Luz : Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1983.
- JOAQUIM, Teresa - *Menina e Moça: A Construção Social da Feminilidade*. Lisboa: Fim de Século, 1997.
- JORGE, Ricardo de Almeida - Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. *Jornal das sociedades das Ciências Médicas*. nº 4 e 5 (1885).
- KITZINGER, Sheila - *Mães : Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.
- KNIBIEHLER, Yvonne - *La révolution maternelle : Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris: Perrin, 1997.
- KNIBIELHER, Yvonne ; FOUQUET, Catherine - *Histoire des Mères*. Paris: Ed. Montalba, 1977.
- LAURENT, Sylvie - *Naître au Moyen Age : De la conception a la naissance: la grossesse et l'accouchement (XII-XVe siècle)*. Paris: Le Léopard d'Or, 1989.
- LEBRUN, François - *Se soigner autrefois : Médecins, saints et sorciers aux XVII et XVIIIe siècles*. Paris: Ed. Seuil, 1995.
- LEBRUN, François - *Se Soigner Autrefois*. Paris: Seuil, 1995.
- LEFAUCHEUR, Nadine - La résistible création des accoucheurs des hopitaux. *Sociologie du Travail*. 2 (1988), p. 323-352.

- LEMOS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*. Lisboa: Manuel Gomes Editor, 1899.
- LIGA Portuguesa de Profilaxia Social em prol do casamento das enfermeiras dos hospitais civis. Porto: 1952.
- LIMA, Augusto César Pires - *Estudos Etnográficos, Filológicos e Históricos*. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1948.
- LIMA, Josefa Dias - *A Parteira Leiga na Assistência Materno-Infantil no Município de Goiânia*. Brasil: 1976. Tese apresentada à Faculdade da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Livre Docente.
- LOPES, Eliane Marta Teixeira - *Histoire des Femmes : uma revisão bibliográfica. Educação e Realidade*. Porto Alegre. (Jul/Dez. 1990), p. 23-32.
- LOPES, Noémia da Glória Mendes - *A Recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem : Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Lisboa: 1994. Dissertação de mestrado apresentada ao ISCTE.
- LOURAU, René - *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LOYOLA, Maria Andréa - *Médicos e Curandeiros : Conflito Social e Saude*. São Paulo: Difel, 1984.
- LUCAS, Ivette - Introduction : Qu'est-ce qu'une sociologie des groupes professionnels?, in LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994, p.11-26.
- MACDONALD, Keith - *The Sociology of Professions*. London: Sage Publications, 1995.
- MACFARLANE, Aidan - *A Psicologia do Nascimento*. Lisboa: Edições Salamandra, Lda., 1992.
- MAGALHÃES, Alfredo - *Maternidade de Júlio Dinis : notícia da sua fundação*. Porto: 1939. *Separata de A Medicina Contemporânea*.
- MAGALHÃES, Alfredo - *Maternidade Júlio Dinis in A Universidade do Porto — Actividade científica — acção social — aspirações — missão na vida nacional*. Porto. 1933.
- MALGLAIVE, Gerard - *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora, 1995.
- MARQUES, Manuel Silvério - *Aspectos do Acto Médico : Natureza e Legitimação. Análise*. Lisboa. nº19 (1996), p. 5-47.

- MARRUCHO, António Fernando ; LOPES, Maria dos Anjos Pereira ; TEIXEIRA, Otilia (1995), *Enfermagem : uma nova realidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública*. vol. 13, nº 3 (1995), p. 21-24.
- MARTIN, Francisca Hernández (coord.) - *Historia de la Enfermería en España : desde la Antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Ed. Sínteses, 1996.
- MÉDA, Dominique – *Le Travail : Une valeur en voie de disparition*. Paris: Aubier, 1995.
- MIRA, Ferreira - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1947.
- MONCORVO FILHO - *Histórico da Protecção à Infância no Brasil : 1500 -1922*. Rio de Janeiro: 1926.
- MONJARDINO, Augusto - *Função social das maternidades. Conferências - 7ª : Série doutrinária da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*. Porto: 1939. p. 215-227.
- MONTEIRO, Hernâni - *A Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. Porto: 1937.
- MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926.
- MORAIS, Maria Palmira Tito de – *Enfermagem científica: considerações acerca da sua evolução histórica*. Lisboa: 1946.
- MORDAU, D. Luiz Ferrari - *Despertador da Agricultura de Portugal : finais do século XVIII*. In AMZALAK, Moses Bensabat – “*O Despertador da Agricultura de Portugal*” e o seu autor o Intendente D. Luiz Ferrari Mordau. Lisboa: 1951.
- NAKAMAE, Djair Daniel – *Novos Caminhos da Enfermagem : Por Mudanças no Ensino e na Prática da Profissão*. São Paulo: Cortez, 1987.
- NÓVOA, António - *Le Temps des Professeurs*. Lisboa: INIC, 1987.
- NUNES, Berta – *O Saber Médico do Povo*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1997.
- NUNES, Maria de Fátima - *O papel cultural dos jornais científicos na primeira metade do século XIX : da imprensa médica à imprensa científica. Medicamento, História e Sociedade*. nº 7 (Nov.1995), p. 1-6.
- PALMADE, Jacqueline – *L’identité comme travail de L’ écart. Education Permanente*. 128 (1996).
- PETITAT, André - *Les Infirmières : De la vocation à la profession*. Montréal: Bóreal, 1989.

- PINA, António Paula de Brito - Vigilância da gravidez em Tavira : o acesso e a utilização dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. vol. 13, nº 3 (1995), p. 25-36.
- PINTO, José Ferreira de Macedo - *Medicina Administrativa e Legislativa : Obra destinada para servir de texto no ensino d'esta sciencia, e para elucidar os facultativos civis e militares, os pharmaceuticos, os engenheiros, os magistrados administrativos, os directores de estabelecimentos de industria, e de educação literária, etc., nas questões de hygiene pública e policia médica e sanitária*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1863.
- PITA, João Rui - *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Minerva, 1996.
- PORTO, João - *A Enfermeira, militante da saúde e colaboradora do médico*. Lisboa: 1954. Separata do *Boletim de Assistência Social*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento - *As Metas da Saúde para Todos : suas implicações nos cuidados de Enfermagem Geral e Obstétrica*. Lisboa: 1987.
- REGALA, Crisanta Monteiro - *Enfermagem, tradição e futuro*. Porto: 1972. Separata de *O Médico*.
- RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e Tratar : Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-moral*. Lisboa: Educa, 1995.
- RIBEIRO, Lisete Fradique ; Rebelo, Maria Teresa ; BASTO, Marta Lima (1996), O texto e o contexto nas tendências de enfermagem. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. vol. 14, nº 4 (1996), p. 25-38.
- RODRIGUES, Maria de Lurdes - *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 1997.
- SAAVEDRA, Alberto - Rontgen e a Obstetrícia. *Jornal do Médico*. VII, 153 (1954), p. 153-155.
- SAAVEDRA, Alberto - *As maternidades da Suíça : Relatório de uma viagem*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1927.
- SAAVEDRA, Alberto - *No Centenário do seu Nascimento : 1895-1995*. Porto: Sociedade Divulgadora da Casa- Museu Abel Salazar S. Mamede de Infesta, 1995.
- SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926.

- SALIBA, Jacques - Les paradigmes des professions de santé. In AIACH, Pierre : FASSIN, Didier - *Les métiers de santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Antrophos, 1994. p. 50-51.
- SANTA Casa da Misericórdia do Porto – *A Enfermeira : militante da saúde*. Porto: 1954.
- SANTOS, Boaventura de Sousa - *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1986.
- SANTOS, Cândido dos – *A Mulher e a Universidade do Porto. A Propósito do Centenário da Formatura das Primeiras Médicas Portuguesas*. Porto: Universidade do Porto, 1991.
- SCOTT, Joan W. - El Género : una categoria útil para el análisis histórico. In AMELANG, James S. A; NASH, Mary (ed.) - *Historia y Género : Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. Valencia: Ed. Alfons el Magnanim, 1990. p. 21-56.
- SOARES, Maria Isabel - *Da Blusa de Brim à Touca Branca : Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal 1880-1950*. Lisboa: 1993. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- SOFER, Catherine – *La Division du Travail entre Hommes et Femmes*. Paris: Economica 1985.
- SOUSA, A. Tavares – *Curso de História da Medicina : Das Origens aos Fins do Século XVI*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- STOCKHAM, Alice - *Guia da maternidade*. Porto: Machado & Ribeiro, 1927.
- STROOBANTS, Marcelle – *Sociologie du Travail*. Paris: Nathan, 1993.
- THÉBAUD, Françoise - Introdução in *História das Mulheres no Ocidente - O Século XX*. Porto: Edições Afrontamento, 1991. p. 9-13.
- TREMBLAY, Diane-Gabrielle - *Organization du travail et technologies dans les bureaux*. Quebeque. Télé-Université, 1995.
- VIGARELLO, Georges - *O Limpo e o Sujo : A higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Fragmentos, 1985.
- VIGARELLO, Georges, *Le Sain et le Malsain - santé et mieux-être depuis le moyen âge*, Paris, Seuil, 1993.

WALTER, Béatrice – *Le Savoir – Infirmier : Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris: Éditions Lamarre-Poinat, 1988.

ZAVALLONI, Marisa ; LOUIS-GUÉRIN, Christiane – *Identité Sociale et Conscience : Introduction à l'Ego-Écologie*. Montréal: Privat, 1984.

ANEXOS

Anexo I

Registo da Carta de Parteira de Maria da Cunha

O Doutor António de Castro, Fidalgo da casa de El-Rei Nosso Senhor, Médico de sua câmara e pessoa real e seu Físico-Mor, que por comissão especial do dito Senhor também sirvo de Cirurgião-Mor nestes reinos e senhorios de Portugal, etc. Faço saber a todos os Corregedores, Ouvidores, Juizes e Justiças, Officiais e mais pessoas a quem esta carta for mostrada e o conhecimento dela com direito pertencer, que eu dou licença a Maria da Cunha, filha de Baltasar Gonçalves e de Jerónima da Cunha, natural da cidade do Porto, para que ela possa usar o officio de comadre a que commumente chamam parteira e juntamente dar suores, em todos os reinos e senhorios de Portugal, porquanto por minha comissão foi examinada pelo Doutor João Sucarello, e com o Licenciado Martinho de Azevedo, médico aprovado pelo partido, pelos quais fora aprovada para usar o que dito é, pelo que requero da parte de Sua Majestade a todas as sobreditas justiças que não procedam por via alguma contra a dita Maria da Cunha, por usar e fazer o sobredito, antes livremente a deixem usar do que dito é. E achando algumas pessoas que usem do dito officio de comadre sem licença minha, as empraquem para que em certo tempo pareçam perante mim; e passado o dito tempo sem mostrarem como pareceram as prendam e presas mas enviem para delas se fazer todo o cumprimento de justiça na forma de meu Regimento e o mesmo façam sendo-lhes denunciado ou requerido da parte da dita Maria da Cunha, a qual jurará na Câmara da dita Cidade do Porto aos Santos Evangelhos que bem e verdadeiramente usará do que dito é, como cumpre ao serviço de Deus e de Sua Majestade e proveito do povo, de que se passará certidão nas costas desta, etc. Dada nesta Corte e cidade de Lisboa sob meu sinal somente, aos oito dias do mês de Agosto de seiscentos e sessenta e sete anos.

*Pagou-se desta carta de comissão duzentos e cinquenta réis e de assinar nada. E eu José de Varga Gareês que sirvo de escrivão do cargo do dito officio de Cirurgião-Mor e Físico-Mor a fiz e escrevi. António de Castro. Cumpra-se e registre-se. Em Câmara, catorze de Setembro de seiscentos e sessenta e sete. Alvo. Torneo. Recebi o próprio privilégio...*¹⁶⁶

¹⁶⁶ FERREIRA. J. A. Pinto - Alguns documentos do Arquivo Municipal de interesse para a História da Medicina Portuense. *Boletim do Arquivo Municipal do Porto*. vol. XXIV, fasc. 3-4, p. 515-542.

Anexo II

Carta de parteira de Joana Maria de Melo, do Porto, em 1785

(extracto)

Os Deputados da Junta do Proto-Medicato, etc. Fazemos saber a todos os Corregedores, Provedores, Ouvidores, Juizes, Justiças, Officiais e pessoas dela, com direito diretamente deva e haja de pertencer, que damos licença a Joana Maria de Melo, casada com Joaquim Ferreira Godinho, moradora na cidade do Porto, para que ela possa usar do officio de parteira, o que poderá usar em todos estes Reinos e Senhorios de Portugal, porquanto foi examinada na presença do Doutor Manuel José da Gama, Juiz Comissário Geral da Provincia do Minho e pelas examinadoras Josefa Maria e Maria Angélica, parteiras examinadas, as quais a deram por aprovada debaixo do juramento que tinham recebido, como constou da certidão que nos apresentou, com declaração porém que a todo e qualquer parto que assistir, demorando-se vinte e quatro horas ou sendo dificultoso, não usará de remédio algum, antes logo chamará cirurgião aprovado para assistir ao referido parto. E com estas cláusulas lhe mandamos passar a presente carta e requeremos da parte de Sua Majestade a todas as sobreditas Justiças que não procedam por via alguma contra a dita Joana Maria de Melo, antes livremente a deixarão usar de todo o sobredito; e haverá o juramento dos Santos Evangelhos, dentro em três meses, na Câmara aonde pertencer; e não o tomando será condenada nas penas que dispõe o Regimento, para que bem e verdadeiramente use, como convém ao serviço de Sua Majestade e bem do público¹⁶⁷...

¹⁶⁷Transcrita por FERREIRA, J.A. Pinto, ob. cit., p. 529-530.