

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

**AJUDAR A NASCER
PARTEIRAS, SABERES OBSTÉTRICOS
E
MODELOS DE FORMAÇÃO**

(séculos XV – XX)

Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação
Sob orientação da Professora Doutora
Maria Cristina Tavares Teles da Rocha

Porto, 2003

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

**AJUDAR A NASCER
PARTEIRAS, SABERES OBSTÉTRICOS
E
MODELOS DE FORMAÇÃO**

(séculos XV – XX)

Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação
Sob orientação da Professora Doutora
Maria Cristina Tavares Teles da Rocha

Porto, 2003

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Objecto de investigação.....	6
A construção do objecto: teoria e metodologia.....	8
O conceito de «poder-saber» na área obstétrica.....	8
O currículo como dispositivo de regulação social.....	16
Emergência de um grupo profissional.....	26
A pesquisa.....	34
Agradecimentos	41
1ª PARTE : PARTEIRAS E CONFIGURAÇÕES FORMATIVAS – do companheirismo aos cursos de partos (séculos XV-XIX)	43
CAPÍTULO I – ASPECTOS DA EMERGÊNCIA DOS SISTEMAS SANITÁRIOS NAS SOCIEDADES OCIDENTAIS	55
Representações da doença.....	55
A criança nas preocupações sanitárias.....	60
CAPÍTULO II - A ARTE DE PARTEJAR – ALGUNS ASPECTOS EUROPEUS (FRANÇA, ALEMANHA)	62
Da matrona à «sage-femme»	63
Cirurgiões-parteiros.....	68
O desenvolvimento da obstetrícia – a escola francesa.....	70
A maternidade de Göttingen.....	72
Parteiras e cirurgiões-parteiros: uma relação conflitual.....	75
O cirurgião e a nova realidade familiar	82
CAPÍTULO III - A PARTEIRA EXAMINADA – REGULAMENTAÇÃO EM PORTUGAL NO QUADRO DAS ARTES DE CURAR (SÉCULOS XV-XVIII)	85
A emergência da autoridade real: o Físico - Mor e o Cirurgião - Mor	85
A parteira nas artes de curar	90
CAPÍTULO IV - POR UMA NOVA MEDICINA: AS PROPOSTAS CURRICULARES DE VERNEY E RIBEIRO SANCHES E SUAS INCIDÊNCIAS NA «ARTE DA PARTEIRA»	100
O sentido precursor de Rodrigo de Castro.....	101
Propostas de Luís António Verney.....	102
As contribuições referenciais de Ribeiro Sanches.....	105
A reforma pombalina da Universidade de Coimbra.....	114
A Enfermaria de Partos de Santa Bárbara no Hospital de S. José.....	115
CAPÍTULO V - SABERES E PODERES EM TORNO DA ARTE DE PARTEJAR.	117
Vulgarização de saberes – manuais de obstetrícia.....	118
Academias e parteiras.....	129
A Junta do Protomedicato e as parteiras.....	132
CAPÍTULO VI - CURSOS DE PARTEIRAS EM NOVOS CONTEXTOS MÉDICOS	142
Vintismo, saúde pública e parteiras.....	144
As Régias Escolas de Cirurgia.....	148
Vitória liberal: sistema sanitário, escolas médico-cirúrgicas e cursos de partos	154
Cursos de parteiras: alguns resultados.....	179

CAPÍTULO VII - PARTEIRAS E SABERES OBSTÉTRICOS NOS FINAIS DO SÉCULO XIX	191
O exercício de partejar: uma perspectiva a partir do Porto.....	193
Uma nova cultura obstétrica.....	201
O fórceps.....	204
A anestesia.....	205
Assepsia e anti-sepsia.....	210
A cesariana.....	215
O parto provocado.....	218
As dissertações da Escola Médico-Cirúrgica do Porto.....	221
CONSIDERAÇÕES GERAIS DA 1ª PARTE	227
2ª PARTE : A ENFERMEIRA - PARTEIRA: FORMAÇÃO PARA UM NOVO PARADIGMA SANITÁRIO	233
CAPÍTULO I - RETÓRICAS E PRÁTICAS EM TORNO DA MATERNIDADE	244
Uma prática médica de cuidados integrados: a puericultura.....	247
Doutrinas sobre a maternidade – neomalthusianismo e natalismo.....	253
CAPÍTULO II - SISTEMA SANITÁRIO EM PORTUGAL E AS ENFERMEIRAS – PARTEIRAS	269
Sanidade e assistência.....	270
Serviços de Saúde e de Beneficência Pública.....	272
Ajustamentos no quadro de formação: as enfermeiras-parteiras.....	281
A formação em enfermagem nas décadas de 1920 e 1930.....	311
CAPÍTULO III - AS MATERNIDADES E OS CUIDADOS MATERNO – INFANTIS	320
A criação de maternidades e o caso português.....	321
A promoção da função social das maternidades.....	333
CAPÍTULO IV - A FAMÍLIA E A MATERNIDADE NO ESTADO NOVO	339
Natalismo e a família como «célula-base».....	340
A reforma da assistência e seus reflexos na área materno – infantil.....	345
A Junta Geral do Distrito do Porto.....	351
CAPÍTULO V - O INSTITUTO MATERNAL (1943) – A CENTRALIZAÇÃO DA ÁREA MATERNO-INFANTIL E A DEFINIÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA PROFISSIONAL: A ENFERMEIRA PUERICULTORA	357
A criação do Instituto Maternal.....	358
A discussão do modelo assistencial no Estado Novo: a assistência materno-infantil.....	362
A Delegação no Porto do Instituto Maternal.....	380
Um novo paradigma formativo: as enfermeiras puericultoras.....	383
CAPÍTULO VI - AS ESCOLAS DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO MATERNO E SABERES OBSTÉTRICOS	392
A persistência dos cursos de partos nas Faculdades de Medicina.....	397
As Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal.....	403
1. Curso integrado: Curso de Enfermeira Puericultora.....	404
2. Cursos de especialização - Enfermeiras Parteiras Puericultoras e Auxiliares de Enfermeiras-Parteiras.....	418
2.1 – O Curso de Enfermeiras Parteiras Puericultoras.....	420
Modelo bi-etápico e nova designação.....	420
Admissões.....	423

Componentes lectivas.....	425
Corpo docente.....	427
Plano de estudos.....	428
Avaliações.....	433
Custos.....	435
Internato.....	436
2.2 - Curso de Auxiliares de Enfermeiras Parteiras.....	438
Quantitativos de formação e saídas profissionais.....	439
Instituto Maternal: limitações e esgotamento de um modelo assistencial.....	443
Maternidade e novos saberes obstétricos.....	455

CAPÍTULO VII – INTEGRAÇÃO PLENA NA ENFERMAGEM: AS REFORMAS DO ENSINO GERAL E A ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA 464

Pensar a reforma da enfermagem (1942).....	465
«Multiplicar as Enfermeiras» - a reforma de 1947.....	475
Completar a reforma – O Regulamento das Escolas de Enfermagem (1952).....	483
«Garantir a qualificação» - Repercussões na enfermagem das novas posições sanitárias (1965).....	490
Os Cursos de Especialização Obstétrica para Enfermeiras (1967).....	505

CONSIDERAÇÕES GERAIS DA 2ª PARTE 513

CONSIDERAÇÕES FINAIS	519
CRONOLOGIA	539
BIBLIOGRAFIA	553
ANEXOS	577

ÍNDICE DOS QUADROS

I - Registos de cartas de parteira na Câmara Municipal do Porto, 1667-1804.....	136
II - Registo de matrículas e de diplomas de parteiras na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1837-1907.....	186
III - Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa: parteiras (1880-1885).....	187
IV- Idades nas matrículas do curso de partos – Escola Médico-Cirúrgica do Porto: 1837-72 e 1873-1898.....	188
V - Evolução do nº de profissionais de “artes de curar” na cidade do Porto (1852-1906).....	197
VI - Escola Médico Cirúrgica do Porto: «actos grandes» e temáticas obstétricas, 1827-1908.....	222
VII - Escola Médico-Cirúrgica do Porto: tópicos de abordagem nas teses de temática obstétrica (1850-1908).....	223
VIII - Distribuição de parteiras pelos diferentes distritos – 1931.....	299
IX - Movimento fisiológico. Portugal Continental, 1920-1940.....	308
X - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - evolução do número de parteiras diplomadas – 1928-1941.....	309
XI - Óbitos por situações de gravidez e parto. Portugal: 1937-1943.....	357
XII - Evolução das categorias no Quadro de Pessoal de Enfermagem da Maternidade Júlio Dinis, do Instituto Maternal, em diversos anos.....	390
XIII - Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal – Horário geral do Internato.....	409
XIV - Despesas do Curso na Escola do Instituto Maternal.....	410
XV – Planos de Estudos para o Curso de Enfermeiras Puericultoras.....	411
XVI - Instituto Maternal, Curso de Enfermeiras Puericultoras, Programa de Estágios, 1946-1950.....	413
XVII - Curso de Enfermeiras Parteiras Puericultoras – Plano de Estudos 1956.....	429
XVIII - Plano de Estudos do Curso de Auxiliares de Enfermeiras Parteiras.....	439
XIX - Frequências das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal (Escolas de Partos).....	439
XX - Porto e Portugal (1946-60): mortalidade infantil (por mil).....	447
XXI - Partos sem assistência no distrito do Porto (1960).....	448
XXII - Pessoal de enfermagem existente diplomado, segundo estimativa da Direcção-Geral dos Hospitais.....	487
XXIII - Pessoal de enfermagem diplomado pelas escolas entre 1956-1962.....	488
XXIV - Curso de Enfermagem Geral – Plano de Estudos – 1965.....	495
XXV - Inscrições nas Escolas de Enfermagem. Comparação entre 1965/66 e 1966/67.....	496
XXVI - Comparação percentual de inscrições nos vários cursos de enfermagem entre 1965/66 e 1966/67.....	497
XXVII - Plano - sumário do Curso de Enfermagem Obstétrica – 1968.....	508

INTRODUÇÃO

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 assistência.

MORDAU, D. Luiz Ferrari - *Despertador da Agricultura de Portugal* (finais do século XVIII)

O parto sempre se inscreveu no ciclo de vida da mulher como uma etapa problemática. No imaginário da criação, a mensagem bíblica, castigadora para com a mulher, «filha de Eva», prognosticou-lhe até um destino doloroso neste domínio: «aumentarei os sofrimentos da tua gravidez, os teus filhos hão-de nascer entre dores», profetiza o livro sagrado (*Génesis*, 3, 16). Sofrimento, embora também libertação! Perante a multiplicação dos mitos e mistérios sobre a procriação, a condição humana aconselhava a invocação de deusas e santas para ajudarem a mulher a *aliviar-se* nesse transe, emergindo mesmo devoções especializadas entre as entidades divinas, segundo o tipo de ajuda ou o grau de sucesso, sendo esse olimpo designado por palavras-chave como *expectação*, *alívio*, *bom despacho*¹. Mas terá sido das próprias mulheres, sendo algumas, mães vividas, experimentadas em posições, curiosas em toques e sábias em cálculos de luas, que chegou o socorro mais próximo, num puro gesto de solidariedade feminina perante o acto de parir.

A maternidade repetidamente vivida, habilitando a pressentir as dores e a diagnosticar sintomas, a empatia para com o fenómeno de parir, predispondo à entreaajuda, as múltiplas solicitações do meio envolvente que reconhecem e legitimam os saberes (e poderes) adquiridos, eis circunstâncias que terão contribuído para criar a milenar função de parteira. Na família das palavras da língua portuguesa, o vocábulo *partejar* exprime essa acção transitiva de ajudar a nascer que se concretiza na ajuda

¹ Se, em Roma, a deusa Lucina velava pelo trabalho de parto, na sociedade católica, a mediação divina fazia-se por um sem número de devoções: Senhora da Expectação, Senhora do Alívio, Senhora da Aliviada, Senhora do Ó, Senhora do Bom Despacho, Senhora do Livramento...

prestada à *parturiente* pela *parteira*² no acto de *parir*, ou seja, perante a situação de *parto* (também referenciado, em termos populares, como *paridela* ou *paridura*), alcançando o *partejo*, desde a Idade Média, estatuto de ofício. Com efeito, o reconhecimento de saberes e de capacidades práticas adequadas à função acabou por conduzir a uma legitimidade corporativa no campo das artes e ofícios, regulamentando-se o exercício da arte de partejar. Surgem, então, parteiras examinadas ou juradas (por oposição às tradicionais matronas ou comadres), a quem sociedade reconhece e confere, formalmente, especialidade na função.

A epígrafe com que se encabeça este texto foi escolhida para nos ajudar a situar o ponto de partida no âmbito da investigação que aqui se apresenta: ela remete-nos para a função social da parteira, enquanto mulher que, no acto de separação biológica entre a mãe e o ser gerado, ajudava a nascer, prestando apoio à mãe no acto de dar à luz e ao filho, no esforço para vir ao mundo. Mas sublinhava um atributo fundamental – «examinada» – qualificativo de distinção em relação às simples curiosas. De facto, pediam-se parteiras devidamente «examinadas» e «pagas», logo certificadas para o exercício profissional, devidamente remuneradas pelo serviço prestado.

Este tipo de exigências, cujo objectivo era assegurar maior disponibilidade e devotamento no exercício da actividade, requisitos para se melhorarem os cuidados que envolviam os nascimentos e assegurar por essa via tanto a salvação das pessoas (mãe e criança) como o crescimento da população, arrastava como contrapartida a demarcação de um espaço profissional próprio para a parteira. Esse facto coloca-nos perante a emergência do seu processo de profissionalização, entendido como a delimitação e estabilização deste grupo sócio-profissional, com um lugar específico na divisão social do trabalho sanitário.

Com a afirmação progressiva do poder administrativo central e da sociedade burocrática, surgiram lentamente, a partir do século XVI e de forma localizada, *verdadeiras* parteiras, ou seja, parteiras legalmente habilitadas segundo os padrões oficiais, por contraste com *falsas* parteiras. Estas continuaram a ser as mulheres hábeis que praticavam o exercício de partejar, curiosas por vocação ou necessidade,

² Sublinhem-se os diversos significados etimológicos das correspondentes designações de parteira em outras línguas. Em francês, a expressão «sage-femme» aponta para uma mulher mais sábia, para alguém que detém um maior conhecimento dos mistérios da criação e do nascimento do que as outras mulheres. Em inglês, *midwife*, deriva de *mede* (com) e *wif* (mulher), significando, assim, aquela que está com a mulher no momento próprio, neste caso, o parto. WOOD, Audrey – Rôle de la Sage-Femme dans la Santé Publique. ORGANISATION Mondiale de la Santé – *Les Services Infirmiers de Santé Publique – Problèmes et Perspectives*. Genève : OMS, 1961, p. 147-162.

que as colectividades reconheciam como parteiras pelo exercício continuado da prática e a quem solicitavam auxílio. Durante séculos, as diferenças ao nível do saber seriam pouco perceptíveis entre estes dois tipos de protagonistas – a parteira *curiosa* e a parteira *examinada*. Era ao nível do reconhecimento burocrático da certificação emitida por um poder que conferia direitos e deveres, que se tornavam visíveis as diferenças, sendo o espaço e o exercício profissional essencialmente demarcados pela enumeração legal de um conjunto de atribuições, interditos e limitações, por oposição ao reconhecimento informal, local, comunitário da curiosa.

O vocábulo *exame* era, já então, uma palavra-chave para exprimir selecção e qualificação, pois pressupunha, após tirocínio prévio, uma observação da capacidade para o exercício de funções, acompanhada de interrogação/avaliação por parte de alguém a quem era atribuída legitimidade para a função de examinador. Traduzia-se a aprovação na emissão de um alvará registado pela autoridade que certificava competência, habilitando para a prática profissional, à luz dos regulamentos corporativos vigentes para as artes de curar. O acto de exame garantia que a parteira obedecia aos padrões normalizados pelo poder e que podia ser considerada como uma *verdadeira* oficial do seu ofício, ganhando progressivamente o exame um lugar central como dispositivo de inclusão/exclusão na teia dos poderes e saberes emergentes.

A partir de então, e com base em trabalhos anteriores, pode dizer-se que a formação das profissionais que desempenhavam funções de parteira em Portugal assumiu diferentes contornos, que se podem apresentar da seguinte forma:

- primado da experiência: desde os finais da Idade Média, que as práticas corporativas apontavam para tirocínio junto de outras profissionais já institucionalmente reconhecidas, aprendendo pela experiência, sancionada pelo exame para outorga de licença, produzindo-se a «parteira examinada»;
- primado da escolarização: a partir do século XIX e até aos nossos dias, adoptou-se a forma escolar para a formação das parteiras, integrando a prática em contexto hospitalar.

O modelo escolarizado comportou, no entanto, configurações institucionais e identitárias diversas que importa assinalar. Assim:

- Desde 1836, a formação das parteiras, enquanto actividade específica, ocorreu através dos «cursos de partos», ministrados nas Escolas Médico-

Cirúrgicas de Lisboa e Porto (depois Faculdades de Medicina, desde 1911) e na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, surgindo então a «parteira diplomada».

- A partir de 1919, verifica-se uma crescente assimilação da parteira à área da enfermagem, surgindo então a «enfermeira-parteira», assumindo-se progressivamente a actividade de parteira como uma especialização interna da enfermagem:

- em 1919, as Faculdades de Medicina passaram a exigir às candidatas aos cursos de partos por si ministrados o requisito prévio do curso de enfermagem (obtido nas escolas de enfermagem dos hospitais civis ou equivalentes), mantendo-se, no entanto, uma indefinição que, indistintamente, ora fazia prevalecer profissionalmente ainda a designação de *parteira* ora já a de *enfermeira-parteira*;
- nas décadas de 1940/1950, no âmbito da criação de uma rede de serviços de cuidados materno-infantis, tutelada ao nível do governo pelo Instituto Maternal (espécie de direcção-geral), surgiram nas escolas de enfermagem desse Instituto (criadas para formar pessoal especializado para os serviços próprios) as *enfermeiras puericultoras*, e depois, em sua substituição, cursos de especialização para enfermeiras que conferiam o diploma de *enfermeiras parteiras puericultoras*;
- em 1967, determinou-se que este tipo de formação passasse a ser ministrado nas Escolas de Enfermagem, através de cursos pós-básicos, assumindo as instituições escolares de enfermagem a responsabilidade total pela sua formação integrada e passando estes cursos – de *Especialização em Obstetrícia* – a serem considerados uma especialização (ao lado de outras), num processo a que não são estranhas as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

A diversidade de designações profissionais e de modelos de formação suscitam um espaço de investigação que, ajustando a «palavra» à «coisa», permita recuperar as diferentes referências terminológicas como pontos de curiosidade analítica, articulando-as com os contextos institucionais que lhe são subjacentes. Trata-se de variações que normalmente são equacionadas como «evolução» mas que também se

podem perspectivar como descontinuidades ou acções de ruptura em articulação com o projecto societal. Como nos lembram, Dubar e Tripier, não existe a «profissão 'estabelecida', mas processos de estruturação e desestruturação profissionais de que os ritmos históricos, as formas culturais e jurídicas, as configurações políticas são muito variáveis», multiplicando-se os «tipos de profissionalização conforme os modelos de referência dos Estados e dos grupos profissionais», surgindo «tantos, senão mais, movimentos de desprofissionalização do que o inverso (embora as retóricas profissionais não retenham senão esta última»³.

Importa, pois, reflectindo sobretudo a partir do nível macro, reconhecer as formas históricas assumidas na construção da saúde materna como problema público, tal como o papel que, em cada contexto, se delegou nas profissionais (parteiras) que se atribuíram a esse campo de cuidados, reconhecendo-se que saberes científicos, representações profissionais e modelos de formação se articulam sempre com outras variáveis como a política, a ideologia, as formas sociais e económicas, não se esquecendo o campo de forças que se cria no próprio meio dos serviços de saúde entre os diversos actores profissionais.

Surge, assim, uma problemática que agrega e sintetiza toda uma série de interrogações por parte de quem partilha a investigação com um quotidiano de profissional no ensino de enfermagem em saúde materna e obstétrica:

- O que é uma parteira, qual a relação entre a palavra e a sua substância? Como se processa a emergência da parteira examinada ou diplomada? O que simbolizam os diversos cursos de partos? Que configurações assumem as sucessivas reformas curriculares neste domínio de formação? Como se equaciona a produção de saberes e poderes no campo de intervenção clínica que a maternidade propicia? Que dimensões se visualizam nos saberes da parteira? Como se processa a convergência entre a parteira e a enfermagem? Como avaliar o saber e o poder da enfermeira-parteira e que equilíbrio a sustém na rede de saberes-poderes em que se insere? Enfim, como se desenvolvem as relações entre o poder macro-social e os processos micro-sociais na feira de cuidados que a maternidade (gravidez - parto - puerpério) concita?

Das mais simples às mais elaboradas, estas questões surgem de forma sistemática quando nos interrogamos acerca da formação, da institucionalização e da identidade profissional das parteiras, suscitando-nos a compreensão sócio-histórica dos

³ DUBAR, Claude ; TRIPIER, Pierre – *Sociologie des Professions*. Paris : Armand Colin, 1998, p. 248.

respectivos processos. Assumiram, por isso, um papel de ponto de partida nesta investigação, visando contribuir, de uma forma sustentada, para apreender os processos, as continuidades e/ou descontinuidades observadas nos sucessivos modelos formativos, em articulação com os contextos históricos subjacentes, ajudando a desenhar o projecto de pesquisa a desenvolver.

E, como toda a investigação visa a sua utilização no presente, as respostas a essas questões funcionarão como adjuvantes para o acto de repensar a enfermagem na área especializada de saúde materna, os modelos de formação a adoptar e o respectivo posicionamento profissional.

Objecto de investigação

O fio condutor deste trabalho passará, então, pelo reconhecimento da emergência da actividade profissional de parteira e das transformações observadas nos modelos de formação subjacentes aos sucessivos títulos profissionais identificados – parteira examinada, parteira diplomada, enfermeira-parteira, enfermeiras puericultoras, enfermeira parteira puericultora, enfermeira especialista em obstetrícia (e, já mais recentemente, enfermeira especializada em saúde materna e obstétrica), enquadrando essas alterações nos contextos históricos e culturais que, nas suas linhas relevantes, ajudem a compreender a produção de profissionais nesta área de actividade.

Em rigor, não poderemos falar de «a parteira» mas sim de «as parteiras», dada a pluralidade de situações e de tipos de protagonistas institucionais que surgem, no decurso do tempo, na sequência de diferentes modelos de formação que lhes subjazem e que, frequentemente, coexistem. Daí a insistência nos modelos de formação, na medida em que estes não tratam apenas da transmissão de um corpo limitado de saberes e técnicas para a acção, mas integram também diferentes paradigmas de saúde, especificamente na área dos cuidados de obstetrícia, com os quais as candidatas ao exercício de parteira deviam identificar-se.

Esta função de conversão a uma visão do mundo específica⁴, inerente aos processos de formação, tende a criar um espaço próprio de socialização para iniciados (separando-os do mundo profano) e a dotar os especialistas de outros olhos para a observação da realidade, exigindo, por vezes, uma identificação tal com o papel

⁴ DUBAR, Claude; TRIPIER, Pierre – *Ob. cit.*, p. 101.

profissional, que implica a renúncia a identidades anteriores. Ora, a partir do momento, em que a formação das parteiras passa a ser tutelada e ministrada por médicos, assiste-se a um esforço de conversão identitária, ajustando as candidatas a uma nova visão do mundo, através das prelecções teóricas e, sobretudo, nos longos estágios inerentes ao modelo de formação, os quais decorriam em espaços hospitalares, onde a cultura médica era hegemónica. A preocupação de moldar culturalmente as parteiras ganhou foros de obsessão com a prescrição do internato para os cursos de partos, já no século XX, em que, explicitamente, se formulava o objectivo de isolar as candidatas a parteiras do seu mundo profano e das suas ligações à realidade anterior.

Os modelos de formação para parteiras e os contextos sócio-históricos que os enquadram tornaram-se, pois, o alvo da nossa investigação, que se pode sintetizar como uma tentativa de análise dos modos de produção destas profissionais da área obstétrica: quem organiza os vários modelos de formação que habilitam para o exercício? Porquê e como se estrutura esse modelo? Quem entra e como se entra para adquirir habilitação, o que se aprende, como se certifica a aprendizagem e a habilitação para o exercício profissional, quais os destinos profissionais?

Também aqui não existe a situação de «profissão separada»⁵, ou seja, estando a parteira e a enfermeira-parteira inscritas naquilo que hoje se referencia genericamente como sistema sanitário ou como sistema de saúde, a compreensão do seu papel e das atribuições que lhe cabiam na divisão do trabalho sanitário só podem ser cabalmente compreendidas na interacção que se desenrolava com os outros intervenientes no sistema.

O objecto de investigação resulta, pois, da selecção de questões que, apoiadas numa rede teórica, conseguirmos colocar/operacionalizar. Mas não esquecendo que, a sua «construção é uma operação contínua; na verdade, ela nunca pode ser considerada acabada, pois a partir do momento em que se conseguiu desprender o objecto da situação problemática na qual se encontrava, ela não tarda a suscitar, por seu próprio funcionamento, novos problemas»⁶, avançando-se por patamares, num horizonte indefinido, embora apontado pela intencionalidade das interrogações iniciais.

⁵ DUBAR, Claude; TRIPIER, Pierre – *Ob. cit.*, p. 247.

⁶ LADRIÈRE, Jean – Prefácio. BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de – *Dinâmica de Pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1991, p. 19.

A construção do objecto: teoria e metodologia

O presente trabalho procura, pois, interrogar uma realidade passada, cuja pertinência reside no facto de essa realidade se projectar no presente e caldear uma cultura formativa e profissional produzida ao longo da estruturação da modernidade de que o actual campo da saúde materna é herdeiro, na constelação das suas áreas profissionais, sendo a via que conduziu à actual enfermagem de saúde materna a que nos mereceu a atenção central neste estudo.

Partimos, assim, de uma «problemática», ou seja, de uma interrogação sistemática que submete os aspectos da realidade a um sistema de questões teóricas e metodológicas, neste caso derivadas das ciências da educação e de outras áreas científicas afins, produzindo uma cadeia de problemas que estruturam o objecto de investigação. Com efeito, seguimos a concepção de que o objecto de investigação é «um sistema de relações construídas expressa e implicitamente, ele se opõe ao objecto pré-construído pela percepção, com o qual lhe é necessário romper continuamente»⁷. Explicitaremos, de seguida, os vectores teóricos a que recorreremos e aos quais conferimos maior relevo nesta construção.

O conceito de «poder-saber» na área obstétrica

Para pensarmos a formação, os contextos e o lugar social e profissional da parteira no decurso das transformações do campo sanitário, utilizaremos alguns referenciais teóricos enunciados por Michel Foucault, privilegiando um percurso de pesquisa que inclui na sua rede analítica o conceito de *poder-saber*. Fixemos, desde já, genericamente as linhas de força deste conceito:

O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo o saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, “máquina de curar”, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber. Do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder⁸.

⁷ BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de – *Ob. cit.*, p. 51.

⁸ MACHADO, Roberto – Introdução – Por uma Genealogia do Poder. FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993, p. XXI-XXII.

Procuraremos, através dos documentos históricos recolhidos, perscrutar essas formas de *poder* e de *saber* e a sua relação no campo dos cuidados de saúde para com a maternidade, nas suas diversas configurações. Interessa-nos aprofundar o conhecimento sobre a natureza e a extensão do saber atribuído à formação das profissionais que deviam prestar serviço de cuidados no parto nos domicílios, utilizando apenas as mãos como única capacidade instrumental, numa primeira fase histórica, bem como o impacto que a hospitalização do parto veio a promover na reconfiguração da sua formação. De igual modo abordaremos as transformações que, em época posterior, propiciaram uma acção mais global de intervenção da parteira em torno da gravidez, do parto e do puerpério, reconhecendo as instâncias de formação onde se tornavam mais visíveis as relações de poder que condicionavam esses saberes.

Nesta linha, poderemos afirmar que também a instituição da maternidade (ou enfermaria de partos, anexa ou independente do hospital) foi o espaço privilegiado para a produção do saber obstétrico. Sabemos como, num primeiro momento, as enfermarias de partos de alguns hospitais setecentistas se constituíram em espaços onde os cirurgiões examinavam as parturientes que melhor propiciavam a aquisição de saberes, longe dos olhares familiares, a bom recato e em segredo profissional: eram as mulheres pobres e isoladas, desprotegidas, sem famílias, que se sujeitavam às experiências instrumentais e, quando cadáveres, era através da dissecação (cesariana após o óbito) que se esclarecia a complicação fatal e se percebia a fisiologia da área respectiva do corpo humano. Não por acaso, a divulgação do saber obstétrico, a nível da imprensa ou de conferências de sociedades médicas, fazia-se frequentemente por relatos de casos ocorridos nestas situações.

Esse conceito de *poder-saber* remete-nos então para o processo de ordenamento que se verifica na modernidade a todos os níveis da vida social, sob a acção do Estado e das estruturas criadas no seu âmbito, interessando-nos as alterações verificadas no campo sanitário, cuja repercussão sobre as parteiras se verificam de imediato. Com efeito, ao longo da modernidade, a medicina (nela se incluindo a cirurgia) reforçou-se como uma prática hegemónica, ganhando um espaço próprio de acção e de organização no hospital, com base numa íntima ligação à universidade, alcançando autoridade e legitimidade para disciplinar todo o campo sanitário e fazê-lo obedecer aos seus preceitos, nomeadamente através da formação de outros grupos profissionais que, dessa forma, ficaram sob a sua tutela teórico-prática. É exemplar deste processo,

como veremos, a criação nos inícios de Oitocentos dos cursos de partos para parteiras nas Escolas Médico-Cirúrgicas e na(s) Universidade(s) e na sua instituição de formação prática correlata – o hospital escolar.

Para conseguirmos ler este tipo de problemas, ultrapassando a leitura histórica linear e simplista que vê em tudo a cadeia de manifestações do progresso e da afirmação da ciência, adotamos uma postura genealógica na investigação, segundo a conceptualização proposta por Michel Foucault:

O que distingue o que se poderia denominar a história das ciências da genealogia dos saberes é que a história das ciências se situa essencialmente num eixo que é, em linhas gerais, o eixo conhecimento-verdade, ou, em todo o caso, o eixo que vai da estrutura do conhecimento à exigência da verdade. Em contraste com a história das ciências, a genealogia dos saberes se situa num eixo que é diferente, o eixo discurso-poder ou, se vocês preferirem, o eixo prática discursiva-enfrentamento do poder. Ora, parece-me que, quando a aplicamos a esse período privilegiado por carradas de razões, que é o século XVIII, quando a aplicamos a essa área, a essa região, a genealogia dos saberes tem primeiro de dismantelar, antes de mais nada, a problemática das Luzes. Ela tem de dismantelar o que na época (e, aliás, no século XIX e ainda no XX) foi descrito como o progresso das Luzes, a luta do conhecimento contra a ignorância, da razão contra as quimeras, da experiência contra os preconceitos, dos raciocínios contra o erro, etc. Tudo isso foi descrito e simbolizado como a caminhada do dia dissipando a noite, é disso que é preciso, acho eu, livrar-se: [é preciso, em compensação] perceber no curso do século XVIII, em vez dessa relação entre dia e noite, entre conhecimento e ignorância, algo muito diferente: um imenso e múltiplo combate, não, pois, entre conhecimento e ignorância, mas um imenso e múltiplo combate dos saberes uns contra os outros – dos saberes que se opõem entre si por sua morfologia própria, por seus detentores inimigos uns dos outros e por seus efeitos de poder intrínsecos⁹.

Trata-se, na verdade, de tentar desconstruir o efeito de ideologia que se tende a colar à produção do discurso científico. Utilizaremos, por isso, na linha de Foucault, o conceito de *emergência*, em vez do de evolução histórica, concebendo-se cada presente como um jogo entre forças que se opõem na busca de controlo e de dominação, ou seja, como fruto de manifestações de equilíbrio de poder entre as forças, em vez de o concebemos como procedência de um processo histórico, contínuo e finalista, por intenções mais ou menos ocultas referenciadas a uma verdade objectiva. Este tipo de interrogação genealógica da realidade passada utiliza dados históricos, mas reconhece a natureza fragmentária, incoerente e frágil do terreno em

⁹ FOUCAULT, Michel – *Em Defesa da Sociedade*. S. Paulo: Martins Fontes, 1999, p.213-214.

que se move, pautado frequentemente por erros, omissões e valorações¹⁰. Estas limitações surgem neste trabalho com grande expressão, na medida em que só conhecemos o discurso e os efeitos da acção dos «vencedores», em volta da emergência, construção e desenvolvimento de um corpo profissional dominado, com uma função outorgada no quadro de uma determinada relação de poder-saber.

Importa observar com maior pormenor a conceptualização apresentada por Michel Foucault sobre as relações de poder e a sua estruturação ao longo da modernidade. Assim, ao lado da expressão das *relações de soberania*, afirmadas na tradição de «forma descontínua por sistemas de tributos e de obrigações crónicas», verifica-se, de forma mais nítida no século XVIII, a emergência de uma «nova mecânica do poder», o *poder disciplinar*, criador de aparelhos de saber, de campos múltiplos de conhecimento, da instauração de uma prática e um discurso normalizadores, que se exercem através da acção de dispositivos de vigilância, produzindo técnicas de sujeição polimorfas que tornam os «corpos úteis e dóceis», preparando-os para viver numa «sociedade de normalização»¹¹, ou seja, a sociedade da modernidade social e da industrialização.

Na complexidade das relações de poder que estruturam o corpo social, surge sempre a produção dos discursos de verdade como processo central, neles assentando o exercício do poder, uma vez que a «verdade é a norma». Legitima-se um determinado tipo de saberes e criam-se condições para a afirmação e produção de novos saberes convergentes com essa «verdade» adoptada¹². Produzir uma verdade e fazer obedecer a essa verdade institucionalizada, naturalizada, sempre foi o desígnio do poder. Poder que deve ser entendido, segundo Foucault, como uma «coisa que circula», que funciona em cadeia e se estrutura em rede, em função do qual os indivíduos são submetidos mas também submetem, pois «jamais eles são o alvo inerte ou consentidor do poder, são sempre seus intermediários», isto é, são também sujeitos, exercendo de alguma forma o mesmo poder¹³, ou seja, o poder cria sempre relações de interdependência. Assim, ao lado de um discurso e de uma legislação organizados em torno do princípio da soberania (gerando o poder legal), produz-se uma «trama cerrada de coerções disciplinares» para garantir a coesão do corpo

¹⁰ MARSAHLL, D. – Foucault y la investigación educativa. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993, p.23.

¹¹ FOUCAULT, Michel – *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 42-43.

¹² FOUCAULT, Michel – *Ob. cit.*, p. 29.

¹³ FOUCAULT, Michel – *Ob. cit.*, p. 35.

social¹⁴, desenvolvendo-se entre esses dois limites o exercício do poder, de tal forma que a mecânica das coerções tende a colonizar cada vez mais os procedimentos da lei, renovando-a, alterando-a¹⁵.

Em nome da «verdade», surge, então, um disciplinamento que se traduz em «processos de anexação, de confisco, de apropriação dos saberes menores, mais particulares, mais locais, mais artesanais, pelos maiores», ou seja, pelos mais gerais, pelos que circulam mais facilmente, numa linha de generalização e de homogeneização. Os saberes das parteiras relativos ao parto e à maternidade não fogem a este processo de ordenamento e normalização imposto pelos saberes médicos, que se tornam a verdade oficial em torno dos quais se processará o ordenamento conveniente¹⁶.

O Estado intervém nesse processo de organização de saberes (médicos e tecnológicos) mediante quatro tipos de procedimentos, devidamente assinalados por Michel Foucault:

- eliminação e/ou desqualificação dos pequenos saberes, considerados inúteis;
- normalização dos saberes entre si, derrubando barreiras de segredo e geográficas, tornando intercambiáveis os saberes, pela adopção de referentes culturais comuns;
- classificação hierárquica dos saberes, encaixando-os uns nos outros, subordinando-os, desde os mais materiais aos mais formais, assumindo estes as formas envolventes e directoras do saber;
- controlo dos saberes, assegurando uma selecção, com a transmissão dos seus conteúdos a fazer-se de baixo para cima, enquanto a direcção de conjunto e a organização geral se opera de cima para baixo, no horizonte social¹⁷.

O campo da medicina foi, para Michel Foucault, o domínio mais visível do enfrentamento entre esses dois princípios (poder da soberania e mecânica das coerções), traduzindo-se na medicalização geral dos comportamentos, dos discursos e dos desejos, daí a insistência deste autor na análise genealógica sobre a clínica, a

¹⁴ FOUCAULT, Michel – *Ob. cit.*, 1999, p. 44.

¹⁵ Toda a relação social é uma relação de poder num quadro de interdependências. «O poder não é um objecto, não é o controlo de uma série de instituições, nem é uma racionalidade encoberta na história das sociedades. O poder é a maneira como funcionam as tecnologias políticas na sociedade, através de rituais que segregam relações desiguais e assimétricas». CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto. Edições Afrontamento, 1993, p. 76-77.

¹⁶ FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993, p.193-208.

¹⁷ FOUCAULT, Michel – *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 215-216.

loucura, a vida sexual¹⁸. Os saberes médicos experimentaram, desde os meados do século XVIII, esse processo múltiplo de selecção, normalização, hierarquização e centralização, o que lhes conferiu homogeneidade, numa evidência do poder disciplinador que, conduzindo à organização interna de cada saber como uma disciplina, permitiu identificar e descartar o *falso-saber* e o *não-saber*, bem como escalonar no seu interior os diversos tipos de saberes, num campo global a que se chamou a «ciência»¹⁹. É sob esta leitura de um processo de «disciplinamento de saberes polimorfos e heterogéneos» que Foucault encarava aquilo que, no século XVIII, surgia como *progresso da razão* e desenvolvimento da ciência, de que a nova Universidade foi um dispositivo institucionalizador, sobretudo no papel de selecção (e de exclusão e desclassificação) dos saberes e no controlo da «regularidade dos enunciados» (ou «disciplinamento da enunciação») ²⁰. Revelam-se, deste modo, novas relações entre poder e saber, a partir de instituições disciplinadoras (como o hospital, mas também o cárcere, manicómio e outras) que, pelo exercício do poder, permitem desenvolver o conhecimento sobre as pessoas, constituindo-se um *poder-saber*, diáde indissociável, conceptualizado como um conhecimento adquirido pelo exercício do poder e utilizado para legitimar posteriores actos de poder²¹.

As tecnologias da disciplina repercutem-se sobre o indivíduo e ganham visibilidade de diversas formas (na prisão, na fábrica, no exército, na escola, no hospital) para o controlo dos corpos, usando o maior grau de racionalidade subjacente ao exercício do poder. Mas Foucault aponta uma outra tecnologia de poder emergente nos finais do século XVIII que, integrando aquelas, passa a direccionar-se no sentido do homem-espécie, da «massa global», para processos de conjunto como a morte, a produção, a doença, criando novos objectos como a natalidade, a mortalidade, a

¹⁸ *Ob. Cit.*, p. 46. E FOUCAULT, Michel – *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica*. Madrid: Siglo XXI, 1999. Idem – *História da Loucura*. S. Paulo: Editora Perspectiva, 1997; Idem – *Histoire de la Sexualité*. Paris: Ed. Gallimard, 1976.

¹⁹ FOUCAULT, Michel – *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 217-218.

²⁰ O problema já se não punha em termos de ortodoxia, como o era na universidade medieval, mas sim com o disciplinamento interno dos saberes. Diz Foucault: «O problema será saber quem falou e se era qualificado para falar, em que nível se situa esse enunciado, em que conjunto se pode colocá-lo, em que medida ele é conforme a outras formas e a outras tipologias do saber. Isso permite ao mesmo tempo, de um lado, um liberalismo num sentido, senão indefinido, pelo menos muito mais amplo quanto ao próprio conteúdo dos enunciados e, do outro lado, um controlo infinitamente mais rigoroso, mais abrangente, mais amplo em sua superfície de apoio, no mesmo nível dos procedimentos de enunciação. E, com isso, deduz-se daí naturalmente uma possibilidade de rotação muito maior dos enunciados, um desgaste muito mais rápido das verdades; daí um desbloqueio epistemológico» (FOUCAULT, M. – *Ob. cit.*, p. 220).

²¹ Marshall, James D. – Foucault y la investigación educativa. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993, p.19.

longevidade, equacionando para esse efeito a «proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc.», lançando mão da estatística, numa manifestação de «biopoder». Observam-se novos procedimentos no campo da natalidade e da morbidade, levantam-se problemas endémicos que subtraem as forças da população e do trabalho, surgindo, por essa via, campanhas de ensino da higiene e de medicalização da população, ao lado de mecanismos novos e mais racionais de assistência (seguros, poupança individual...). Os problemas da reprodução e da natalidade, ao lado de outros que tocam a espécie humana, ganham um interesse desmesurado por parte do Estado, tornando-se alvos do controle da *biopolítica*, que, ao fim e ao cabo, cria um objecto novo – a *população*. Neste contexto, o campo da medicina alcança novos objectos, como, por exemplo, a infância e a família e os seus problemas, como a promoção da higiene, constituindo-se a medicina como uma instância de controlo social²².

Segundo Foucault, a população e o seu bem estar tornam-se num dos temas centrais de governo, procurando-se o controlo da população para assegurar a ordem política e força de trabalho docilizada que responda ao tipo de procura do capitalismo emergente. Nesse sentido, os dispositivos da biopolítica estabelecem medidas que visam intervir no domínio do equilíbrio e do crescimento da população em geral, baseando-se em estatísticas e previsões, instaurando mecanismos de previdência destinados a «maximizar forças», regulamentando fenómenos de natureza biológica da espécie, exercitando, em suma, o «poder de fazer viver», coincidindo com a desvalorização social da morte. «A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer» – explica Foucault, perspectivando as diferentes preocupações do poder no tempo, relativamente à população²³.

As questões da sexualidade, da maternidade, do parto e dos profissionais inerentes ao tratamento desses fenómenos não escapam aos dois tipos de mecanismos enunciados por Foucault: os mecanismos disciplinares, virados para o corpo e para o organismo, assumidos pelas instituições; e os mecanismos regulamentadores, assumidos pelo Estado, direccionados para a população e para os processos biológicos. Mecanismos que não estão ao mesmo nível, mas se articulam entre si,

²² FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993, p.193-208.

²³ FOUCAULT, Michel – *Em Defesa da Sociedade*, p. 294.

criando tecnologias de racionalização, que Foucault denomina de «microfísicas», porque pouco visíveis.

A sexualidade, enquanto comportamento corporal, suscita os mecanismos de disciplina ao nível individual, mas, inserindo-se no âmbito da procriação, dependerá também dos mecanismos de regulamentação, situando-se, assim, na «encruzilhada do corpo e da população», razões que suscitam a sua valorização médica, dados os seus efeitos aos dois níveis. Produz-se, assim, um novo «regime de verdade», para cobrir a compreensão e a acção neste domínio, podendo adoptar-se como definição de verdade «o resultado produzido por indivíduos livres que organizam um certo consenso e que estão inseridos numa determinada rede de práticas de poder e de instituições coactivas»²⁴. Estes jogos de verdade tornam-se indispensáveis para apontar caminhos e legitimar a acção, estruturando o poder, ajudando a dotá-lo de normas jurídicas, de regras morais, de um *ethos* e de formas de subjectividade que permitam integrar as relações sociais com um grau mínimo de *dominação*, surgindo para esse efeito «sistemas de procedimentos ordenados para a produção, regulação, distribuição, circulação e funcionamento de enunciados»²⁵, ou seja, emergem regras para a institucionalização dos discursos que vão condicionar, legitimar ou excluir as práticas.

É a esta luz que se podem ler os combates do século XIX à sexualidade indisciplinada e irregular (onanismo, devassidão, prostituição) e as teorias da degenerescência (enquadrando os efeitos das doenças individuais sobre as gerações), operando a medicina como uma «técnica política de intervenção», como um «saber-poder» que actua aos dois níveis – o disciplinador e o regulamentador, através da instauração da «norma». E sob essa mesma luz também se poderá ler a transformação radical que se vai operar no campo do conhecimento e das práticas relativas ao parto e à maternidade, que, gradualmente, deixará de ser um domínio preciso e circunscrito, para se inserir num campo mais vasto e articulado com outras etapas do ciclo da reprodução biológica (a concepção, a gravidez, o puerpério, as diferentes fases da infância do recém-nascido, etc.), sobre as quais se produzem verdades e saberes relativos a uma gestão mais global da vida, perceptíveis nos paradigmas que estruturam a formação e a identidade das parteiras, fenómenos de que a puericultura é um ponto alto e visível. Sobre o parto, tal como relativamente a todo o processo de

²⁴ VARELA, Julia – Prologo a la edicion española. In BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993, p. XI.

²⁵ VARELA, Julia – *Ob. cit.*, p. XI.

reprodução, a montante e a jusante, se adoptaram mecanismos disciplinares ajustados ao treino e valorização do corpo individual (vigilância da gravidez, hospitalização para o parto, consultas médicas, acompanhamento social, etc.), tal como se adoptaram mecanismos de biopolítica (definindo-se quadro jurídicos, regras de higiene, políticas de apoio assistencial, estatísticas da população, formação de pessoal, etc.), com as parteiras a fazerem parte deste campo de cuidados.

Se Michel Foucault nos oferece uma perspectiva teórica que nos ajuda a levantar uma série de interrogações em relação à actividade de parteira, a qual se cruzou com a acção e a hegemonia do poder médico, em cuja órbita passou a girar, permite-nos também perceber que a imersão na relação saber-poder médico esteve na base da superação da sua condição de tipo oficial.

O currículo como dispositivo de regulação social

Na perspectiva foucaultiana de confronto e dominação em que se desenrola o princípio do poder-saber, como se processou o disciplinamento da(s) parteira(s) através dos sucessivos modelos de formação?

As teorias de dominação expendidas por Michel Foucault, com as disciplinas a criarem uma cultura normalizada, através da utilização de discursos técnicos em lugares sociais particulares (hospitais, escolas, manicómios, prisões, etc.), têm exercido a sua influência junto dos teóricos do currículo. Nesta linha subjacente à narrativa dos acontecimentos, a preocupação analítica passa essencialmente por exercitar um conjunto de interrogações sobre diversas situações ou relações de poder no âmbito acima desenhado. James Marshall sugere uma grelha sistemática de leitura, de inspiração foucaultiana, com as seguintes interrogações na análise educativa:

- os sistemas diferenciadores, estabelecidos pela lei e pelas tradições, que proporcionam o funcionamento das diversas relações de poder que se jogam no campo em análise;
- os tipos de objectivos que fazem mover os que controlam as acções dos profissionais da área;
- os meios que permitem implementar as relações de poder;
- as formas de institucionalização;

- o grau de racionalização subjacente ao exercício de poder²⁶.

Na mesma perspectiva se situa Ivor Goodson, que se debruça sobre o modo como o currículo e as suas estruturas de conhecimento, aprovadas socialmente, desenvolvem processos de disciplinamento. Goodson interroga-se sobre as formas como o desenvolvimento curricular incorpora o princípio da divisão social do trabalho, procurando ultrapassar a «falsa neutralidade e a dissimulação de interesses que o currículo aparenta». Evidenciando a presença das relações de poder que atravessam inevitavelmente toda a estrutura formativa, reconhece que o poder é um fenómeno complexo e ambíguo desenvolvido tanto pelos indivíduos e grupos dominantes como pelos dominados, nunca existindo grupos-alvo completamente docilizados ou disciplinados, pelo que o poder se revela sempre como específico de um contexto determinado²⁷.

Esta característica explicará que um dado dispositivo de formação concebido para «docilizar» não consiga atingir esse objectivo na sua totalidade e/ou possa ser contornado/alterado numa dada situação histórica. O campo de ensino das parteiras será fértil nestes exemplos. Pelo ponto de vista do olhar médico, chegam-nos sinais de resistência aos processos de disciplinação. Cada novo modelo de formação a adoptar ou a defesa da necessidade de novos modelos são frequentemente justificados (em artigos médicos ou em preâmbulos de diplomas) por insuficiência de «normalização» das parteiras, invocando-se vários argumentos: resistência aos novos saberes obstétricos, insistência em saberes tradicionais, escassez de inculcação ética ou religiosa, insuficiente impregnação da cultura hospitalar, atribuindo-se até permissividade ao contexto de formação face a doutrinas ideologicamente condenáveis (por exemplo, a difusão crescente do neomalthusianismo combatido pelos natalistas), etc. É o que geralmente se vislumbra sempre que os modelos de formação em curso não conseguem articular com eficácia os mecanismos que deveriam moldar a construção pessoal das parteiras e persuadi-las duradouramente sobre determinados tipos de valores que poderiam ser postos em causa quando o controlo médico e institucional se atenuasse.

Na globalidade, a perspectiva temporal na análise das instituições e dos seus discursos permite evidenciar a condição de construção social a que também está

²⁶ MARSALL, James D. – Foucault y la investigación educativa. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y saber*. Madrid: Morata, 1993, p.28.

sujeito este corpo profissional, a sua natureza contingente e a sua relatividade. Neste sentido se pronuncia Ivor Goodson, ao encarar o currículo como uma construção social, insistindo na importância de

recuperar os complexos padrões de estruturação e as distribuições de poder que influenciam a forma como uma sociedade selecciona, classifica, transmite e avalia o seu conhecimento público. Isto implica reconstruir a relação entre as profissões e o Estado e a luta entre as clientelas e as agências interessadas nas consequências sociais da prática profissional. Ao fazê-lo, o historiador revela quais as formas de conhecimento que são legitimadas e sancionadas no interior de uma estrutura institucionalizada, isto é, que tipos de conhecimentos são autorizados, através de padrões de atribuição de recursos, de distribuição *de status* e de perspectivas de carreira. O historiador procura, também, esclarecer a forma como as estruturas de conhecimento que são socialmente aprovadas legitimam as relações de poder entre os profissionais e os clientes. Em determinados períodos do passado estas relações foram aceites, pois os manicómios do século XIX e as escolas públicas partilharam a tarefa institucional de criar, transformar e disciplinar formas de comportamento e de carácter, tendo em vista produzir mecanismos daquilo a que Foucault chamou um 'policimento constante'. Por outras palavras, das relações de poder entre o Estado e as profissões resulta uma 'disciplina' e um modo de disciplinar a pessoa: o corpo, as emoções, o intelecto e o comportamento²⁸.

No que se refere ao currículo da parteira e seus sucedâneos profissionais, importa revelar então os quadros históricos que determinaram as formas particulares que o respectivo currículo assumiu, enquanto «forma de organização do conhecimento e do saber com vista à sua transmissão», no âmbito mais geral do processo de modernização social. Como qualquer outro, também o currículo subjacente à formação das parteiras se configurou sempre como um «artefacto social e histórico, sujeito a mudanças e flutuações», que reflectiram não só evoluções, mas também rupturas e descontinuidades, na selecção e legitimação de formas e conteúdos, num «processo constituído de conflitos e lutas entre diferentes tradições e diferentes concepções sociais»²⁹.

A ausência de uma teorização curricular endógena ao grupo não impediu que se desenvolvessem ao longo da história soluções curriculares, afinal implícitas na formalização dos modelos de formação, quer nos que assumiam desenhos mais

²⁷ KINCHELOE, Joe L. - Introdução. GOODSON, Ivor F. - *O Currículo em Mudança. Estudos na Construção Social do Currículo*. Porto: Porto Editora, 2001, p. 23.

²⁸ GOODSON, Ivor F. - *Ob. cit.*, p.118.

estruturados, típicos da escola (como a distribuição do saber em disciplinas, organização de lições, precedências disciplinares, etc.), quer em soluções mais simples, quando o tirocínio prático surgia como uma plataforma minimamente pensada para a transmissão de conhecimentos. A fórmula curricular estruturada afirmava-se, entretanto, como um elemento de graduação da visibilidade social em cada ramo profissional. Pedra de toque, o currículo passou a desempenhar assim um importante papel social, sobretudo se reconhecemos nos sistemas de formação, para lá da sua função de socialização profissional, um papel de regulação social. Na linha do que defende José Alberto Correia³⁰, importa assinalar o efeito do currículo como gerador de uma desigualdade que se tende a naturalizar, na medida em que, no acto formativo, não se transmitem apenas conhecimentos e habilidades mas também convenções e valores, ou seja, dispositivos ideológicos que ajudam a ver o mundo de uma determinada forma e a aceitá-lo, num processo integrador. Este aspecto é extremamente relevante para a parteira, na medida em que, na sua investidura profissional, ela sempre foi imbuída de uma finalidade estatal, civil e/ou religiosa.

Neste sentido, embora se apresente sempre como qualificante, o currículo pode incorporar modalidades de desqualificação, ao centrar o esforço sobre determinados tipos de saberes e ao ignorar ou condenar outros. Sendo a desqualificação um processo complexo subjacente ao currículo, não poderemos esquecer que «quando os trabalhos são desqualificados, os conhecimentos que os acompanhavam, conhecimentos esses que eram controlados e utilizados pelos trabalhadores no desempenho das suas vidas diárias, vão para algum lado»³¹, ou são ultrapassados e esquecidos (caso dos saberes-fazer das «comadres» que não eram registados por escrito).

De que competências³² podemos falar então, que o mesmo será dizer, que nível de ajuda poderiam as parteiras *verdadeiras* ou *certificadas* prestar à parturiente, qual a

²⁹ SILVA, Tomaz Tadeu da – Introdução. GOODSON, Ivor F. – *Currículo: Teoria e História*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

³⁰ CORREIA, José Alberto – Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 13 - 42.

³¹ APPLE, Michael W. – *Os Professores e o Currículo: Abordagens Sociológicas*. Lisboa: Educa, 1997, p. 46.

³² Embora complexo, o conceito de competência conota-se com os «saberes mobilizáveis» num dado contexto: «a competência permite agir e/ou resolver problemas profissionais de forma satisfatória num contexto particular ao mobilizar diversas capacidades de maneira integrada». BELLIER, Sandra – A Competência. CARRÉ, Philippe; CASPAR, Pierre – *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001, p. 241-262.

fonte dos seus saberes, que campo de acção podiam ocupar? Coloca-se-nos, assim, a questão da qualificação como um problema central do trabalho na área dos partos. Ora, em termos sociológicos, a noção de qualificação chama a si três significados³³:

- os conhecimentos ou a experiência do indivíduo (1);
- a qualificação exigida pelo posto de trabalho (2);
- a qualificação atestada por um diploma (3).

A sequência significativa (1>2>3) corresponde, de uma forma geral, ao processo histórico que subjaz à produção/demarcação de uma prática e de um ofício como é o da parteira. Num primeiro momento, foi a prática que conduziu ao estatuto de ofício, num modelo que assenta na experiência, com certificação posterior. Num segundo momento histórico, porém, a sequência inverteu-se abruptamente (3>2>1), quando a escolarização se tornou no modelo dominante de formação: então, o diploma passou a conferir a qualificação exigida pelo posto de trabalho, desenvolvendo-se a experiência profissional posteriormente (muito embora, o modelo escolarizado de formação das parteiras tenha integrado sempre, nas suas diversas variantes, uma grande componente de formação prática, com estágios prolongados nas enfermarias de partos).

A questão da qualificação pode e deve então levantar-se para cada época histórica e para cada ocupação e respectivo contexto. E remete-nos, desde logo, para os modelos de formação desenvolvidos ao longo da história e para a sua acção na demarcação da ocupação de parteira como distinta de outras, levando-nos a interrogações sobre os sentidos da construção social inerente à formação desta área. Obriga-nos a prestar atenção às mutações que concorreram para o desaparecimento da designação oficial de parteira, colocando em causa a adequação do conceito aos novos paradigmas dos cuidados de saúde materna, remetendo aquela actividade e respectiva formação para o campo da enfermagem, surgindo então a enfermeira-parteira e depois a enfermeira especializada. Em qualquer caso, o trabalho na área, enquanto experiência social, é sempre produtor de identidade, pelo que a alteração superior (legal) da designação profissional, se não invalida a persistência da representação profissional veiculada pela tradição, introduz também processos de desestruturação e reestruturação dos processos identitários.

No percurso histórico da formação de parteiras, o currículo não pode, pois, ser concebido «como um meio neutro de transmissão de conhecimentos desinteressados,

³³ ÉTIENNE, Jean, e outros – *Dicionário de Sociologia*, Lisboa: Plátano, 1998, p. 291

mas como um mecanismo essencial de constituição de identidades individuais e sociais atravessadas por relações de poder»³⁴. Neste sentido, o currículo não é apenas uma correia de transmissão de uma dada cultura, pois é, em si próprio, um processo activo «de produção e criação de sentidos, de significações, de sujeitos», uma vez que acontece em contexto cultural³⁵. Daí que não seja passivamente transmitido, mas propicie a formação de um campo de luta, de um terreno onde se enfrentam diferentes concepções. Esta característica de enfrentamento estende-se às relações de poder, pois tendem a prevalecer posições dominantes derivadas de divisões sociais diversas, normalmente equacionadas segundo pontos de vista de classe ou género³⁶. Sublinharemos estas dimensões na formação e limites de competência das parteiras, pois eram mulheres, normalmente de baixa condição social, operando por acréscimo numa área de domesticidade que gradualmente se tornou sensível a outros poderes e saberes por tocar a reprodução biológica, familiar e social. Ideologia, cultura e poder constituem, assim, o triângulo subjacente às configurações curriculares, as quais, no decorrer do tempo histórico, tendem a aparecer como «naturais».

Na perspectiva histórica, a trajectória de formação das parteiras, como já assinalámos, assentou, inicialmente numa aprendizagem prática adquirida no acompanhamento de outras parteiras mais velhas, como era típico do sistema de ofícios, numa situação que podemos considerar de «co-acção», ou seja, fazer em acompanhamento, corrigindo as práticas em função das orientações das mais experimentadas. Posteriormente, institucionalizou-se uma aprendizagem em contexto escolar, embora sempre com grande relevância da componente prática, ou seja, através de um longo estágio em meio hospitalar, componente esta que se manteve até à actualidade. A dimensão experiencial foi sempre relevante para a parteira na aquisição daquilo a que Claude Dubar chama os «saberes profissionais», isto é, os saberes que conduzem as pessoas a interiorizarem submundos especializados, com as suas receitas e procedimentos específicos, no âmbito da socialização secundária. Esta requer alguma formalização, nomeadamente, «um processo institucional de iniciação» que implica socializado e socializadores, para além da aquisição de técnicas especiais

³⁴ SILVA, Tomaz Tadeu da; MOREIRA, António Flávio – *Currículo, Cultura e Sociedade*. São Paulo: Cortez Editora, p. 7-37.

³⁵ SILVA, Tomaz Tadeu da; MOREIRA, António Flávio – *Ob. cit.*, p. 7-37.

³⁶ Na verdade, «pensar o currículo é pensar como actua e interactua um grupo de pessoas em certas situações», diz GRUNDY, Shirley – *Producto o praxis del curriculum*. Madrid: Ediciones Morata, 1991, p. 21.

que assegurem a identificação com o futuro papel a desempenhar e de um «aparelho de conversação» que permita interpretar a realidade³⁷, aspectos que todos os modelos de formação das parteiras, dos informais aos mais formalizados, asseguraram.

Neste submundo especializado da parteira, uma das questões que suscita maior curiosidade é a forma como se articularam, ao longo do tempo, os saberes experienciais e os saberes teóricos que, sobretudo com o modelo escolar, vieram a ser contemplados na respectiva formação ou socialização secundária. Houve espaço social e institucional para que a parteira produzisse saberes teóricos, formalizando os saberes experienciais? Sabemos que, regra geral, não se verificaram essas condições, na medida em que os saberes tradicionais da parteira foram desqualificados pelo poder médico e se desenvolveram processos objectivos e intencionais para a transmissão de saberes originados no exterior – o campo médico (cirurgia e obstetria) - com vista à criação de competências científicas para a acção, ou seja, ao desenvolvimento de saberes teóricos e «saberes processuais».

Ora, como sublinha Gerard Malglaive, os saberes teóricos são fundamentais para fornecerem os meios racionais no desenvolvimento e na economia da acção, numa «relação de intervenção» sobre a prática:

O único efeito prático de um saber teórico é dar a conhecer, e não permitir fazer; dizer o que é e não o que deve ser. Por outras palavras, um saber teórico não é normativo: não indica nada das finalidades que a acção deve perseguir, como também não determina em si mesmo os meios de a atingir. Mas, porque dá a conhecer as leis da existência, de constituição, de funcionamento do real, o saber teórico permite agir com toda a clareza, isto é, permite ajustar de maneira muito precisa as intervenções práticas sobre a realidade, prever os seus efeitos, o seu sucesso ou o seu insucesso, fixar as suas condições e os seus limites de validade e, portanto, garantir que determinada acção terá um dado resultado e não outro. O *saber teórico* é, portanto, o fundamento indispensável da eficácia dos saberes que regulam a acção: os *saberes processuais*³⁸.

A partir da institucionalização da sua formação nas escolas médicas, a ausência de saberes teóricos aprofundados na formação da parteira (bem como a inexistência de condições para a sua produção) constituiu o argumento médico recorrente para se determinarem limites à sua acção. Na verdade, na transmissão de saberes teóricos e processuais ministrados pelos médicos nos cursos de partos, bem como na regulamentação da licença para o exercício da actividade, era-lhe imposto como

³⁷ DUBAR, Claude - *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 96-97.

condição para o exercício que, perante as complicações obstétricas, chamasse quem possuísse saberes teóricos e processuais mais refinados - o médico ou cirurgião.

Historicamente, diz Malglaive, a produção teórica deriva da prática, da acção do homem sobre o mundo no confronto com as suas reacções, como ponto de partida para a acção reflexiva, embora do real e da sua complexidade o homem só retire as dimensões pertinentes para a acção a empreender. Daí que a produção da teoria se tenha de desprender da prática, de se autonomizar, assumindo-se como «totalmente do mundo simbólico», regido por leis próprias. Nos dois domínios, teórico e prático, a experiência surge então como fundamental, mas «para a acção a experiência constitui a soma dos conhecimentos que permitem descobrir os meios de intervenção sobre o real próprios para assegurar o sucesso», enquanto «para a teoria a experiência é experimentação, actualização de uma teoria já existente sob a forma de um corpo de hipóteses». Daí a diferença de sentido entre teoria e prática, pois que esta, obedecendo a uma lógica de sucesso, «está repleta de todas as preguiças, de todas as rotinas, de todas as repetições, à semelhança do que *resultou*», não procurando apresentar razões, mas provas; já a teoria, que obedece a uma lógica de insucesso, de experimentações para demonstrar a sua «falsificabilidade», «está repleta de suspeições, de descobertas de 'pontos fracos', de críticas»³⁹.

Mas, com Malglaive, reconheceremos ainda que a «teoria não diz tudo do real», que «ignora certas características da acção», emergindo para lá dos saberes teóricos e dos saberes processuais, os «saberes práticos», directamente resultantes da acção, da experiência sobre o real, preenchendo espaços que os outros tipos de saberes não contemplam. Estes saberes práticos desenvolvem-se nomeadamente em ambientes de acção colectiva e em situações de «co-acção», uma vez que «agir é também inserir-se no funcionamento social e os procedimentos da acção obedecem a regras e condições que não incidem somente sobre a transformação do real mas também sobre as modalidades da organização social desta transformação, sobre as relações com outrem». Assim, «o saber da acção aparece, portanto, como o saber de uma situação complexa em que intervém não só o conhecimento do real sobre o qual opera a acção como também o do sistema sociotécnico em que se realiza», isto é, não deriva apenas das competências disponíveis, mas também das interacções com o objecto, os meios,

³⁸ MALGLAIVE, Gerard – *Ensinar Adultos. Trabalho e Pedagogia*. Porto: Porto Editora, 1995, p. 70.

³⁹ MALGLAIVE, Gerard - *Ob. cit.*, p. 73.

a organização e os parceiros de trabalho⁴⁰. A acção decorre sempre de forma complexa: não raro, os detentores de saberes teóricos e processuais entram em conflito no quadro dos saberes práticos. Esta situação observa-se com frequência em meios obstétricos, gerando conflitualidade (nomeadamente entre parteiras e médicos, muitos vezes a propósito do momento e forma da intervenção obstétrica, no contexto hospitalar, no âmbito da divisão do trabalho e do *status* profissional)⁴¹.

A expressão popular «saber-fazer» conglomera esta realidade múltipla das diversas dimensões do saber, configurando-se como «uma competência global, um ‘ofício’ ou destreza num domínio mais ou menos amplo da prática humana», que se desdobra na capacidade de produzir actos humanos apreendidos e experimentados, apresentando um princípio e um fim, uma trajectória assente em «princípios de coerência»⁴².

Na conjugação dos vários tipos de saber, quando se procura a eficácia de cada acto particular através do domínio dos procedimentos, surge a necessidade de formação, pela qual os saberes teóricos e processuais devem ser «transmitidos a partir do imenso reservatório de saberes acumulados pela história da humanidade: o mundo simbólico», não limitando o indivíduo à situação local, ao vivido, mas abrindo-o à «totalidade do mundo tal como é conhecido e concebido»⁴³. O modelo escolarizado, com os seus manuais e práticas de normalização dos saberes, assegura esta dimensão.

Embora apenas implícito, a um nível inicial, o conceito de currículo pode, pois, ser assimilado a um processo intencional com vista à produção de uma determinada realidade em termos de formação e de objectivos profissionais. Dessa forma, ajudamos a circunscrever as formas de apreensão da dinâmica que se desenvolve entre intenção e realidade, nas redes em que são envolvidos os actores históricos. Se seguirmos Herbert Kliebard⁴⁴, podemos dizer que a teoria do currículo surgiu, na verdade, como uma resposta à necessidade de pensar previamente a prática do ensino,

⁴⁰ MALGLAIVE, Gerard – ob. cit., p. 77.

⁴¹ Mas também entre os próprios médicos. Veja-se a conflitualidade entre obstetras e pediatras e a dificuldade de afirmação e intervenção destes na área de neonatologia, nas maternidades, por oposição daqueles. FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 409. Ou os conflitos entre os médicos do hospital e os da Faculdade, nos hospitais universitários. CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1993, p. 246

⁴² MALGLAIVE, Gerard – *Ob. cit.*, p. 79-82.

⁴³ MALGLAIVE, Gerard – *Ob. cit.*, p. 99.

⁴⁴ Cf. KLIEBARD, Herbert - *Teoria del curriculum: pongame un exemplo*. SACRISTAN, J. G. , *La Enseñanza: su Teoria e su Pratica*. Madrid: Narcea, 1977.

sendo, portanto, uma forma de atenção sistematizada, que procura responder a questões de sempre, implícitas ou explicitadas:

- O que ensinar? Como justificar a selecção que se produz na escolha de umas matérias e no esquecimentos de outras?
- A quem ensinar? O que se ensina a quem? Ou seja, como se relacionam os tipos de conhecimentos com a divisão do trabalho?
- Qual o efeito do estudo de um campo do conhecimento, considerando não só as competências mas também as alterações das formas de pensar?
- Como se interrelacionam as diferentes componentes do currículo?

Deste modo, a teoria do currículo é sempre uma análise mais ou menos sistemática de um conjunto de conceitos relacionados, com vista a estabelecer uma inteligibilidade e fornecer eficácia ao acto pedagógico. Encarar o currículo na perspectiva histórica ou genealógica de um grupo profissional consistirá, então, em «recuperar os padrões complexos de estruturação e distribuição do poder que influenciam a forma de seleccionar, classificar, transmitir e avaliar o saber», relacionando-se, assim, o currículo, o Estado, a sociedade e os organismos com interesses nas consequências sociais da prática profissional em causa⁴⁵.

Movendo-se entre dispositivos de formação concebidos externamente, as parteiras e, mais tarde, as enfermeiras-parteiras, foram submetidas a desenhos curriculares que, na sua diversidade, podem ser apreendidos à luz de algumas das análises acima expostas. Note-se ainda que o modelo escolarizado contemplou submodelos que se configuravam como uma formação bi-etápica, em que, a certa altura, surgiu como pré-requisito para o curso de parteira a formação de base em enfermagem e alguns anos de experiência profissional em contexto hospitalar, acentuando a sua localização no submundo paramédico e nas suas rotinas. Este aspecto não se poderá esquecer, pelo seu efeito cumulativo, na nova formação das parteiras, enquanto componente curricular que se pressupõe adquirida. Para os tempos mais recentes, se a ideologia do «cuidar», desenvolvida pela enfermagem, pode criar alguma ilusão de autonomia, a verdade é que os procedimentos obstétricos e seus enquadramentos, específicos da especialização em obstetrícia ou saúde materna,

⁴⁵ Seguimos as posições de GOODSON, Ivor; DOWBIGGIN, Ian – *Cuerpos dóciles – aspectos comunes de la historia de la psiquiatria y de la enseñanza*. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la educación. Disciplinas y saber*. Madrid: Morata, 1993, p. 107.

ajustam-se às culturas obstétricas dominantes e derivam directamente do saber médico.

Assim, as diversas posições sobre o currículo ajudam-nos a compreender e a questionar a trajectória verificada na formação das parteiras, na sua operacionalidade local e na apreensão dos sentidos do seu acto profissional, quer na fase em que a sua formação se originava exclusivamente (ou quase) por via experiencial⁴⁶, quer posteriormente através das configurações do modelo escolarizado.

Emergência de um grupo profissional

Os dispositivos de formação instituídos pelo Estado moderno foram fundamentais para a estruturação dos grupos profissionais, não só para a atribuição de competências que visavam determinadas funções sociais, como para a promoção de princípios de deontologia profissional e para a afirmação das «éticas de desinteresse». Estas impregnam normalmente as retóricas profissionais, ancoradas precisamente na assunção, pelos grupos profissionais, das funções de interesse geral que desempenham, reconhecidas e delegadas pelo Estado. Assim, a relação do Estado com o desenvolvimento científico sempre foi decisiva para a institucionalização das profissões, ou seja, para a sua legitimação, de acordo com a procura social em cada momento histórico: «a emergência das profissões como especialidades ao serviço do Estado e do seu projecto de controlo do espaço e da sociedade apoia-se desde a origem sobre o desenvolvimento das ciências e das técnicas, que simultaneamente estabelecem as competências necessárias para esse controlo e asseguram a sua legitimidade»⁴⁷.

Na especificação de competências profissionais e seus reajustamentos, os modelos de formação e as suas instituições ocupam um lugar central. A formação contribui para definir conteúdos, qualidade e nível dessas competências, bem como ajuda a delimitar as fronteiras dos saberes e a promover a estruturação das identidades profissionais, podendo ainda surgir como uma fonte de distinção social e de legitimação de privilégios. Para além da formação, as instituições escolares também

⁴⁶ LANDRY, Francine – La Formation Expérientielle : origines, définitions et tendances. *Education Permanente*, nº 100/101 (1988), p. 13-22.

⁴⁷ LONGUENESSE, Elisabeth – État, Institutions, Pouvoirs et Professions Libérales – Introduction. LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.127-145.

atribuem títulos, com o grau académico, sobretudo o de nível universitário, a conferir mesmo uma aura aristocrática.

Desta forma a autonomia da profissão passa sempre pelo controlo da respectiva formação e, por isso, este aspecto atravessa todas as estratégias de profissionalização, através de comportamentos que mimetizam as configurações das «profissões estabelecidas», ou seja, as que apresentam as características de «licença» e «mandato»⁴⁸ e que, em consequência, apresentam um mais elevado estatuto e ocupam o topo da divisão social do trabalho. O exemplo da enfermagem, para o caso francês, tal como foi mostrado por Isabelle Feroni e Elisabeth Longuenesse, é ilustrativo desta situação: as respectivas escolas, depois de controladas pelas enfermeiras-docentes, procuram desenvolver uma estratégia de «substituição da concepção técnica da actividade, baseada na dependência do poder médico, por uma definição a sustentar na autonomia e na procura de saberes específicos, resultando daí duas concepções de identidade profissional, uma ligada ao 'ideal' da profissão, fundada em competências técnicas, enquanto que a outra valoriza um modelo de competências cognitivas e discursivas». Esta segunda posição, veiculada pelas enfermeiras-docentes, arrasta um novo sistema de valores, uma nova articulação dos saberes teóricos e processuais, considerando os autores que esta atitude procura a «transposição, para o seio de um grupo profissional específico, do sistema de valores dominante na sociedade, onde os saberes teóricos são considerados mais nobres que os saberes práticos ou técnicos»⁴⁹.

No domínio das hierarquias profissionais da área da saúde, como assinala Eliot Freidson, a medicina surge como o modelo profissional por excelência, enquanto tipo especial de actividade que ocupou uma posição predominante na divisão do trabalho, que conseguiu o controlo sobre a determinação da essência do seu próprio saber-fazer, tornando-se autónoma, através da promessa de integridade dos seus membros, tanto pela adesão a um código ético (simbolicamente jurado) como pelo campo científico que corporizou. Das antigas áreas do saber universitário, a medicina foi a única que desenvolveu uma conexão sistemática entre ciência e tecnologia, vivendo um

⁴⁸ Conceitos de Everett C. Hughes, utilizados por ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles – *Da Oficina à Universidade. Continuidades e Mudanças na Construção da Profissão Farmacêutica*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, dissertação de doutoramento, 1999, p. 162.

⁴⁹ Longuenesse, Elisabeth – ob. cit., p. 143-144; FERONI, Isabelle – *La Professionnalisation des Infirmières en France: le cas de la formation initiale*. LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.181-183.

processo de transformação de «profissão erudita» em «profissão de consulta», o que a obrigou a demonstrar competência real e capacidade para solucionar problemas⁵⁰.

Em torno da profissão médica, da sua dominância profissional e do seu poder monopolista, se organizou uma hierarquia específica da área sanitária, na medida em que aquela profissão, recebendo um mandato do Estado, não só controlou o seu campo de acção como controlou as ocupações que Eliot Freidson designa de «ocupações paramédicas», enquanto «ocupações organizadas em torno do trabalho de cura e que são controladas fundamentalmente por médicos». São ocupações «cujas tarefas já foram noutros tempos consideradas prerrogativas do fazer diário dos médicos e, portanto, em termos estritamente técnicos, não se podem considerar como distintas das que realiza o médico»⁵¹. Entretanto, o médico assumiu uma parte da ampla divisão do trabalho interior à actividade e exerce o controlo sobre as restantes partes, pelo que estas integram aquilo que se pode considerar como a tecnologia do médico. Este controlo médico, segundo Freidson, manifestou-se de diversas formas:

- grande parte dos conhecimentos técnicos aprendido pelos paramédicos foi, em grande medida, descoberto ou ampliado por médicos;
- as tarefas desenvolvidas pelos paramédicos tendem a assistir, mais do que a substituir, as tarefas centrais de diagnóstico e tratamento;
- os paramédicos geralmente são subordinados, sendo o seu trabalho realizado ante o pedido ou ordem dos médicos ou supervisionado por estes;
- o prestígio atribuído às ocupações paramédicas pelo grande público é menor do que ao atribuído aos médicos (embora se verifiquem hierarquias no interior dos paramédicos).

Freidson aplica, pois, o conceito de paramédicas às «ocupações que caíram ou foram arrastadas para a divisão do trabalho organizada profissionalmente» e não a outro tipo de actividades, como o ervanário, que seria considerada como «irregular». Ou seja, as «ocupações paramédicas» não são apenas «parte de uma divisão do trabalho diferenciada tecnologicamente, mas sim, e isto é o mais importante, parte de uma divisão do trabalho organizada em torno de uma profissão dominante central e controlada por ela mesma»⁵². Neste contexto, a formação, sob controlo da medicina e à luz dos seus princípios científicos, tornou-se um dispositivo fundamental na criação

⁵⁰ FREIDSON, Eliot – *La Profésion Médica*. Barcelona : Ediciones Península, 1978, p. 21-38.

⁵¹ FREIDSON, Eliot – *Ob. cit.*, p. 61-62.

⁵² FREIDSON, Eliot – *Ob. cit.*, p. 63.

do campo paramédico, no sentido de adequar a funções de auxílio e dependência, mas no qual se desenvolvem também hierarquias internas segundo a duração e o tipo de formação: «quanto mais larga, mais formal e mais próxima seja da universidade, mais alta será a sua posição na divisão do trabalho (...) daí se deduz que, quanto mais alta é a posição, maior há-de ser o investimento de tempo e energia dedicados à aprendizagem, o recrutamento será menos fortuito e, por tanto, maior o compromisso com a ocupação», diz Freidson. Este autor ilustra a sua afirmação com o caso da enfermagem, que considera exemplar, desde que se ultrapassou a fase da caridade cristã e se adoptou o modelo de organização enunciado por Florence Nightingale, em 1860⁵³. Embora com percursos inicialmente distintos, de que forma a ocupação de parteira veio a convergir com a enfermagem, inscrevendo-se na configuração paramédica teorizada por Freidson? Eis um desafio que estas posições nos colocam face ao nosso campo de investigação.

Importa dizer, ainda de acordo com Freidson, que a expressão «paramedicalização» procura representar mais do que uma mera divisão de trabalho ou diferenciação funcional, tentando cobrir um processo considerado único entre as profissões, pois implicou uma integração de ocupações (umas antigas, outras recentes) que passaram a girar em torno da profissão médica, que é reconhecida como dominante, desde que a medicina se tornou uma «arte liberal» no contexto da organização universitária medieval⁵⁴. Desenvolveu-se, segundo Freidson, um processo que se articulou com o funcionamento dos grémios corporativos nas cidades e com a modernização da universidade, mas que se afirmou sobretudo na sociedade industrial. Foi a cidade que proporcionou a densidade populacional adequada para as especialidades exclusivas, enquanto a organização corporativa forjou as identidades profissionais e a fixação dos direitos de exclusividade e de controlo do exercício da actividade. O ensino universitário coroou este posicionamento da medicina com a aura de ciência e de erudição que fomentava. Mas, depois de séculos de indefinição e de instabilidade hierárquica, só no «século XX a profissão médica foi finalmente capaz de estabelecer um mandato seguro para prover o serviço central sanitário»⁵⁵, que se tornou o eixo central das actividades médicas e paramédicas.

⁵³ FREIDSON, Eliot – *Ob. cit.*, p. 68.

⁵⁴ ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles – *Ob. cit.*, p. 162.

⁵⁵ FREIDSON, Eliot – *Ob. cit.*, p. 64-66.

Assim, a afirmação de uma ocupação pode projectar-se no tempo através de um triplo «processo de diferenciação, de normalização e de profissionalização»⁵⁶, que só pode desenhar-se na longa duração. Esse foi o processo que ocorreu nas áreas da saúde, cujas artes, durante muito tempo, se cruzavam com misticismos e religião, para depois se estruturarem em torno de organizações de ensino ou profissionais ou mesmo beneficiarem de pressões ou modelos de organizações internacionais. E, assim, a medicina passou a representar um modelo de referência, pelas características de que se revestiu o seu processo de profissionalização e pela posição de monopólio da arte de curar que alcançou no mundo ocidental, aspectos que Didier Fassin atribui a um duplo mecanismo:

por um lado, o crescimento de conhecimentos nos domínios da biologia e da fisiologia assegura à medicina uma posição cada vez mais legítima no seio das instâncias sábias, nomeadamente das Universidades; o desenvolvimento das tecnologias de laboratório e de clínica confere-lhe uma imagem de prática científica; enfim, os resultados das terapêuticas, nomeadamente a partir das descobertas de Pasteur e de Koch, atestam uma verdadeira eficácia; o conjunto destas condições estava reunido no final do século XIX e a credibilidade de que usufrui neste momento a medicina permite-lhe tornar-se uma profissão autónoma. Necessárias, estas condições não são entretanto suficientes. Por que, por outro lado, para que ela aceda a esse estatuto, era-lhe preciso descartar-se dos ofícios que estão em concorrência com ela, tal como os curandeiros, as matronas, os boticários, os barbeiros, os curas igualmente, e mesmo mais tarde os oficiais de saúde, o que ela consegue através de processos contra estes rivais menos legítimos e por intervenções junto dos poderes públicos; é-lhe ainda preciso anexar outras actividades que intervêm também nos cuidados, como as das enfermeiras, das parteiras e dos farmacêuticos, assegurando definitivamente a sua autoridade sobre estas actividades; ela impõe que a sua competência seja reconhecida por um diploma e por códigos oficiais; ela organiza-se, o que faz através de guildas e associações, sociedades de sábios e uma ordem profissional. Dito de outra maneira, é ao cabo de uma verdadeira luta pelo poder que os médicos conseguem constituir-se em profissão e usufruir de um estatuto de autonomia. A relação entre o poder e o saber tem assim um duplo sentido. Na ausência de benefícios efectivos e averiguados que a sociedade pudesse esperar da sua arte, é pouco provável que os médicos tivessem conseguido atingir a posição que é a sua. Pelo inverso, na falta de uma real mobilização dos próprios práticos para conquistar essa posição, as suas qualidades e competências, por si sós, provavelmente não teriam sido suficientes »⁵⁷.

Ora uma abordagem sobre a actividade profissional da parteira obriga a que se tenha em consideração este processo de recomposição sucessiva das áreas de trabalho sanitário em torno da medicina (que toca todas as ocupações da área, ainda que em

⁵⁶ FASSIN, Didier – *L'Espace Politique de la Santé. Essai de Généalogie*. Paris: PUF, 1996, p. 158.

grau diferente e em cronologia diversa), de forma a percebermos as recomposições inerentes ao seu processo de construção sócio-histórica. Esta perspectiva de abordagem da categoria sócio-profissional de parteira, enquanto referência colectiva, arrasta consigo outro problema metodológico para o qual Luc Boltanski nos adverte, quando fala da necessidade objectiva de definir a população de estudo e sua limitação, tendo em conta que o mesmo nome colectivo pode ocultar uma diversidade interior tanto mais significativa quando nos reportamos a um tempo longo. Outra advertência de Boltanski dirige-se para a atitude frequente de se tomar como objecto de pesquisa o nome usual de uma ocupação e as suas representações comuns, racionalizando-o no âmbito da evolução técnica e da divisão do trabalho, procurando assim a «substância atrás do substantivo», quando a divisão do trabalho não se inscreve na ordem social «senão através da mediação de sistemas simbólicos onde se exprimem de forma explícita as divisões entre grupos e entre classes». Essa mediação, com tradução na linguagem, em representações ou taxinomias, desenvolve-se através de conflitos, que revelam não ter a técnica um «estatuto de exterioridade em relação ao social», dando lugar a jogos de classificação e de desclassificação, de inclusão e de exclusão. Na linha de Boltanski, o esforço de compreensão de uma categoria profissional compreenderá, pois, uma via de desconstrução (pela análise crítica, pondo em causa a aparência natural com que o grupo se apresenta ou é apresentado) e uma via de reconstrução, reconstituindo-se a história dessa categoria «não como uma coisa mas como o produto objectivado de uma prática», nomeadamente através do trabalho simbólico que envolveu a produção do grupo profissional, incluindo a doutrina que a fundamentou. Reportando estas questões para a problemática inerente à parteira (nas suas diversas designações), podemos aplicar ainda a concepção de Boltanski, quando se refere ao aparecimento de um grupo sócio-profissional que, aparentemente, pode apresentar-se como novo, mas que se revela quase sempre como o «produto de uma reorganização estrutural de longa duração exercendo-se simultaneamente sobre propriedades subjectivas e sobre representações», pois os grupos pré-existentes redefinem-se, agregam-se e desagregam-se em novas configurações, entrando em novos arranjos mas conservando alguma coisa das suas antigas propriedades e do seu antigo destino⁵⁸.

⁵⁷ FASSIN, Didier – *Ob. cit.*, p. 159-160.

⁵⁸ BOLTANSKI, Luc – *Les Cadres. La Formation d'un Groupe Social*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1982, p. 47-59.

Também a observação de Claude Dubar relativa às dificuldades de análise dos grupos profissionais que derivam, desde logo, da ordem lexical, quando os «mesmos fenómenos ou realidades similares não são sempre designadas pelas mesmas palavras»⁵⁹, aplica-se por inteiro à actividade de parteira. Na verdade, encontrámos esta actividade atribuída a diferentes referências ocupacionais, em função de alterações não só de enquadramento organizacional como também a diferentes leituras ideológicas do respectivo papel profissional. Originária de um espaço de domesticidade, a ocupação de parteira revela-se inicialmente incaracterística e difusa nos cenários femininos. Mas um novo tipo de parteiras emergiu depois, no âmbito dos mecanismos corporativos, como grupo profissional com alguma especificidade, sujeito a diversas reconfigurações. Tornando-se uma actividade específica da área sanitária, uma «arte de curar» na nomenclatura histórica, a ocupação de parteira nunca proporcionou, porém, representações identitárias que lhe conferissem um estatuto de «profissão», capaz de participar activamente na construção da sua própria realidade social. A parteira viu-se, então, submetida a um processo de integração ambígua ou sujeitada, em face da nova ordem emergente na área da saúde, estruturada em torno da medicina e dos «processos de fechamento social» a ela inerentes que, promovendo a «reserva do mercado para um grupo restrito», desenvolveram a «exclusão real e potencial»⁶⁰ de uns e a paramedicalização de outros.

Quer-nos parecer que essa componente de dependência propiciou a convergência da actividade de parteira com a de enfermagem, desfazendo-se institucionalmente as ambiguidades que a primeira ainda poderia suscitar, na medida em que se remeteu para uma área claramente paramédica: a enfermeira-parteira corporiza essa nova configuração. Isso aconteceu quando para se ser parteira passou a ser indispensável usufruir previamente desse estatuto, através da exigência do curso de enfermagem como pré-requisito para aceder à formação veiculada pelo curso de partos. A enfermeira-parteira, com uma formação dupla, ministrada sob a luz da medicina científica, passou a dar maiores garantias de características paramédicas, ou seja, de funcionar no âmbito do normativismo médico, sem se configurar como profissão

⁵⁹ DUBAR, Claude - Les Objectifs et Problèmes d'une Sociologie des Groupes Professionnels Aujourd'hui. LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.377-383.

⁶⁰ ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles da - *Da Oficina à Universidade. Continuidade e Mudanças na Construção da Profissão Farmacêutica*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (dissertação de doutoramento), 1999, p. 158.

autónoma⁶¹. É certo que a enfermagem, numa linha mimética, vem desenvolvendo muito recentemente algumas estratégias de profissionalismo, que parecem apontar para um desejo de autonomia, num processo complexo porque se desenvolve sempre em referência a uma profissão dominante - a medicina⁶². Neste contexto, o modelo do profissionalismo invocado assume essencialmente um efeito galvanizador, socialmente prestigiante, ajudando a atrair para o grupo profissional pessoas mais qualificadas e melhor colocadas socialmente. Na verdade, durante muito tempo o recrutamento para a enfermagem, como para outras actividades paramédicas, foi difícil em todos os países, levando Eliot Freidson, a afirmar que o das «enfermeiras é um exemplo bem documentado dos problemas de recrutamento e da formação das ocupações paramédicas»⁶³.

Não nos preocuparemos muito com esta linha de investigação em torno da profissionalidade, com raízes na tradição da sociologia inglesa e norte-americana. Num sentido mais abrangente se utiliza na tradição 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 e desconstrução. Neste sentido, define «grupos profissionais» como constituindo «processos dinâmicos que têm uma história e que apresentam variações e diversidade segundo os campos sociais, as condições de emergência, os modos de construção, de legitimação e eventualmente de institucionalização». Como construção histórica, cada profissão implica exercícios de

⁶¹ Sobre o conceito de profissão, cf. RODRIGUES, Maria de Lurdes - *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

⁶² Como lembra Freidson, o profissionalismo, enquanto «variável relacionada com as profissões», pode ser «definido como um conjunto de atributos supostamente típicos dos profissionais», mas restritas a um conjunto de valores ou atributos pessoais, tais como o compromisso com a profissão, a dedicação ao paciente superior ao interesse pessoal, o alongamento da formação, etc.. Mas estes valores e comportamentos só por si não assumem as características estruturais que fazem da medicina uma profissão dominante, funcionam apenas como efeitos do mimetismo produzido por outras áreas ocupacionais subordinadas, dando o autor como exemplo a enfermagem. FREIDSON, Eliot - *Ob. cit.*, p. 82.

⁶³ FREIDSON, Eliot - *Ob. cit.*, p. 68.

análise comparativa, quer entre profissões, num dado momento, quer entre sociedades para a mesma profissão, quer entre a profissão em si ao longo da história⁶⁴.

Esta é uma posição mais flexível e adaptável ao tipo de trabalho a desenvolver, face aos tipos de percursos formativos e profissionais reconhecidos para as parteiras e para as enfermeiras-parteiras que evidenciam alguma complexidade. Nesta perspectiva, ao focalizarmos as «parteiras examinadas», na etapa corporativa das artes de curar, podemos vislumbrar um grupo profissional, com identidade de ofício, que se distingue de outras situações também recobertas pela designação de parteiras (as «curiosas»). Posteriormente, as parteiras formadas através de um curso de partos, ao convergirem, ao longo de um processo histórico de subordinação, com a enfermagem, passam a configurar-se como um sub-grupo, na medida em que se integram num grupo mais amplo (a enfermagem), que passou a constituir o seu campo de recrutamento e de enquadramento. Mas, na medida em que se posicionam como especialistas (numa primeira fase, informalmente) ajudam a complexificar o próprio campo da enfermagem, contribuindo para a estruturação de uma carreira profissional por etapas.

A pesquisa

Os vectores teóricos atrás referenciados assinalam os principais caminhos de interpretação que seguimos nesta investigação. Procurámos conjugá-los com os contextos sócio-históricos e com a selecção de factos e acontecimentos fornecidos pela documentação analisada e considerada pertinente para a elaboração da narrativa que a dissertação constitui, desenvolvida em torno das parteiras, dos saberes obstétricos e dos modelos de formação subjacentes. Debruçando-nos essencialmente sobre aspectos institucionais, fazemos apelo a uma diversidade de perspectivas que se ancoram na nossa história pessoal, onde a enfermagem de saúde materna e obstétrica e as ciências da educação surgem como eixos-base de formação que nos habituaram a produzir abordagens sucessivas e pluridisciplinares como esforço para uma maior aproximação ao conhecimento da realidade.

⁶⁴ LUCAS, Ivette - Introduction: Qu'est-ce qu'une sociologie des groupes professionnels?. LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994, p.11-26.

Numa linha foucaultiana, podemos considerar que as instituições sociais «são constituídas por e através de discursos, que engendram o denso tecido de textos falados, escritos e simbólicos das burocracias institucionais (isto é, políticas, documentos curriculares, formulários) e seus ubíquos encontros face a face», como explica Alain Luke. Estas construções discursivas actuam como «tecnologias de poder institucional» e como «tecnologias do eu», ou seja, são «meios internos para a autodisciplina da acção, da prática e da identidade». Nesta perspectiva, a investigação assenta essencialmente na procura e na análise dos discursos institucionais e de personalidades individuais que contribuíram para moldar ou tornar visíveis identidades e práticas dos sujeitos e dos grupos. E dessa forma o trabalho apresenta-se, de alguma forma como uma «leitura» e uma «reescrita» de uma série de textos, na medida em que «qualquer dado de campo encontrado precisa de ser tratado como um texto a *ser lido*, sujeito a interpretação». Na interpretação, o exercício de desconstrução, pela análise crítica dos discursos, procurará mostrar o seu funcionamento ideológico, ou seja, evidenciar o uso do discurso no sentido de «fazer com que relações assimétricas de poder e retratos textuais particulares de mundos biológicos e sociais pareçam senso comum e naturais»⁶⁵.

Essa desconstrução operada sobre os textos procura verificar a forma como as instâncias do poder representam e contribuem para produzir a realidade, mas também tenta delimitar o contexto de produção e circulação do discurso, tacteando ainda a «tradição selectiva» dos textos, ou seja, sublinhando aquilo que enfatizam e aquilo que negligenciam ou escondem, conferindo-se assim espaço ao «não dito»⁶⁶. Este último aspecto é neste trabalho importante, pois ao estudarmos as parteiras deparamos com um grupo profissional historicamente desprovido, até muito tarde, de capacidade de elaboração escrita, não nos deixando portanto textos da sua própria construção, limitando drasticamente o nosso acesso à respectiva retórica profissional para os tempos mais afastados. Tivemos, assim, que recorrer a textos de origem médica ou do poder institucional (também médica ou com grande influência médica) que, obviamente, fornecem representações sobre o «outro», neste caso a parteira, o que se torna, desde logo, limitativo. Por exemplo, focalizam mais o que a parteira não pode

⁶⁵ LUKE, Alain – Análise do Discurso numa Perspectiva Crítica. HYPÓLITO, Álvaro Moreira; GANDIN, Luís Armando (orgs.) – *Educação em Tempos de Incertezas*. Lisboa: Didáctica Editora, 2003, p. 83-98 (86-87).

⁶⁶ CARLSON, Dennis; APPLE, Michael W. – Teoria Educacional Crítica em Tempos Incertos. HYPÓLITO, Álvaro Moreira; GANDIN, Luís Armando (orgs.) – *Ob. cit.*, p. 11-51.

fazer, isto é, circunscrevem frequentemente os limites e os interditos do seu campo de acção e deixam na sombra aquilo que realmente ela faz. Diz-se o que ela deve ser ou fazer, mas só se descreve a sua acção episodicamente quando infringe os normativos estipulados e/ou esperados, o que pode suscitar um sentido de desvalorização e desqualificação. Por outro lado, foi nesses textos que conseguimos propostas e normas de ordenamento do sistema sanitário e o lugar atribuído à parteira, que aprendemos as políticas de saúde em geral e para áreas específicas ou que captamos alguns planos de estudo destinados à formação de parteiras.

De qualquer modo, com o objectivo de apreendermos os discursos desenvolvidos em torno das parteiras e seus sucedâneos no domínio dos sucessivos modelos da sua formação, desenvolvemos uma pesquisa de natureza documental. Essa pesquisa desenrolou-se em bibliotecas e arquivos públicos e privados, tendo em conta a produção textual em que a referência a parteira, partos, maternidade e palavras-chave afins fossem utilizadas ou abordadas de forma explícita ou implícita. Em complemento, foi ainda possível ouvir algumas protagonistas de uma dada época histórica – a relativa à formação desenvolvida no âmbito das Escolas do Instituto Maternal (nas décadas de 1940-60). Inicialmente a audição assumia um carácter exploratório, para nos apercebermos de uma maior variedade de problemas vividos nesse tempo, mas, numa segunda fase, decidimos optar pela gravação de entrevistas semi-estruturadas, orientadas por um guião-prévio em torno das representações do modelo de formação respectivo, com o objectivo de serem utilizadas no texto, dando assim voz a antigas alunas daquelas instituições e acrescentando mais um tipo de leitura sobre aquela realidade formativa, para além das fontes documentais a que tivemos acesso. Desta forma, agregando diversos tipos de documentação, se constituiu uma base documental que sustentou toda a análise de investigação, funcionando como um «texto» no qual procuramos ler o percurso sócio-histórico da parteira e os diferentes modelos de formação.

Na sequência de uma procura que se desenrola cumulativamente desde os nossos primeiros trabalhos sobre o tema no âmbito da licenciatura e do mestrado em Ciências da Educação, já lá vão cerca de doze anos, a pesquisa tocou essencialmente os seguintes domínios de busca:

- informação histórica geral;
- informação histórica no âmbito médico;

- legislação;
- manuais de ensino obstétrico;
- dissertações médicas (Escola Médico-Cirúrgica do Porto);
- normativos (circulares, ordens, relatórios) sobre escolas;
- revistas médicas, de associações de parteiras e de enfermagem;
- revistas ligadas a instituições de assistência materno-infantil;
- documentação interna de instituições relativa a cursos de partos e escolas de enfermagem e de instituições de assistência que contemplaram a valência materno-infantil (Junta Distrital do Porto, Instituto Maternal e sua Delegação no Porto, hoje na Direcção Geral de Saúde);
- entrevistas de enfermeiras-parteiras-puericultoras (Instituto Maternal).

Sem entrarmos num descritivismo de minúcia relativamente à pesquisa documental (cujo conteúdo a listagem final de bibliografia e fontes inventaria), importa salientar aquilo para que Madeleine Grawitz nos avisa, ou seja, na pesquisa sobre a documentação escrita o «o documento não é estabelecido pelo investigador»⁶⁷, tendo de nos sujeitar às diversas formas como foram produzidos, organizados, armazenados e colocados à disposição do público. Daí decorrem limitações óbvias para a clarificação dos problemas levantados, em face da natureza fragmentária da documentação que se tornou possível recolher, tanto mais que (com a excepção das entrevistas) não foi produzida tendo em vista os objectivos desta investigação, como acontece na dita «pesquisa viva» em que o investigador adapta aos seus objectivos os instrumentos técnicos (Grawitz).

Na consciência deste problema, a construção da base documental procurou seguir as linhas de enquadramento institucional que nos permitissem apreender os contextos históricos em que se desenrolou a formação da parteira, de forma a desenhar os cenários em que assumiu as funções de actor, tentado vislumbrar a sua evolução em cena, ou seja, a relação entre a sua eventual procura de um papel e a atribuição dos papéis que as instituições lhe outorgaram. Nesta perspectiva, as linhas de levantamento de informação foram, fundamentalmente, as seguintes:

- Apoio de obras teóricas para uma análise sócio-histórica dos problemas relativos a instituições e actores, currículo e saberes e sociologia das

⁶⁷ GRAWITZ, Madeleine – *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris: Éditions Dalloz, 1993, p. 503-504

profissões e dos grupos profissionais, bem como obras de metodologia de investigação, de forma a promover e situar as interrogações da pesquisa;

- Informação histórica sobre partos, parteiras e enfermeiras-parteiras, bem como sobre cultura obstétrica em geral, com base em manuais de obstetrícia, histórias da medicina, revistas da medicina de informação sanitária, revistas de enfermagem, revistas de assistência social (umas científicas, outras boletins institucionais), história geral, além do levantamento de cerca de duas centenas de teses médicas nos reservados da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Legislação sobre partos, parteiras e temáticas afins, com base nas publicações oficiais (*Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Diário do Governo*, e ainda algumas publicações de índole histórica para a documentação mais antiga, por exemplo, os *Arquivos de História da Medicina*, dirigidos por Maximiano de Lemos).
- Levantamentos de registos relativos aos cursos de parteiras da antiga Escola Médico-Cirúrgica, no Museu de História da Medicina 'Maximiano de Lemos', bem como levantamentos mais pontuais no Arquivo do Governo Civil do Porto (registos de alvarás de casas de partos), hoje no Arquivo Distrital, e Arquivo Histórico Municipal do Porto – Casa do Infante (registos de cartas de parteira);
- Pesquisa documental em Escolas de Enfermagem do Porto e outras instituições que ministraram ensino obstétrico (Maternidades Júlio Dinis e Dr. Alfredo da Costa, Escolas de S. João e Cidade do Porto), que se revelaram muito exíguas, bem como junto de antigas alunas e docentes, algumas das quais guardam ainda documentação diversa relativa aos seus cursos, que nos disponibilizaram. Uma palavra especial para a pesquisa junto da Direcção Geral da Saúde, cujos fundos documentais relativos ao Instituto Maternal estão ainda empacotados numa cave e por isso inacessíveis, embora a sua biblioteca fosse fundamental para a leitura de algumas revistas e relatórios;
- Pesquisa bibliográfica de enquadramento geral, guiada pela história geral, mas descendo a documentação mais precisa, aí indicada, sobre os temas, de que são exemplo as leituras de alguns textos de Luís António Verney e Ribeiro

Sanches, de encíclicas, ou os textos sobre assistência (fundamental o Boletim da Assistência Social pela inúmera documentação apresentada).

Com base na documentação recolhida, desenvolvemos uma investigação cronologicamente balizada entre o século XV (altura em que referenciamos os documentos institucionais mais antigos relativos à função de parteira) e o terceiro quartel do século XX, mais precisamente até 1974, data que marca a emergência de novos problemas e também de novas formas de os colocar e resolver, mas que começaram a ser vividos por nós, enquanto estudante de enfermagem geral desde 1973 e depois como profissional e docente. Por essas razões, 1974 pareceu-nos um marco cronológico satisfatório para delimitar o final da investigação, para evitar uma maior aproximação e implicação da nossa parte, *handicap* que, porventura, mesmo assim não teremos conseguido evitar de todo ao longo do trabalho, dado o processo de identificação que nos envolve profissionalmente com a enfermagem de saúde materna (actual sucedâneo da enfermagem obstétrica e da antiga enfermeira-parteira).

Ao longo da investigação, procurámos, pois, recuperar a história de um percurso profissional, visto essencialmente na sua dimensão formativa, desde a fase medieval, inserida na sistema dos ofícios corporativos, até aos impactos que a modernidade⁶⁸ (com as suas características de racionalização e de produção múltipla de saberes de base científica) trouxe à preparação para a actividade de raiz tradicional que a parteira representava. A longa espessura temporal permitiu-nos entrever de uma forma mais plurifacetada essa trajectória das parteiras e das enfermeiras-parteiras, na riqueza das suas diversas configurações, isto é, na teia das relações e de interdependências em que desenvolveu a sua acção e aquisição de conhecimentos. Procurámos, assim, esboçar a genealogia dos processos de formação e a emergência deste grupo profissional, produzindo-se uma dissertação que se estrutura, fundamentalmente, em duas partes, abordando-se em cada uma delas, sucessivamente, as problemáticas referentes à parteira e à enfermeira-parteira. Assim, a dissertação apresenta, sucessivamente:

- uma introdução, na qual são delineadas as interrogações gerais do trabalho e as opções teórico-metodológicas para a construção do objecto de estudo;

⁶⁸ POURTOIS, Jean-Pierre; DESMET, Huguette – *A Educação Pós-Moderna*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999, p. 21-28. Cronologicamente, colocaremos a modernidade a emergir pelo século XVI, acentuando-se o seu impacto a partir do século XVIII. Mas, sublinhemos, o conceito de modernidade não procura estabelecer uma etapa cronológica, mas antes o processo de racionalização e cientificação que passa a envolver a leitura e o uso da realidade, numa ruptura com a tradição, com a qual coexiste e conflitua até aos dias de hoje.

- uma primeira parte relativa à parteira (século XV ao XIX), à formulação do seu campo de saberes e respectivas configurações formativas, cobrindo situações que vão desde a organização dos processos de companheirismo aos cursos de parteiras das Escolas Médicas, enquadrando uma actividade profissional destinada a ser essencialmente desenvolvida no seio familiar, ao domicílio (mas não exclusivamente, pois já havia enfermarias hospitalares para partos);
- uma segunda parte dedicada à enfermeira-parteira (século XX), designação que só por si indicia uma formação dupla, enquadrada para um novo paradigma sanitário, dirigida progressivamente para a promoção da hospitalização do parto (ainda que se faça, conjunturalmente, a apologia do parto no domicílio), exigindo a inculcação de uma relação de trabalho dependente do médico;
- segue-se um conjunto de «considerações finais», onde se pretende equacionar algumas conclusões e traçar algumas linhas de força explicitadas ao longo do estudo;
- uma cronologia breve tem como objectivo situar o leitor no tempo, face à longa espessura temporal e, sobretudo, às múltiplas informações legislativas que mediarão o percurso histórico das parteiras e enfermeiras parteiras (particularmente no século XX).
- O espaço concedido à listagem de «bibliografia e fontes» regista as fontes documentais ou bibliográficas a que recorri, directa ou indirectamente, para a elaboração deste trabalho, que procurei apresentar tendo em conta, para efeitos de agrupamento, na medida do possível, a homogeneidade do *corpus* documental: manuscritos; publicações periódicas; legislação; teses médicas; bibliografia específica (os textos portugueses de referência directa a palavras-chave deste trabalho, tais como partos, parteiras, maternidades e afins), núcleo que algumas obras de pendor historiográfico consideram como «fontes impressas»; finalmente, a bibliografia geral, para contemplar obras nacionais ou estrangeiras (livros ou artigos, distinguidos pela forma de citação) que ajudam a cobrir em termos teóricos ou informativos as questões gerais levantadas ao longo do trabalho.

- Um anexo final permite conhecer o guião da entrevista e uma caracterização sumário do grupo entrevistado.

A intencionalidade expressa e o reconhecimento das circunstâncias de diversidade e de relação inerentes à produção profissional das parteiras levaram-nos à escolha do título que encabeça este trabalho – *Ajudar a Nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação* – com o objectivo de explicitar, de forma sintética, uma sequência processual, a partir da componente fundamental desta actividade, a relação de ajuda ao nascimento.

Agradecimentos

Resta ainda dizer que um trabalho de investigação deste tipo, em que se multiplicam perspectivas e pontos de apoio documentais e que representa, sobretudo, um trabalho de continuidade, tem várias dívidas de gratidão a múltiplas pessoas: desde profissionais de enfermagem, mais antigas na carreira, que se dispuseram a fazer relatos que nos abriram caminhos de investigação, até às pessoas que em arquivos e instituições nos ajudaram a descobrir materiais bibliográficos ou documentais ou ainda algumas colegas que se deram ao trabalho de ler versões iniciais do texto e produziram críticas pertinentes. Agradecemos particularmente às profissionais de enfermagem obstétrica, muitas delas já retiradas do serviço activo, que se disponibilizaram a conceder-nos entrevistas sobre os seus percursos de formação e de acção profissional e que surgem nesta tese referenciadas através de código, prática habitual para garantir o sigilo da informação. Não podemos esquecer a retaguarda familiar, desde a resignação da Sara e da Rita pelas ausências e indisponibilidades da mãe, até à colaboração do Jorge na pesquisa documental e nas críticas ao enquadramento histórico.

Na impossibilidade de referenciar todas as ajudas que aqui, globalmente, agradecemos, permitam-nos sublinhar ainda algumas contribuições determinantes.

Assim, queremos mostrar o nosso reconhecimento para com a Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, através da sua direcção, pela concessão de dispensa de serviço docente no âmbito de bolsa atribuída pelo PRODEP.

Não podemos esquecer também o privilégio de partilha de conhecimentos de que tivemos oportunidade de usufruir através do Programa de Doutoramento em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do

Porto, registando uma palavra de grande apreço para todos os docentes e colegas de curso, com quem aprendemos. Uma palavra especial de gratidão para o Professor Doutor José Alberto Correia pelo continuado estímulo ao longo do nosso percurso de formação em Ciências da Educação, desde os tempos da licenciatura. Finalmente, o nosso profundo reconhecimento à Professora Doutora Cristina Rocha, pela orientação desta dissertação, pelo fornecimento de apoio bibliográfico, pelo aturado trabalho de sucessivas leituras e formulação de múltiplas sugestões.

1ª PARTE

PARTEIRAS

E

CONFIGURAÇÕES FORMATIVAS

- do companheirismo aos cursos de partos

(séculos XV-XIX)

Do Regimento das Parteiras

Nenhua parteira podera usar do officio sem ser examinada pelo fisico da cidade. o qual achando que he para poder usar do dito officio lhe daraa hua certidão per elle assinada para em camara ser confirmada e lhe darem juramento para fazer verdade. do qual exame e certidão pagaraa ao dito fisico cincoenta reis e usando algua o dito officio sem a dita examinação e juramento do tronco pagaraa mil reis. a metade para as obras da cidade, e a outra para quem a accusar:

1 - Item toda a parteira tanto que chegar a molher que estiuer para parir saberaa della se estaa confessada e não estando a amoestara que o faça, e a parteira que esteuer com molher que não for confessada pagaraa a sobredita pena:

2 - Item toda a parteira seraa obrigada a tomar meudamente conta do tempo que a molher estaa prenhe para ver se he tempo de poder parir, e antes do tempo a não faraa parir pelo perigo que a molher corre em a fazer parir mais cedo. e fazendo o contrario pagaraa dous mil reis a metade para a cidade e a outra para quem a accusar:

3 - Item nenhua parteira se entremetteraa em caso em que tiver duvida mas diraa ao principal da casa que mande chamar hum medico ou cirurgião para conselho. e fazendo o contrario do tronco pagaraa dous mil reis pela sobredita maneira.

Livro dos Regimetos dos Officiaes Mecanicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lixboa (1572).
Publicado e prefaciado por Vergilio Correia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926, p. 215-216.

A informação histórica diz-nos que o parto foi, durante milénios, um assunto exclusivamente feminino¹, em que algumas mulheres mais experimentadas, inicialmente num acto de solidariedade, ajudavam outras mulheres a parirem. Com o decorrer do tempo e a aprovação social de capacidades próprias nesse domínio, algumas dessas mulheres, terão sido reconhecidas em algumas comunidades como parteiras, alguém com vocação e/ou ocupação específica.

Indiciando já alguma organização dessa ocupação, em Roma, a deusa Lucina surgia como a invocação mitológica que, com a sua luz, guiava e dava cobertura a essa ocupação detida por algumas matronas, mães de família reconhecidas como hábeis e virtuosas. Como refere Jacques Gélis, até ao século XVIII, o parto não se concebe sem parteira, essa mulher de saberes práticos, «vinda do fundo dos tempos, herdeira de pequenos segredos e do toque de mão daquela que a precedeu»,

¹ CASTIGLIONE, Arturo – *História da Medicina*. 1º volume. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947, p. 203. RIBEIRO, Margarida – *Temas de Etnologia – Maternidade*. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.

confidente das suas companheiras, depositária da tradição². Personagem central da sua comunidade, com uma componente de sagrado, com autoridade moral, a sua função central, os seus poderes reais e simbólicos conduzem, segundo Gélis, a que outros, que usufruem uma parcela de poder, suspeitem dela, a controlem e vigiem. Foi o caso dos curas religiosos que, vendo nela uma concorrente junto das populações, a acusavam por vezes de magia e de feitiçaria. Daí a mudança de imagem tanto da tradicional «matrona» como da prática do parto, que se operou lentamente na Europa ocidental: «a matrona não desaparece, longe disso, mas é colocada sob vigilância, obrigada a justificar as suas intervenções, submetida a responder pelas suas palavras e seus actos». Numa primeira fase, esses condicionamentos derivam da Igreja e visam a defesa de valores religiosos e morais, numa segunda fase, é o Estado que, preocupado com a salvaguarda da população, se interessa pela «matrona», procurando assegurar essas funções por novas parteiras, com acrescidas qualidades profissionais, para evitar «o dizimar das mães e o massacre de inocentes»³.

A epígrafe com que se abre este capítulo, na sua expressividade documental, desvenda os inícios desse tempo novo que, também em Portugal, se perfilou ante a função de parteira. O serviço de apoio a mulheres em situação de parto passou a ser encarado como uma ocupação com sentido de «arte» ou «ofício», ultrapassando a dimensão familiar e local para ganhar um interesse colectivo, pelo menos segundo a óptica de alguns grupos determinantes na vida política e social. O ingresso na

² Embora a parteira se tenha afirmado no mundo ocidental (apesar da grande falta de assistência que sempre deixou muitas parturientes sozinhas) é importante reconhecer a diversidade de culturas obstétricas. A própria Bíblia nos dá um exemplo interessante (Livro do Êxodo, capítulo 1), quando refere, no episódio da perseguição aos hebreus, a ordem dada pelo faraó a duas parteiras, para que, quando observassem partos dos hebreus, matassem os rapazes e deixassem apenas viver as raparigas. As parteiras não cumpriram a ordem e, chamadas de novo ao faraó, justificaram: «Porque as mulheres dos hebreus não são como as dos egípcios: elas são vigorosas, dão à luz mesmo antes de chegar a parteira». *BÍBLIA Sagrada*. Lisboa: Difusora Bíblica, 1978, p. 85.

Também interessante pelo relativismo cultural é a descrição relativa às índias Tupinambás (Brasil): «Quando estas índias entram em dores de parir, não buscam parteiras, não se guardam do ar, nem fazem outras cerimónias, parem pelos campos e em qualquer parte como uma alimária; e em acabando de parir, se vão ao rio ou fonte, onde se lavam, e as crianças que pariram; e vêm-se para casa, onde o marido se deita logo na rede, onde está muito coberto até que seca o umbigo da criança; em o qual lugar o visitam seus parentes e amigos, e lhe trazem presentes de comer e beber, e a mulher lhe faz muitos mimos, enquanto o marido está assim parido, o qual está muito empanado para que lhe não dê o ar; e dizem que se lhe der o ar que fará muito nojo à criança e que se erguerem e forem ao trabalho, que lhe morrerão os filhos, e eles que serão doentes da barriga; e não há quem lhes tire da cabeça que da parte da mãe não há perigo; senão da sua; porque o filho lhe saiu dos lombos, e que elas não põem da parte mais que terem guardada a semente no ventre onde se cria a criança». MONCORVO FILHO – *Histórico da Protecção à Infância no Brasil, 1500 - 1922*. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica Editora, 1925, p. 21 (transcrição de texto original de Gabriel de Sousa).

³ GÉLIS, Jacques – *La Sage-femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, 1988, p. 17-19.

actividade passou a ser filtrado por alguns dispositivos, então próprios dos ofícios corporativos, que procuravam adequar e delimitar a função, num quadro de constrangimentos e possibilidades que derivava de uma lógica de repartição e controlo de espaços profissionais.

Importará, ainda que de relance, equacionar o sentido da lógica corporativa dos ofícios. Como lembram Dubar e Tripier, que tomam a França, como exemplo dos países da Contra-Reforma (que são também países de poder absoluto), toda a legitimidade de atribuição corporativa radicava no Estado, do qual todas as instituições derivavam, na medida em que «era considerado como o único garante da lei universal». O Estado corporizava-se no rei, enquanto mediador ou braço civil e militar de Deus na terra, segundo a teologia católica. Assim, o sistema corporativo, legitimado pelo poder real, correspondia à organização e coordenação dos diversos grupos profissionais, o que representaria uma transposição política do «modelo teológico do corpo místico», na representação então dominante em que a «coisa pública» era associada à configuração do corpo humano, de forma que os diversos órgãos se associassem a uma cabeça (o rei), numa hierarquia de estados sociais repartidos numa tri-funcionalidade (os que rezavam, os que faziam a guerra, os que laboravam). Esta lógica do imaginário feudal, fundamental na organização da sociedade medieval, teria sobrevivido à Contra-Reforma nos países latinos, sendo apenas ultrapassada nos países dominados pela reforma protestante onde se instalou uma «lógica individualista-comunitária».

A prevalência da lógica de *corpo* terá favorecido a organização dos ofícios, numa perspectiva de ordenamento conforme a visão do mundo então dominante, segregando regulamentos que visavam a defesa contra a concorrência externa e promoviam a solidariedade entre os membros de cada grupo. Como condições para esta auto-organização, os membros de cada ofício deviam prestar obediência às autoridades religiosas e reais, oferecer «dons» (construir igrejas, organizar festas, fazerem os funerais dos seus membros), organizarem a aprendizagem do ofício para assegurar a continuidade do serviço e prestarem juramento no acesso à mestria no ofício («profissão de fé que marca a sua entrada no corpo, a sua incorporação na ordem corporativa»). O sistema corporativo dos ofícios desenvolveu-se pelo século XII em França, teve o seu apogeu pelo século XV e decompôs-se nos finais do século XVIII com a emergência do liberalismo. Segregou, entretanto, o que os autores citados chamam um «idioma corporativo», cujas fórmulas se apreendem pela leitura de

cartas-patentes reais e pelos regulamentos corporativos, mas que se desenvolvem em torno de três componentes principais: garantia de emprego, espírito comunitário e estatuto jurídico-social. A organização corporativa era destinada apenas à inclusão de homens, sendo as mulheres excluídas⁴.

Este último aspecto fará com que as actividades de mulheres sejam anexadas a determinadas corporações que lhe eram próximas, como forma de contornar a exclusão feminina prevista e, ao mesmo tempo, assegurar a regulamentação considerada de interesse público. Esta fórmula de corporativização mitigada pode, eventualmente, ter sido limitadora para a organização de trabalhos tradicionalmente femininos, na medida em que legitima intervenções exógenas e não assegura, em plenitude, as vantagens de defesa perante a concorrência externa e de organização do ofício. Nesta perspectiva se poderá equacionar a posição da parteira no âmbito do sistema de ofícios, particularmente ambígua, cuja ligação corporativa se fazia geralmente na dependência dos cirurgiões, mas que também escapava a outros aspectos típicos de um ofício. Por exemplo, cada ofício organizava-se por arruamento (rua dos caldeireiros, rua dos ferreiros...), mas as parteiras, com deslocação aos domicílios, trabalhavam em todas as ruas, deslocavam-se a todas as casas para onde eram chamadas, escapando à visibilidade exterior típica de um trabalho de oficina.

No «Regimento das Parteiras», que apresentamos como exemplo em epígrafe, o poder público, neste caso através da Câmara Municipal de Lisboa, tinha mandado registar os diversos regimentos de artes mecânicas em uso na cidade, neles se incluindo o das parteiras. A data desse registo (1572) não corresponde, portanto, à da elaboração dos regimentos, que eram necessariamente anteriores, mas não há a indicação das datas respectivas, conforme explica o compilador Vergílio Correia no prefácio da edição de 1926. Assim, a única conclusão que podemos tirar a este respeito é a de que o regimento das parteiras já prevalecia antes de 1572, ajustando-se, de resto, aos regimentos reais do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor publicados durante o século anterior, como veremos adiante.

Em todo o caso, a actividade da parteira era já, pelo menos desde o século XVI, objecto de regulamentação. A candidata a parteira era obrigada a submeter-se a um exame perante o Físico da cidade, que, em caso de aprovação, lhe concedia uma certidão, requisito indispensável para se poder apresentar na câmara, prestar

⁴ DUBAR, Claude; TRIPIER, Pierre – *Sociologie des Professions*. Paris : A. Colin, 1998, p. 21-36.

juramento e só depois exercer o seu ofício. Qual era o saber-fazer, quais eram as competências de que era alvo a parteira no exame? Responder a essa pergunta não está ao nosso alcance, uma vez que a documentação que conhecemos é omissa quanto a este aspecto. Provavelmente, o exame corresponderia mais a um acto de tutela, de soberania, de que o pagamento (50 réis) de emolumentos era um sinal, uma vez que, na lógica dos ofícios corporativos, o saber era de natureza experiencial, o que se sabia era aprendido em situação de companheirismo, praticando-se, neste caso, junto de parteiras mais velhas, de cuja prática se fazia normalmente prova. O juramento, cujo conteúdo também desconhecemos, realizado perante as instâncias do poder municipal, deveria traduzir o compromisso, perante os livros sagrados, de um exercício conforme os limites impostos pelo regulamento do respectivo ofício, obtendo-se, assim, uma garantia de responsabilidade moral: tinha como contrapartida conferir o estatuto de exercer uma arte ajuramentada, facto que a integrava no universo das artes mecânicas. A área de acção que lhe era reconhecida passava, conforme o regimento das parteiras de Lisboa, pelas seguintes atribuições:

- controlar a prática sacramental das parturientes, no que concerne ao estado de confissão como requisito religioso prévio à pureza de alma (para além de uma preparação para a eventual morte, era uma garantia contra o mal, numa altura em que se acreditava que a doença era uma emanção do pecado, ou seja, do estado da alma);
- controlar o tempo de gravidez, o que a incumbia de responsabilidades anti-aborto e de conhecer o fenómeno de maturidade da gestação;
- fazer os partos;
- mandar chamar médico ou cirurgião nas situações em que o parto lhe suscitar dúvidas.

Podemos vislumbrar, assim, uma autonomia relativa para a parteira no exercício da sua arte, que se desenhava no cumprimento dos regulamentos e no serviço prestado no parto, desde que este se apresentasse sem complicações de natureza obstétrica. Cabendo-lhe tomar a decisão de pedir ajuda, o que ocorreria se tal não acontecesse e o parto corresse mal? Este limiar de decisão foi sempre ambíguo, originando um espaço de conflito com médicos e cirurgiões.

A actividade de parteira começou, então, a ser objecto de uma disciplinação crescente, ajustada, na altura, ao processo de corporativização das artes e ofícios em

curso, sendo a sua acção submetida ainda a imposições de outros poderes, que se tornam visíveis através do citado regimento das parteiras de Lisboa:

- o poder da Igreja, preocupado com a salvação de todas as almas (para a teologia medieval todos os homens eram iguais perante Deus e mereciam a salvação) e a consequente observação dos sacramentos para a salvação eterna nas situações de risco inerentes ao parto (confissão, baptismo)⁵;
- o poder médico e cirúrgico (nas pessoas do «físico» ou do «cirurgião»), preocupado com a demarcação do seu território e a salvação dos corpos, participando na selecção das parteiras através do exame e impondo a sua solução nas decisões sobre os partos problemáticos;
- o poder político que sancionava e legitimava os padrões corporativos, com as dimensões prescritas pelos dois poderes citados anteriormente (note-se que a afirmação política passa primeiro pela municipalidade da grande cidade, Lisboa, e só depois vai envolver o poder régio, à medida que o Estado central se afirmar).

Sobressai, pois, uma característica típica das artes de curar, a actividade de parteira era submetida a outros poderes exógenos ao ofício. Estes poderes, corporizados aqui no «físico» da cidade, hierarquicamente superior, passavam a exercer um papel de controlo sobre as parteiras, que acrescia à submissão geral que estas já apresentavam perante a Igreja, o poder omnipresente desses tempos. Idênticos tipos de procedimentos se verificavam em relação a outras actividades: entre outras normas prescritas, segundo o mesmo Livro dos Regimentos, também os boticários não podiam compor «mezinha» sem o fazer saber ao médico da cidade, os «drogoeiros» não podiam exercer sem prévio exame do físico da cidade, os

⁵ A preocupação sacramental parece ser uma consequência directa da aplicação da Contra-Reforma que se implementa a partir do Concílio de Trento (1545). Pelos sacramentos passava uma das distinções determinantes entre protestantes e católicos. Para estes os sacramentos eram elementos de salvação que justificavam por si só a função sacerdotal, aspecto que saiu reforçado do Concílio, como assinala José António Saraiva: «dele saiu afirmada a necessidade dos sacramentos e das obras, e portanto a função sobrenatural do sacerdote como intermediário entre Deus e o crente». As decisões do Concílio de Trento são proclamadas em Portugal e Espanha em 1562, e, segundo Saraiva «nenhum país da Europa foi tão dominado como Portugal pelo espírito e letra da Contra-Reforma. No último quartel do século XVI toda a vida portuguesa é controlada pela Inquisição e pela Companhia de Jesus». SARAIVA, António José – Contra-Reforma. *Dicionário de História de Portugal*, II volume. Porto: Livraria Figueirinhas, 1981, p. 175-179. Surgiram então o que alguns historiadores da religião consideram como «profissões vigiadas e controladas pelas autoridades eclesiásticas, nomeadamente as parteiras, as amas, os médicos e cirurgiões, e até os professores de meninos, sem falar dos clérigos». SOARES, Franquelim Neiva – A Reforma Católica no Concelho de Arcos de Valdevez. As Visitações de Guilhadeses (1593-1646). *Cadernos do Noroeste*, 19 (1-2), Série História, 2, 2002, p. 45-127.

sangradores não podiam sangrar ou lançar ventosas sem mandado de médico ou cirurgião, o mesmo se passando com a «cristeleira», obrigada a exame perante o físico e só podendo lançar «cristel» [clíster] por mandado de médico⁶. Estamos, na verdade, perante um conjunto de artes mecânicas (parteira, boticário, sangrador, «cristeleira»), artes subsidiárias, que são disciplinadas por uma «arte liberal», a «física» ou medicina, a qual se regia já por um regimento específico e mais antigo (o Regimento do Físico-Mor), recebendo os «físicos» a sua investidura profissional a partir da Universidade.

Surgem, assim, elementos exteriores à família a controlar um domínio (o parto) que sempre foi intrínseco ao universo feminino e/ou ao casal. Embora nem sempre se percebam bem as razões do alcance deste controlo, importa referir que havia razões silenciosas de nível social que as justificavam, se atendermos às afirmações do historiador Philippe Ariès, relativamente à incidência de um «infanticídio tolerado» até aos finais do século XVII. Embora punível por lei, o infanticídio ocorria no interior das famílias, sob a forma de acidente, com as crianças a morrerem sob a forma de abafamento nas camas dos pais, sem razões aparentes. «Deixavam-se morrer» ou «ajudavam-se a morrer» os menos dotados fisicamente, numa prática que, embora condenada pela Igreja e pelo Estado, decorria «em segredo, numa semi-consciência, no limite da vontade». «Um tempo virá, pelo século XVII, em que a parteira, esta feiticeira-branca recuperada pelos Poderes, terá como missão proteger a criança, em que os pais, melhor informados pelos reformistas, tornados mais sensíveis à morte, se tornarão mais vigilantes e desejarão conservar as suas crianças custe o que custar» - diz Ariès⁷, sublinhando o papel de mensageira da vida que a parteira representava para os poderes sociais no seu confronto com as famílias.

Esses poderes externos (Estado, Igreja, medicina) vão ser determinantes no ordenamento gradual da sociedade e o nascimento de crianças passou a ter para eles uma importância social e política acrescida. Este controlo externo distinguia-se da tradição corporativa, pois o sistema das corporações fazia com que, através do regimento de cada ofício, a preocupação de demarcar os limites respectivos e os modos de intervenção fossem essencialmente fruto de decisões internas a esse ofício. Mas o que se verificou com as parteiras (e outras artes de curar) foi uma certa

⁶ *Livro dos Regimentos dos Officiaes Mecanicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lixboa (1572)*. Publicado e prefaciado por Vergilio Correia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926, p. 212-217.

regulação de origem exógena, articulada em torno das áreas da medicina e da cirurgia, que funcionaram aqui como verdadeiras tecnologias ao serviço do poder político (que, aliás, influenciavam). Mas o mais importante parece ter sido a repescagem da parteira, que tradicionalmente se confinava aos espaços da vida doméstica, para o sistema de ofícios. Esta transferência de uma actividade feminina de um espaço de domesticidade para a esfera do interesse público começava por significar a atribuição de um «estado», ou seja, o reconhecimento oficial de uma actividade, com direito à sua regulamentação em termos de práticas e remuneração, usufruindo ainda do prestígio social que a atribuição de ofício constituía. Mas trazia consigo o princípio de uma nova dominação, a dominação legal-racional, baseada na «crença na legalidade dos regulamentos estabelecidos e no direito de fornecer directivas»⁸, que se tornou típica da modernidade.

Era, pois, o sentido de uma mudança: a pulverização estelar da constelação das artes de curar tradicionais cedia lugar a um processo de sistematização, em que só uma estrela assumia a centralidade, com a sua posição fixa e luz própria, a medicina, em torno da qual passavam a girar entidades planetárias em recomposição. Substituindo a dispersão, a desordem, a ignorância mútua existentes entre as diversas artes de curar, emergia, na Europa ocidental, com a modernidade, o sistema sanitário, enquanto conjunto de dispositivos tendencialmente emanados do poder central, orientados para os problemas de doença e saúde das populações. Estruturado sobre o discurso médico, conjugado com um conceito central de «interesse público» (conceito em gradual construção), o sistema sanitário vai procurar integrar as diversas valências das artes de curar, estabelecendo conexões estreitas entre elas e limites específicos, para tornar mais eficientes e racionais as medidas de prevenção e tratamento das populações. Trata-se, entretanto, de um processo que arrasta recomposições, produzindo novas configurações na estruturação de um quadro de interdependências⁹.

Num contexto mais amplo, sublinhe-se que a ideia de centralidade é típica do processo de apreensão da realidade que se desenvolveu a partir dos séculos XV-XVI, contaminando e sendo contaminada pela produção científica moderna: a astronomia descobria o sistema solar, o poder político centralizava-se, o Estado tornava-se a emanção das principais decisões que interessavam à comunidade. A ciência moderna

⁷ ARIÉS, Philippe – *L'Enfant et la Vie Familiale sous l'Ancien Régime*. Paris : Seuil, 1973, p. X.

⁸ ÉTIENNE, Jean, e outros – *Dicionário de Sociologia*, Lisboa: Plátano, 1998, p. 246.

tornou-se indissociável da ideia de centralidade, nada se explicava sem um centro e o conceito de sistema era uma emanção destas posições. Veja-se a apreensão da realidade humana, em que se autonomizam os diversos sistemas (circulatório, respiratório, digestivo...), que, em boa verdade, não são senão representações parciais, versões reduzidas e circunscritas de uma realidade bem mais complexa em que não poderão ser senão sub-sistemas. A centralidade funcionava, assim, como elemento de uma metáfora, de uma fórmula descritiva que se tornava operativa, permitindo actuar sobre a realidade e moldá-la conforme as representações que se tornavam dominantes. O centralismo político, configurado como poder absoluto, era a plataforma mais visível dessa centralidade, apresentado-se como um vector que marcou a racionalização inerente à modernidade.

Então, como subsidiárias de um centro solar, ao qual iam buscar a sua energia, num processo de reflexão que lhes conferia luz e sombras, como se configuravam as actividades das artes de curar e suas recomposições? Em que medida o processo histórico dos modelos de formação se articulou com as mudanças do processo de organização do trabalho¹⁰? Eis perguntas a que só procuraremos responder parcialmente, tendo em conta apenas a actividade de parteira nas suas conexões mais estreitas com outras artes de curar envolventes, ou seja, nas suas interdependências.

Neste contexto, ganham relevo algumas questões particulares:

- De que forma estas mutações que se verificaram no universo das artes de curar, integrantes de um processo de ruptura, constituíam um processo mais alargado ao mundo ocidental? Que tipo de repercussões se vislumbravam no processo português?
- De que saberes falamos neste domínio? Que sentidos podemos atribuir aos exames sobre o saber das parteiras, enquanto elemento do seu sistema de formação?
- Quais são os saberes dos examinadores e de que formas se articulavam com os das parteiras? Quais as instâncias de formação que os legitimavam?
- Que tipo de soluções encontrou o sistema sanitário para responder aos problemas colocados pelas necessidades de difusão do saber científico, em

⁹ Sobre os conceitos de configuração e de interdependência, cf. ELIAS, Norbert – *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Edições 70, p. 140 -159.

¹⁰ CORREIA, José Alberto – *Para uma Teoria Crítica da Educação*. Porto: Porto Editora, 1998, p. 157.

concatenação com a necessidade de profissionais para o exercício de atendimento às populações, à medida que se afirmam novos paradigmas científicos?

- Que modelos de formação eram praticados para realizar a síntese entre as necessidades de formação consideradas necessárias e o nível da procura de formação? Quais os seus resultados práticos em termos de formação de profissionais-parteiras?

Para tentar equacionar as problemáticas subjacentes a tais questões e obter algumas respostas se desenvolve um conjunto de capítulos que procuram ajudar a compreender a actividade de parteira numa perspectiva sistémica. Para isso, seguimos, como fios condutores, os contextos sanitários que nos fornecem as teias de interdependência em que as parteiras desempenharam a sua actividade, tacteamos as formulações dos seus saberes, das normas de licenciamento para o exercício profissional, dos modelos de formação não escolares e depois escolares. Debruçamo-nos, nesta primeira parte, sobre um período longo – genericamente do século XV aos finais do século XIX (mais precisamente aos primeiros anos do século XX, se quisermos precisão cronológica), numa profundidade necessária à compreensão do processo de estruturação do sistema sanitário, que acompanha a formação da ciência moderna, processo que arrasta consigo uma nova legitimidade racional e induz uma redistribuição de poderes e de saberes entre os diversos agentes sanitários, entre eles a parteira.

Esta primeira parte do nosso estudo procura, assim, estabelecer as configurações formativas que se sucederam historicamente na construção social da actividade de parteira, na cronologia apontada, desde a etapa da aquisição informal de conhecimentos, como praticante de um ofício, à frequência dos «cursos de partos» organizados pelas escolas médico-cirúrgicas para lhes servir como formação inicial. Ou seja, debruçamo-nos sobre as alterações que ocorreram nesse longo trajecto que sobrepôs tradição e modernidade em torno das problemáticas do parto e dos seus agentes de cuidados, emergindo normas e práticas inovadoras nas culturas obstétricas que operam rupturas, mas em que subsistiam ainda práticas e visões do mundo dificilmente remodeláveis, persistindo para além da sucessão das gerações.

CAPÍTULO I

ASPECTOS DA EMERGÊNCIA DOS SISTEMAS SANITÁRIOS NAS SOCIEDADES OCIDENTAIS

Foi com os alvares da modernidade, pelo século XV, que se verificaram os primórdios da estruturação dos sistemas sanitários em diversas regiões europeias. Então, de uma forma geral, as questões da saúde e da doença deixavam de ser um problema do domínio individual, que se desenrolava essencialmente entre o paciente e o especialista das artes de curar, para se configurarem como uma preocupação pública. Foi um processo lento, complexo e contraditório que acompanhou a evolução dos múltiplos saberes (em especial, os da medicina) e, sobretudo, as transformações que se verificavam a nível político, económico e social (a afirmação do absolutismo no poder real, a emergência da burguesia nas cidades).

As epidemias frequentes justificavam a atenção de dirigentes políticos e dos homens de opinião, suscitando a aplicação de medidas que, segundo as posições então prevaletentes, pudessem minorar o seu impacto e alastramento. Vislumbram-se, assim, preocupações de prevenção e vigilância, apostadas na conservação e multiplicação dos homens, a principal riqueza para os populacionistas de então. Era a gradual descoberta da «população» como entidade com movimentos próprios e perceptíveis através de indicadores quantitativos. A «aritmética política» tornou-se o modelo descritivo desta época (apresentando relatórios com números sobre volumes de população, números de óbitos, de casamentos e de nascimentos), embora ainda longe da ordenação específica dos quantitativos da população, que veio a culminar, só pelos meados do século XIX, na organização da demografia, tendo como base a estatística.

Representações da doença

Entretanto, no âmbito das artes médicas, antes dos meados do século XVIII, tudo decorria num quadro contraditório, dada a persistência de representações de unidade substancial entre corpo e alma, representações de origem platónica mas que o

cristianismo adoptara. Como assinala Roselyne Rey¹¹, estas representações fizeram com que a medicina, antes de se configurar como a «ciência do homem», se enredasse nas relações entre o corpo e alma, centrando-se nas paixões, nas doenças mentais e na interpretação de fenómenos de feitiçaria, disputando o seu campo de acção com a teologia e a moral. Estar doente significava essencialmente padecer da alma, sendo que a doença era o reflexo do estado obscuro de pecado, derivado de uma má relação com Deus. Limpar a alma era, pois, a terapêutica imediata, o que se conseguia pelo acto inicial de cumprir os sacramentos e depois pela ingestão de «mezinhas» que auxiliaram a saída da imundície que acorrentava corpo e alma (daí os purgatórios, os vomitórios).

A medicina só ultrapassou esta situação quando assumiu a atitude de estudar o corpo humano segundo as leis da mecânica e da química, acto de ruptura que, verdadeiramente, só aconteceu genericamente pelos meados do século XVIII, quando incorporou os contributos do racionalismo e do experimentalismo emergentes. Nessa sequência, foi preciso que se equacionasse a realidade corpo/alma como uma dicotomia, segundo a proposta cartesiana, como duas entidades distintas, de diferente natureza: «a alma, substância pensante, e o corpo, substância extensa e objecto da física»¹². Deixou-se a alma com a religião e reivindicou-se o corpo para a medicina, iniciando a compreensão deste através da anatomia, da observação do seu interior, desenvolvendo processos de reconhecimento do seu sistema de funcionamento (operação que ainda hoje prossegue), para poder actuar sobre ele, com diferentes meios de intervenção, adequados a cada patologia identificada.

Em todo o caso, podemos vislumbrar para tempos anteriores, desde a Idade Média, aqui e ali, um sentido de estratégia sanitária. Eram os poderes régios que criavam autoridades centrais, nas quais delegavam poderes para controlar as artes de curar, enfrentando a tradição de autonomia das corporações respectivas. Eram os poderes locais que promoviam a aplicação de medidas de higiene pública, asseguradas por «oficiais de saúde». A prática de quarentenas, a construção de lazaretos, as fumigações, as posturas relativas à limpeza de ruas eram alguns exemplos de medidas anti-pestíferas, com sentido preventivo, que expressavam uma acção colectiva em torno da saúde pública, a qual tendia a alargar-se também ao domínio da mulher

¹¹ REY, Roselyne – *L'Âme, le Corps et le Vivant*. In GRMEK, Mirko (dir.) – *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*, 2^o volume. Paris : Seuil, 1996, p. 118.

grávida e da criança¹³. Mas esse tipo de medidas preventivas, procurando evitar que os males aparecessem, eram organizadas ainda em torno de «impressões ou de vagas certezas», representavam mais um «*bricolage* sanitário do que uma conduta médica construída»¹⁴.

Valorizando-se o sentido das transformações posteriores, pode afirmar-se então que os problemas de saúde se secularizaram, emergindo concepções médicas laicas, a substituírem as tradicionais concepções religiosas que viam na doença e na degenerescência humana as consequências do pecado original e do estado da alma. Estes posicionamentos não eram os mesmos em toda a Europa, num tempo marcado pela dissidência religiosa. Nos meios protestantes do norte da Europa, o espírito da Reforma dava igual importância ao corpo e à alma, a saúde das duas dimensões merecia cuidados com uma preocupação equivalente, vendo-se como legítima a procura da felicidade e do sucesso na terra, constituindo esta até a melhor forma de seguir Deus. Para os reformistas religiosos, a medicina, nas suas diversas manifestações, passou a estar nas boas graças de Deus, reflectindo-se positivamente nos cuidados com o corpo e na adopção de medidas preventivas. Já nos países católicos do sul da Europa, moldados pela Contra-Reforma, se continuou a estigmatizar o corpo e a valorizar a alma, criando dificuldades acrescidas para o novo espírito médico que vai emergindo.

Assim, segundo Olivier Faure, não foi por acaso que um teórico vindo do espaço geográfico da Reforma protestante, o filósofo e matemático alemão Leibniz (1646-1716), ao debruçar-se sobre as funções do Estado, salientou três – justiça, saúde e piedade, estabelecendo entre elas uma escala de preocupações: depois da preocupação com os costumes sociais, em relação aos quais devia promover a justiça e a virtude, o Estado deveria apostar na saúde da população em geral¹⁵. Note-se que nos países católicos a piedade, ou seja, as preocupações com a religião e com a alma vinham bastante à frente das preocupações com a saúde (veja-se como se construíram múltiplas igrejas, normalmente mais do que uma em cada aldeia, ao mesmo tempo que só excepcionalmente se construíram hospitais, quase só nas cidades, fruto

¹² MEYER, Philippe ; TRIADOU, Patrick – *Leçons d'Histoire de la Pensée Médicale. Sciences Humaines et Sociales en Médecine*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1996, p. 112.

¹³ VIGARELLO, Georges – *O Limpo e o Sujo. A Higiene do Corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Fragmentos, 1985, p. 15 -29.

¹⁴ MEYER, Philippe ; TRIADOU, Patrick – *Ob. cit.*, p. 169.

¹⁵ FAURE, Olivier – *Les Stratégies Sanitaires*. In GRMEK, Mirko (dir.) – *Ob. cit.*, p. 283 -284.

obviamente da complexa mentalidade dominante, que antepunha a salvação da alma à salvação do corpo).

Nesse sentido, o Estado deveria, segundo Leibniz, assumir as exigências de saúde pública, recrutando médicos que distribuiria pelas cidades e pelos campos, enquanto funcionários públicos, para fazerem despistagens sistemáticas dos problemas de saúde e promoverem a educação sanitária do povo (equacionando conceitos que seriam, mais tarde, básicos da epidemiologia). De resto, Leibniz tornou-se uma espécie de «advogado da medicina», defendendo a natureza empírica deste saber: o seu progresso deveria sustentar-se através da investigação, com base na recolha de casos, de observações e elaboração de repertórios, numa postura experimental, rejeitando, assim, a tradição galénica¹⁶. Integradas num debate mais alargado sobre o bem estar social, essas linhas de Leibniz estavam subjacentes às preocupações humanistas do tempo das Luzes. Associações e academias científicas divulgavam e promoviam esta discussão, sustentada na ideia de progresso, o qual, na medicina, permitiria ultrapassar o obscurantismo e diminuir o sofrimento humano.

Mas só pelos finais do século XVIII e inícios do século XIX se desenvolveram as estratégias sanitárias que se desenharam com a chamada «polícia médica», enquanto quadro mais ou menos integrado de medidas pensadas em conjunto, marcadas pela aproximação do médico ao domínio político. Essa relação promoveu o controlo e a vigilância pela medicina das diversas áreas da vida social, com o predomínio do saber erudito e veiculado pelas universidades sobre os saberes populares, transmitidos de geração em geração e pelos processos corporativos tradicionais. Foi neste contexto que se verificou a influência da medicina sobre o ordenamento social, doutrinando sobre comportamentos colectivos, sobretudo nas práticas relativas à limpeza urbana e aos problemas de focos de insalubridade, para atingir depois a dimensão familiar e a intimidade. Ganhou então relevo como palavra-chave o termo «higiene». Como lembra Vigarello, os manuais que, numa primeira fase, falavam da «conservação de saúde», passaram a ser designados de «tratados de higiene», termo que agora não era apenas um adjectivo para a qualificação da saúde, mas representava também o conjunto dos dispositivos e dos saberes que favoreciam a sua conservação, ou seja, surgia como uma disciplina particular no seio da medicina¹⁷.

¹⁶ MEYER, Philippe ; TRIADOU, Patrick – *Ob. cit.*, p. 67.

¹⁷ VIGARELLO, Georges – *Ob. cit.*, p. 134.

A medicina assumia então a sua configuração científica, sedimentando a sua racionalidade e a sua capacidade de intervenção social, dotada de uma legitimidade acrescida. Os finais do século XVIII corresponderam a essa fase histórica de charneira, apontando para o ocaso dos «práticos» das artes de curar. Não se trata de localizar aqui o seu desaparecimento, mas sim o início de um declínio que se tornou irreversível, face à exigência e à imposição de fazer passar os saberes aplicados às artes de curar pela universidade, num processo histórico complexo, com diversificada geografia e cronologia no mundo europeu: os conceitos de desenvolvimento e de atraso também poderiam aqui ser aplicados. Algebristas, dentistas de feira, sangradores, curandeiros em geral e outros artistas do ofício de curar, enfim, os «práticos» começaram a desaparecer, a sua acção foi, gradualmente, ilegalizada.

Entretanto, com os saltos científicos e tecnológicos nas artes médicas, o conhecimento e as capacidades de intervenção clínica cresceram significativamente à medida que se avançou no século XIX. Ampliou-se largamente a medicina instrumental, o que, conjugado com novas atitudes científicas, intensificou a medicina experimental, de sentido determinista. E Pasteur, com a descoberta dos micróbios e delimitação de um quadro nosológico preciso para a infecção, conferiu novas dimensões à higiene, a partir da década de 1870. A microbiologia pasteuriana revolucionou por completo a medicina, induzindo novas estratégias sanitárias e terapêuticas. Fruindo destes desenvolvimentos laterais, a cirurgia ganhou novos contornos e potencialidades. Os desenvolvimentos médicos repercutiram-se sobre as representações da gravidez, parto, puerpério e recém-nascido.

Repescando uma ideia força muito presente em diversos livros da história da medicina, podemos dizer que o processo histórico centrado na modernização desta ciência se explicita pela diferença entre dois enfoques de amplitude desmesuradamente diferente: da fixação no infinitamente grande, na invisível e inacessível causa primeira que seria Deus, passou-se, através de rupturas sucessivas, à fixação no infinitamente pequeno, no invisível material que nos rodeia e de que somos feitos, de que só o recurso de um elemento externo, o microscópio, nos permite visualizar e detectar os seus efeitos, criando-se assim novas formas de abordagem do corpo humano e das suas manifestações de saúde ou doença. Estávamos, então, no limiar de uma nova medicina, que envolveria todas as suas áreas de aplicação, nomeadamente ao conferir outras dimensões à necessidade de intervir na gravidez, no parto, no puerpério, estados que constituem preocupação central deste estudo.

A criança nas preocupações sanitárias

Tendo em conta as preocupações sanitárias, importa referir alguns aspectos relacionados com a criança e a mulher na sua relação com a população em geral.

Assim, o medo do despovoamento, por efeitos da quebra da natalidade ou pela degenerescência da raça, tornara-se uma constante pelo século XVIII, incentivando, nomeadamente, políticas de valorização da criança, da sua salvação desde o nascimento à conservação posterior. Foi na convergência de múltiplos factores (sociais, demográficos, culturais, religiosos, económicos, científicos) que, pelos meados do século XVIII, se observou uma valorização crescente da criança, uma verdadeira «concentração em redor da criança» por parte dos casais, da ciência e da administração pública.

Tomando como exemplo a França e como referência Rousseau, podemos falar da emergência da infância como «categoria social»¹⁸, na linha dos trabalhos já clássicos de Philippe Ariès ou Elisabeth Badinter. Parafrazeando a célebre frase sobre o «terceiro estado» na Revolução Francesa, Ariès interroga-se de uma forma elucidativa sobre a situação da criança por 1780-1800: «O que era ontem? Nada. O que será amanhã? Tudo»¹⁹.

Por essa altura, surgiram numerosos trabalhos sobre a natureza da criança e sua especificidade ao nível da educação física e moral, em paralelo com obras médicas (sobre a concepção, a gravidez, o feto, as amas de leite, etc.), procurando contribuir para a conservação das crianças, prodigalizando doutrinas médicas e conselhos educativos, fazendo emergir uma união orgânica entre a medicina e a família²⁰.

Jean Sutter cita como referência a publicação, por Desessarts, em 1760, de um *Tratado da Educação Corporal das Crianças*, na qual Rousseau se terá inspirado para escrever o seu *Emílio* (1762). Surgiram instituições de protecção para crianças, que ultrapassavam os asilos de recolhimento e se apresentavam como escolas maternais. E, emergiram as preocupações médicas com um sentido de especialização que

¹⁸ FERREIRA, Maria Manuela Martinho – *Salvar os Corpos, Forjar a Razão – Contributo para uma Análise Crítica da Criança e da Infância como Construção Social em Portugal, 1880 -1940*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2000, p. 7-19.

¹⁹ ARIÈS, Philippe – *Histoire des Populations Françaises et de Leurs Attitudes Devant la Vie Depuis le XVIII Siècle*. Paris : Seuil, 1971, 322.

²⁰ DONZELOT, Jacques – *La Policia de las Familias*. Valência: Pre-Textos, 1979, p. 13-50.

apontavam para a emergência da obstetrícia e da pediatria, designações que só se vão generalizar e definir mais tarde, com o decorrer do século XIX²¹.

²¹ SUTTER, Jean – Sobre la difusión de los métodos anticonceptivos. In SAUVY, Alfred (coord.) – *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ed. Península, 1972, p. 371-392.

CAPÍTULO II

A ARTE DE PARTEJAR - ALGUNS ASPECTOS EUROPEUS (FRANÇA, ALEMANHA)

No amplo quadro, já sinteticamente desenhado, qual era a imagem da arte de partejar no contexto do sistema sanitário emergente na Europa Ocidental? Para traçarmos algumas linhas de força tomaremos essencialmente como exemplo o caso francês, reconhecido como um dos mais ricos no domínio da obstetrícia.

Diga-se, desde já, que só por via indirecta e parcial se chega a algumas conclusões. Observa-se, como lembra Jacques Gélis, uma «imagem deformada», pois as parturientes e as parteiras quase não deixaram testemunhos escritos das suas vivências e práticas, limitadas pelo tradicional analfabetismo. Assim, as memórias dessas situações chegam-nos sobretudo pela via de escritos de médicos e de cirurgiões que retinham essencialmente as situações dramáticas para as quais eram obrigatoriamente chamados, sobre as quais peroravam enquanto casos clínicos, deixando na sombra o que era o parto normal, que era naturalmente maioritário (ainda que as taxas de mortalidade infantil pudessem atingir 150 a 300 por mil nas piores situações²²).

Esses relatos médicos têm dado origem essencialmente a dois tipos de discursos historiográficos que Gélis considera redutores: um, que condena o papel obscurantista das parteiras, valoriza o papel da medicina triunfante e apresenta como prova estatísticas que evidenciam o efeito da arte médica no declínio dos indicadores de mortalidade; outro, eivado de feminismo, que vê no parto tradicional um ideal de realização feminino, destruído pelo cirurgião quando se imiscuiu no mundo das mulheres e impôs novas normas que submergiram as práticas tradicionais. Radicalizados, um e outro, ambos são, segundo esse autor, discursos parciais nas representações que veiculam²³.

²² LINDEMANN, Mary – *Medicina e Sociedade no Início da Europa Moderna*. Lisboa: Editora Replicação, 2002, p. 25. Alguns exemplos de taxas de mortalidade infantil, antes de 1750 (por mil): França – 252; Suíça – 283; Inglaterra – 187; Espanha – 281.

²³ GÉLIS, Jacques – *L'Arbre et le Fruit – La Naissance dans l'Occident Moderne (XVIe-XIXe siècle)*. Paris: Fayard, 1984, p. 13-15.

Da matrona à «sage-femme»

Nas sociedades tradicionais, o parto sempre foi um acontecimento resolvido por mulheres, num círculo de solidariedade familiar e de vizinhança que se formava perante o acontecimento²⁴. Acto doméstico e comunitário, o parto implicava operações laterais de apoio: acender o lume, aquecer água, lavar a parturiente e o recém-nascido, preparar roupa, todo um conjunto de operações que a dona da casa se encontrava impossibilitada de cumprir e de que familiares ou vizinhas se encarregavam. Como figura central desse círculo, destacava-se a parteira, a mulher experiente que os franceses vieram a designar de uma forma mais expressiva – «sage-femme».

Em muitos casos, sobretudo nas zonas rurais, a parteira nem sequer existia, improvisava-se a tarefa, dela se encarregando a mulher mais habilidosa ou experiente do círculo social. Mas era normal que a prática continuada de «aparar» crianças por uma mulher já experimentada nos seus próprios partos acabasse por produzir uma parteira, também designada nos meios populares por «aparadeira», que chamava a si os saberes tradicionais neste domínio, criando-se, às vezes, dinastias familiares. A parteira, com a continuidade das solicitações, levava como ajudante uma filha ou vizinha, que lhe sucedia na função, através da aprendizagem prática, ajudando, vendo fazer, ensaiando alguns toques, assumindo, enfim, quando a idade aconselhava, porque a juventude não se ajustava à natureza da actividade. Eis a «parteira curiosa» ou a «matrona», mãe de família, mulher respeitável na comunidade, com experiência própria de partos numerosos, que revelava destreza e decisão, que cumpria os usos e costumes, mas normalmente mulher pobre, que vivia com dificuldades e que por isso se disponibilizava para ajudar outras mães a troco de pequenas retribuições. Quanto ao parto, tudo se desenrolava «num quadro estruturado por rituais religiosos e populares»²⁵, no qual a presença de um homem como parteiro retiraria virtudes à parturiente, por eventuais manipulações que incitassem à luxúria ou ferissem o pudor²⁶.

²⁴ KNIBIELHER, Yvonne ; FOUQUET, Catherine – *Histoire des Mères*. Paris : Pluriel, p. 57-116.

²⁵ PORTER, Roy – *Les Stratégies Thérapeutiques*. GRMEK, Mirko (dir.) – *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*, 2º volume. Paris: Seuil, 1996, p. 220 -221.

²⁶ Diz-nos Jacques Barbaut : «A moda do parteiro, segundo se diz, foi lançada por Luís XIV que, em 1663, tendo em vista a descrição e evitar a má língua das comadres, mandou chamar o cirurgião Julien Clément para ajudar ao parto da sua amante principal, mademoiselle de la Vallière, cujo rosto tinha sido previamente mascarado – um parto a que, segundo relata a mesma lenda, teria assistido, por trás

Mas a parteira suscitava desconfianças à força da Igreja, dominadora no campo moral, pelo papel social destas mulheres que, penetrando nos lares, podiam influenciar a vida familiar e o domínio da reprodução. Com a eclosão do movimento protestante no Norte da Europa e da reacção contra-reformista nos países do Sul, a preocupação das duas igrejas acentuava-se, dado que o nascimento se tornava num momento decisivo para a integração da comunidade de crentes, através da imposição do baptismo. Este movimento parece ter sido particularmente visível em França, quando este país, no século XVI, balançava entre protestantismo e catolicismo, como refere Jacques Gélis. No sentido de controlar a sua prática, a Igreja católica fez com que a parteira fosse obrigatoriamente católica, apostólica e romana, fizesse juramento e fosse capaz de recitar a fórmula do baptismo em caso de emergência da para o recém-nascido, para efeitos de salvação da alma, funcionando nestes casos como uma espécie de posto avançado da Igreja. Por outro lado, a Igreja e, por sua influência, o poder político-administrativo procuravam afastar os fantasmas dos abortos, dos partos clandestinos, dos infanticídios ou do enjeitamento de bebés²⁷, tentando prevenir a eventualidade de as parteiras serem cúmplices nestas situações, responsabilizando-as.

Desde o século XV, multiplicaram-se as iniciativas municipais em diversas cidades europeias (francesas, alemãs, suíças) para contratarem parteiras e regulamentarem a sua acção, embora esta preocupação de contratação municipal de parteiras (a que os documentos antigos designavam por *matronae*, *obstetrices*, *sage-femmes*, *Whemüter*, ou *Hebammen*) remontasse a tempos anteriores, em algumas cidades (por exemplo, Nuremberga, Bruges)²⁸. Mas, por aquela altura, segundo Gélis, os textos dos regulamentos municipais a este respeito denotavam também «um novo estado de espírito, uma vontade de vigiar mais estreitamente as parteiras das cidades», atribuindo grande responsabilidade às suas funções sociais e impondo-lhe juramentos para o cumprimento das normas previstas, que passavam não só pela assistência no

de um cortinado. O feliz desfecho de tal intervenção, o perfume de escândalo e de mistério que envolveram este exemplo vindo de tão alto asseguraram a fama do parteiro e lançaram uma nova moda na corte». BARBAUT, Jacques – *O Nascimento Através dos Tempos e dos Povos*. Lisboa: Terramar, 1991, p. 145. Esta estória, de tão repetida, tem feito história, mas a existência de parteiros há muito que era um facto, pelo menos nas cidades. A decisão real apenas terá legitimado e conferido estatuto social à chamada do cirurgião-parteiro, mesmo em casos de parto normal, moda que se dissemina nos grupos sociais mais elevados: chamar um parteiro tornou-se um luxo, segundo vários outros autores.

²⁷ SAUVY, Alfred (coord.) – *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ed. Península, 1972, p. 203-247.

²⁸ OPTIZ, Claudia – *O Quotidiano da Mulher no Final da Idade Média (1250-1500)*. DUBY, Georges; PERROT, Michelle (dir.) – *História das Mulheres – A Idade Média*. Porto: Edições Afrontamento, 1990, p. 383 -390 e 400-401.

parto como também no «controlo municipal sobre as mulheres grávidas e as parturientes solteiras, consideradas potenciais infanticidas»²⁹. E o autor chama a atenção para o facto de as autoridades de algumas cidades passarem a impor um exame antes do juramento sagrado, ao contrário do que era habitual, dando, assim, primazia ao saber-fazer.

Vislumbrava-se já a emergência de uma nova concepção sobre a vida, que passava pela valorização do indivíduo, pela defesa da multiplicação dos seres, em suma, pelo populacionismo, débil nos primeiros tempos, demonstrando grandes preocupações pelo século XVIII. As posições populacionistas precisavam de envolver nos seus projectos, mais ou menos explícitos, a parteira, obrigando-a a ficar do lado da autoridade, em nome do combate pela vida.

Esta nova parteira, agora também ao serviço do controlo social, embora perdesse, gradualmente, a autonomia de que as tradicionais parteiras desfrutavam quando assistiam apenas as parturientes no âmbito de uma dinâmica de solidariedade feminina, ganhava, em contrapartida, com a regulamentação que contribuía para racionalizar e burocratizar a sua função: assegurava uma demarcação social que a distinguiu da domesticidade e alcançava uma garantia de restrição no acesso à actividade para que esta se tornasse profissionalmente rentável. Em França, ela era a «sage-femme» que as autoridades procuravam disseminar para substituição das tradicionais matronas, das mezinheiras que escapavam ao controlo administrativo e que perduraram ainda longamente no universo rural. Por isso, a certidão de bons costumes passada pelo pároco tornou-se um elemento importante para a concessão de licença para o exercício de parteira na maioria das comunidades.

Tornou-se habitual que os regulamentos municipais das principais cidades europeias, pelo século XVI, impusessem a necessidade de a parteira chamar o médico ou cirurgião sempre que a saída do feto ou da placenta apresentassem dificuldades, ou para fazer a cesariana quando a mãe já estava morta, proibindo-lhe quaisquer intervenções com instrumentos cirúrgicos (exclusivos do cirurgião)³⁰. Estes princípios difundiram-se pelos regulamentos de múltiplas cidades.

Pela mesma altura, começaram também a surgir as primeiras cartilhas para parteiras, normalmente elaboradas por cirurgiões, induzindo um saber discursivo que

²⁹ GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, p. 41.

se pretendia fosse memorizado, procurando unificar alguns princípios aceites na medicina sob formato de divulgação catequética (normalmente, colocavam perguntas e davam as respostas, segundo os catecismos religiosos). Segundo vários manuais de obstetrícia, o primeiro livro impresso para parteiras foi alemão, da autoria de Rosslin, intitulado, em tradução livre, «O Jardim da Rosa, para Mulheres Grávidas e para Comadres», editado em 1513 e que terá tido cerca de cem edições em várias línguas, além de diversas imitações. Nele se afirmava que a parteira devia «instruir e reconfortar a parturiente, sustentando-a não só com alimentos e bebidas saborosas, mas também com palavras doces, permitindo-lhe ter esperança num bom parto»³¹. Seguiu-se-lhe um espanhol, da autoria de Dámian Carbon, um médico de Maiorca, que, em 1541, publicou «Libro del Arte de las Comadres o Madrinas y del Regimento de las Preñadas y Paridas y de los Niños»³². Mas sabemos hoje que se as complicações do parto não fossem resolvidas nessa altura pelas parteiras, também o não seriam pelos práticos de medicina ou cirurgia, cujos conhecimentos eram insuficientes relativamente aos mecanismos anátomo-fisiológicos. Além disso, os médicos e cirurgiões cometiam erros grosseiros por influência das teorias de textos antigos, de origem hipocrática ou galénica, sobre os quais aprendiam e que não permitiam atingir o grau de conhecimento necessário sequer para compreender o aparelho reprodutor, sendo o da mulher descrito por analogia com o do homem³³.

Estas parteiras contratadas ultrapassavam então a fase de «curiosas» para se dedicarem ao exercício da actividade a tempo inteiro, recebendo regularmente honorários pelo serviço prestado, num tempo em que os ofícios se desenvolviam no âmbito das corporações de artes e ofícios, normalmente integradas por homens. Não podendo constituir uma corporação própria, defende Jacques Gélis que, habitualmente, em França, estas parteiras eram agregadas à corporação que tinha como patronos S. Cosme e S. Damião, ou seja, à corporação que abrigava os cirurgiões, aos quais passavam a dever obediência, numa clara dependência funcional. Nos tempos iniciais, essa dependência revelava-se apenas formal, pois a sua

³⁰ GÉLIS, Jacques – *L'Arbre et le Fruit – La Naissance dans l'Occident Moderne (XVIe-XIXe siècle)*. Paris: Fayard, 1984, p. 109.

³¹ WOOD, Audrey – *Rôle de la Sage-Femme dans la Santé Publique*. ORGANISATION Mondiale de la Santé – *Les Services Infirmiers de Santé Publique – Problèmes et Perspectives*. Genève: OMS, 1961, p. 147-162.

³² CASTILLO, F. Orengo Diaz – *Obstetricia para Matronas*. Madrid: Libreria Científico-Médica Española, 1963, p. XX.

competência profissional não era verificada, dado revelarem maior saber prático. Este facto levava os cirurgiões a desinteressarem-se pela arte de partejar, pois ainda não tinham condições para ultrapassarem os casos graves que a parteira não sabia resolver, defrontando-se, por outro lado, com as resistências de pudor das parturientes e suas famílias face à intervenção de um homem do exterior na sua intimidade³⁴.

De qualquer modo, a parteira contratada pelas municipalidades ganhava respeitabilidade social, passava a fazer-se acompanhar de uma cadeira de partos (às vezes desmontável para ser mais facilmente transportada) e que era propriedade comunitária, tinha o direito de obter ensino junto dos cirurgiões e podia ser ajudada por uma aprendiz. Por vezes, as funções que lhe eram cometidas ultrapassavam o acto do parto, devendo ainda responsabilizar-se pelos cuidados de saúde afins a prestar à mulher no puerpério, nomeadamente os problemas do aleitamento, os primeiros cuidados ao recém-nascido, cabendo-lhe ainda estar disponível para a observação ginecológica em situações particulares³⁵. Em face deste contexto, os colégios de cirurgia negligenciavam habitualmente a recepção de parteiras para efeitos da formação teórica que lhes cabia ministrar e deixavam esquecer os exames previstos nos regulamentos (embora a situação variasse de cidade para cidade), mas mantinham teoricamente a sua tutela³⁶.

Entretanto, no século XVII, a dispersão dos regulamentos municipais já não satisfazia perante os novos objectivos de médicos e cirurgiões, começando a surgir então a regulamentação real, com o poder central a interessar-se por este domínio. Em França, data de 1692 o primeiro regulamento real, na verdade dirigido aos cirurgiões, que estabelece as condições para o licenciamento das parteiras, exigindo aprendizagem prévia ao exame: a parteira que quisesse praticar com reconhecimento oficial devia apresentar certidão de baptismo, prova de aprendizagem, sendo depois submetida a dois exames perante cirurgiões, pagando ainda a quantia de 20 libras para praticar na cidade ou 10 libras para praticar no campo, e só depois disso recebia a

³³ THOMASSET, Claude – Da Natureza Feminina. DUBY, Georges; PERROT, Michelle (dir.) – *História das Mulheres – A Idade Média*. Porto: Edições Afrontamento, 1990, p. 65-97.

³⁴ GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, p. 32 a 42.

³⁵ GÉLIS, Jacques – *Ob. cit.*, p. 32 a 42.

³⁶ Segundo GÉLIS, em Paris, desde o século XVI, as parteiras eram submetidas a exames rigorosos, prestavam juramento e recebiam uma carta ou diploma da municipalidade e, já no século XVII, eram obrigadas a assistir anualmente à autópsia de uma mulher morta em parto para ampliarem os seus conhecimentos com uma lição sobre a anatomia do aparelho genital. *Ob. cit.*, p. 43.

respectiva licença e prestava juramento³⁷. Segundo Gélis, a sua aplicação prática variava de comunidade para comunidade, o que levava mesmo a novas publicações (1719) que eram meras reposições das determinações do regulamento de 1692.

Cirurgiões-parteiros

Se durante muito tempo o quadro jurídico que estabelecia a tutela de médicos e cirurgiões sobre a parteira era sobretudo um formalismo, com o avanço das artes médicas e o desenvolvimento da racionalidade científica, pelos séculos XVII-XVIII, as atribuições dessa tutela começaram a ser preenchidas. E o parto tenderá, aos poucos, a ser tutelado efectivamente pelos cirurgiões, à medida que se tornavam mais conhecedores da anatomia e da fisiologia e dispunham, gradualmente, de instrumentos cirúrgicos, de que tinham o privilégio de exclusivo do seu uso, para produzirem intervenções mais eficazes, sendo-lhes ainda atribuída a intervenção externa sobre o corpo humano³⁸. O processo era-lhes facilitado porque estavam mais próximos das fontes do poder e não se cansavam de denunciar e condenar o apego às superstições por parte das parteiras tradicionais e mesmo das novas parteiras. Acusavam-nas também de não seguirem com rigor as recomendações repressivas com vista à moralização da sociedade e de pactuarem com mulheres em situação de relações ilegítimas, ao não as denunciarem às autoridades (o que faria crescer o fluxo de crianças expostas ou abandonadas), fazendo-lhes ainda a acusação recorrente de colaborarem em problemas de aborto. A recuperação do território de intervenção dos cirurgiões passava pela denúncia das parteiras, agora que o domínio de instrumentos mais eficazes lhes conferia uma maior confiança para intervirem mais frequentemente nos partos.

No campo instrumental, o fórceps constituiu um avanço decisivo na arte obstétrica. Sabe-se que a invenção do fórceps 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 na fase expulsiva. Depois, já para o século seguinte, há referências a utilizações episódicas do fórceps,

³⁷ GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, p. 44.

³⁸ Conforme explica Amélia Ricon Ferraz, a «palavra cirurgia deriva do grego *kheir* (mão) e *ergon* (trabalho) que significa obra de mãos», pelo que o instrumento cirúrgico pode ser considerado como

com usos particulares e dentro do sigilo profissional, tentativas de vendas do segredo e notícias de alguns insucessos, de adaptações técnicas, surgindo também campanhas contra os «ganchos extractores». Em 1724, um fórceps foi apresentado à Academia de Paris, por Jean Palfyn, um cirurgião-barbeiro oriundo da Flandres. Só durante o século XVIII o seu uso começou a generalizar-se, estudando-se gradualmente a forma de manuseamento e as suas características técnicas. Os modelos de fórceps multiplicaram-se posteriormente, como se pode ainda observar em museus de medicina, que apresentam verdadeiras colecções de exemplares. O fórceps surgiu, naturalmente, como uma das mais importantes descobertas da arte obstétrica, na medida em que representava 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 recém-nascidos. Mas o fórceps não constituiu uma varinha mágica na carreira do cirurgião-parteiro, escolher o momento de intervenção constituiu só por si um pomo de discórdia, tal como a sua margem de utilização, não faltando as críticas contra o seu uso imoderado e pouco cuidadoso, que podia produzir grandes traumatismos tanto na mãe como no feto. Sabe-se hoje que a utilização do fórceps requer determinadas condições que não são fáceis de avaliar, nomeadamente a posição e a variedade fetal, tornando-se traumática e discutível a sua utilização fora do tempo adequado.

Para além do uso exclusivo do fórceps, o domínio dos cirurgiões sentiu-se em múltiplos domínios das práticas de partejar. Um deles foi o da posição da parturiente para o acto de parto: conforme os usos tradicionais de cada região e o hábito de dar liberdade à mulher, as posições variavam, desde o posicionamento de joelhos, de pé, apoiada entre cadeiras, sentada na cama, no bordo de uma cadeira ou mesmo numa cadeira específica («cadeira de partos») que era um dos utensílios que acompanhava as parteiras encartadas. A posição habitual nos partos tradicionais era a vertical ou a intermédia (inclinada), que assegurava melhor a expulsão, favorecendo a descida do feto, garantindo maior higiene, com a posição de decúbito dorsal a ocorrer apenas em situações de cansaço. Evocando textos antigos e pesquisas de antropólogos, Jacques Gélis diz a este respeito que «o parto em posição alongada sobre o dorso não podia ter a preferência das mulheres. Desde logo, porque instintivamente elas sentiam que essa

extensão de mãos. FERRAZ, Amélia Ricon – *Uma Análise da Estrutura e Forma dos Instrumentos Cirúrgicos. O Contributo Português desde o Século XVII ao Século XX*. Porto: 1996, p. 26.

posição não assegurava a progressão do trabalho de parto nas melhores condições. Sabe-se hoje que esta posição é a pior possível, porque provoca a compressão pelo útero grávido dos grandes vasos abdominais (aorta e veia cava inferior), o que acentua o sofrimento fetal e constitui um factor de hipotensão e de hemorragias maternas»³⁹. Pois, a partir dos meados do século XVIII, os cirurgiões começaram a impor a posição de decúbito dorsal às parturientes, o que facilitava um novo tipo de observação e de intervenção (diferente do praticado pelas parteiras). Este novo procedimento ocorria particularmente nos meios urbanos, onde a acção dos cirurgiões era mais incisiva, pois, relativamente às zonas rurais, há relatos que dão conta da insistência de algumas mulheres em parirem de pé, havendo resistências e recusas a intervenções de parteiros por esse motivo, num claro confronto de dois tipos de cultura e de consciência perante a vida.

O desenvolvimento da obstetrícia – a escola francesa

Apesar da afirmação dos cirurgiões como parteiros, a acção das parteiras foi ainda significativa até entrarmos longamente pelo século XIX (e mesmo pelo século XX), variando naturalmente este calendário de país para país. Em França, cita-se frequentemente o caso de Marguerite Le Boursier de Coudray, parteira - mestre da corte francesa, que, a partir de 1759, por incumbência real, andou a ensinar a arte de partejar por toda a França, durante vinte e cinco anos, dando cursos locais e levando consigo um manequim artificial, que ela própria concebeu (e que se tornou um modelo didáctico) para produzir simulações e ilustrar as diversas posições do feto no interior do útero no âmbito das suas lições, procurando, com esta peregrinação profissional, valorizar as parteiras das províncias. Anteriormente, em 1754, Madame Coudray publicara o seu *Abrégé de l'art des accouchements*, um manual que teve grande divulgação em França⁴⁰.

³⁹ GÉLIS, Jacques – *L'Arbre et le Fruit – La Naissance dans l'Occident Moderne (XVIe-XIXe siècle)*. Paris : Fayard, 1984, p. 211.

⁴⁰ Madame Coudray é uma das poucas excepções de parteiras que escreveram, mas não é única. Pelo menos em Londres, outras parteiras o fizeram: SHARP, Jane – *The Midwives Book, or the Whole Art of Midwifery Discovered*. Londres: 1671. STONE, Sarah – *A Complete Practice of Midwifery*. Londres: 1737.

Informação recolhida em WOOD, Audrey – *Rôle de la Sage-Femme dans la Santé Publique*. ORGANISATION Mondiale de la Santé – *Les Services Infirmiers de Santé Publique – Problèmes et Perspectives*. Genève: OMS, 1961, p. 147-162.

Sublinhe-se ainda que a França dedicou um hospital ao ensino prático e teórico das parteiras, o Hotel-Dieu, em Paris, hospital para pobres que foi durante muitos anos a única verdadeira escola de formação obstétrica em toda a Europa. A maternidade deste hospital, que funcionava numa álea do edificio desde a Idade Média, sob a responsabilidade de uma religiosa, passou a ser dirigida desde o século XVI por uma parteira, a quem foi conferido um estatuto de autonomia e boa remuneração, incluindo alojamento e alimentação, a qual, para além do atendimento a parturientes, recebeu ainda a função de formar novas parteiras para a cidade. À parteira responsável exigia-se um conjunto de requisitos para poder ocupar o lugar, que, pelo seu papel de modelo, importa assinalar, pois a maternidade do Hotel-Dieu, segundo Jacques Gélis, prefigura os estabelecimentos contemporâneos do seu género: ser viúva, para estar livre de obrigações familiares, fazer prova da sua prática em partos perante uma equipa do hospital (médico, cirurgião e duas parteiras da cidade); uma vez nomeada, devia submeter-se à vigilância da direcção do hospital, não podendo receber grávidas sem autorização superior e seguir uma conduta exemplar a todos os níveis, vestindo modestamente, tratar as parturientes com doçura e caridade, educar correctamente as aspirantes a parteiras, as quais não deviam depois praticar a sua arte na cidade, mas sim no campo.

Nesta maternidade havia uma visita médica diária, sendo um dos poucos hospitais na Europa em que os homens (médicos e cirurgiões) podiam assistir ao exame de mulheres e a partos, o que permitiu o aprofundamento de conhecimentos obstétricos por parte de alguns grandes médicos da especialidade (Mauriceu, Portal, Motte, entre outros). O parto era ali uma sessão pública, com a parteira sempre rodeada de um grupo de alunas (até seis), a quem explicava os passos a dar: cada aluna observava durante três meses os vários casos que iam surgindo, depois começava ela própria a partejar, passando a emitir juízos sobre a natureza do parto. Cada aluna observava em média 300 a 400 partos durante a sua estadia, o que fazia da maternidade um «observatório incomparável», apenas com a desvantagem de, normalmente, não saírem mais de 20 parteiras por ano. Este facto gerava pouca oferta de parteiras face às necessidades sentidas para todo o país, o que fazia da região de Paris uma ilha no «deserto obstétrico» nacional. Em contrapartida ser «parteira da maternidade», com domínio teórico e prático da arte, tornou-se uma referência, que era procurada por candidatas estrangeiras (a quem depois foi vedado o acesso) e por filhas da burguesia

local, atraídas por este processo de formação através de um curso eminentemente prático ⁴¹.

A maternidade de Göttingen

Para não circunscrevermos a história do desenvolvimento da obstetrícia apenas ao caso francês, vale a pena observar o caso da maternidade de Göttingen, fundada em 1751, apresentada por Jurgen Schlumbohm num interessantíssimo artigo⁴², que passaremos a seguir de perto. Note-se que Göttingen foi um destino escolhido nos finais do século XVIII por cirurgiões portugueses (caso de Justiniano de Mello Franco) para estudarem obstetrícia, alguns dos quais vieram depois para o Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, bem como para serviços de atendimento proporcionados pela Casa Pia da mesma cidade.

Considerada uma das primeiras da Alemanha e a primeira no mundo a ter um estatuto universitário, a maternidade de Göttingen foi criada à semelhança do estabelecimento de partos do hospital de Estrasburgo, o qual, estabelecido em 1728, apesar de não estar ligado a qualquer universidade, já formava estudantes de medicina nesta área e parteiras segundo os modelos tradicionais, tendo saído dali cirurgiões que foram ingressar em Göttingen. Com base no discurso inaugural do primeiro director desta maternidade (Johann Roederer, entre 1726-1733), Jurgen Schlumbohm ilustra as diatribes contra as parteiras e a invocação da obstetrícia como um saber que convinha aos homens ilustrados, mostrando como existia uma estratégia médica ancorada na prática hospitalar para a aquisição de conhecimentos, de forma a dar sustentação à formação teórica. Entre 1792-1822, o director desta maternidade passou a ser um obstetra que se tornou célebre, Friedrich Osiander, o qual passou a viver com a família no último andar do edificio e dirigia o estabelecimento com o seu forte cunho pessoal.

O que fazia a parteira neste estabelecimento? Segundo Jurgen Schlumbohm, auxiliava à supervisão das mulheres grávidas e das que acabavam de dar à luz, bem como a ordem e a limpeza dos quartos, estava encarregada dos contactos com as

⁴¹ GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, p. 56-64.

⁴² SCHULBOHM, Jurgen – Comment l'Obstétrique Est Devenue une Science. La Maternité de l'Université de Göttingen, 1751-1830. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143, Junho 2002, p. 18 -30.

pacientes, efectuava actos simples como a administração de clisteres, assistia o director nos partos e prestava cuidados aos recém-nascidos, tudo num quadro de clara subordinação ao director, que era o centro de toda a autoridade. Ora, como lembra Schlumbohm, nos inícios do século XIX, em Paris, ainda era a parteira-chefe (e não o cirurgião-parteiro) que administrava a Maternidade de Port-Royal (criada para substituir a enfermaria de partos do Hôtel-Dieu), não conseguindo os médicos universitários lá entrar para dar formação aos estudantes de medicina, fazendo-se ali apenas formação de parteiras. Verificava-se, assim, uma diferente divisão de trabalho entre o modelo francês e o alemão.

Mas Osiander estipulava ainda três tipos de objectivos para a sua maternidade: 1) formar médicos-parteiros competentes; 2) formar novas parteiras, distintas das parteiras vulgares, pela afirmação dos seus conhecimentos e competências; 3) assegurar um abrigo para o parto de mulheres grávidas indigentes, casadas ou não, fornecendo a ajuda necessária à mãe e ao recém-nascido. Sublinhava, porém, que o objectivo não era assistencial, mas sim científico e educativo, pelo que as pacientes, cuja admissão era a mais liberal possível (não se olhando a religião, raça ou estado civil), serviam fundamentalmente como material de ensino (para além do parto, as grávidas eram utilizadas para observações obstétricas por alunos de medicina e de aprendizes de parteira). Numa rude franqueza, dizia centrar-se no objectivo principal de formação de obstetras e parteiras, considerando as mulheres internadas como «manequins vivos».

Os registos da maternidade de Göttingen mostram que a maioria das pacientes era do exterior da cidade, com 98% de filhos ilegítimos, indicadores que constituem regra na maioria dos estabelecimentos similares nos principais países europeus, funcionando um negócio tácito: para as grávidas desprotegidas, a exposição para ensino era a moeda de troca para assegurar abrigo e cuidados no tempo do parto, sendo o internamento médio de 46 dias (cerca de um mês antes do parto e duas semanas após). O financiamento desta maternidade era de origem estatal, sendo o serviço gracioso para as indigentes. Havia também na maternidade um serviço para parturientes que pagavam as despesas de assistência, não sendo estas utilizadas como objecto de ensino. Naturalmente que a maioria das mulheres casadas paria em casa, com a ajuda de uma parteira e o eventual auxílio do cirurgião.

Como se desenvolvia o ensino em Göttingen? Schlumbohm fornece-nos alguns pormenores, que funcionaram como modelo para outras instituições europeias,

nomeadamente portuguesas, pois Osiander era citado por obras médicas portuguesas. O ensino era ministrado por Osiander, em cada semestre, a grupos de 30 a 60 alunos para os estudantes de medicina: aulas de demonstração e exercícios sobre manequim (uma imitação em couro de uma bacia feminina); uma ou duas vezes por semana cada grupo de 8 alunos procedia a trabalhos práticos, procedendo a exames externos e internos sobre as grávidas internadas, para aprenderem a calcular o tempo de gravidez e a posição do feto. Para as alunas do curso de parteiras, as aulas teóricas eram reduzidas a três meses, pois também ali não podiam usar instrumentos obstétricos (o curso repetia-se duas vezes por ano, para grupos de 3 a 8 alunas).

Os momentos-chave eram, contudo, os partos, para os quais eram chamados grupos de estudantes (de cirurgia ou de parteiras). A parturiente, quando o colo do útero atingia os quatro «dedos», era levada para a sala de nascimentos e colocada na cadeira de partos. O professor chamava então para perto os estudantes mais avançados que lhe interpretavam o trabalho de parto em curso, explicando depois o professor a situação no manequim a todos os restantes estudantes numa sala ao lado, explicando as suas opções para a intervenção a realizar. Se o parto fosse natural chamava uma aprendiz de parteira, se havia intervenção artificial chamava um dos estudantes de cirurgia para efectuarem a operação sob a sua direcção e auxílio. Penetravam então todos os alunos na sala de partos, sendo a parte superior do corpo da mulher ocultada por um véu, estando desnudada na parte inferior para que o parto ocorresse e pudesse ser observado por todos.

Para Schlumbohm, o professor Osiander era obstetra de uma escola activa, isto é, defendia a intervenção, quando necessária, no âmbito de um raciocínio dicotómico do tipo natureza/cultura: deixar actuar a natureza era uma passividade negativa, uma resignação quase animal, sendo importante utilizar a razão (cultura) e intervir para salvar a mãe e/ou o feto. Este raciocínio alastrava à divisão do trabalho que preconizava: a intervenção artificial (ou uso da razão) era destinada ao homem-parteiro, ficando a assistência ao parto natural (a actuação da natureza) a cargo da parteira (considerada frequentemente nos registos hospitalares como auxiliar). Estes aspectos ajustavam-se às representações de género difundidas no iluminismo quanto à natureza e papéis sociais dos dois sexos. Mas, sendo muito discutível a opção de intervenção artificial, convém registar que Osiander anotou numa brochura que só uma minoria das manobras de fórceps efectuadas no seu hospital eram motivadas por «urgente necessidade», sendo as restantes efectuadas ou para facilitar partos

prolongados ou para servirem de formação e de trabalhos práticos para os alunos. Schlumbohm anota 40% dos partos efectuados sob direcção de Osiander como tendo sido intervencionados pelo fórceps, o que parece um claro exagero, só justificável pelos objectivos de ensino. Na maternidade de Viena, sob direcção de um rival de Osiander, Lukas Böer, a taxa de utilização do fórceps era, pela mesma altura, de apenas 0,4%, o que nos revela uma grande latitude para as decisões médicas, promovendo-se, a propósito, inflamados debates.

A maternidade de Göttingen, não obstante alguma especificidade, pode apresentar-se não só como um modelo das práticas de partejar e do conhecimento obstétrico do espaço alemão mas como um dos centros difusores das novas práticas obstétricas para toda a Europa. Mas, tanto neste como na grande maioria de estabelecimentos hospitalares, um maior conhecimento obstétrico não se traduziu de imediato em diminuição da mortalidade materna e fetal, pelo que, tirando os aspectos específicos de ensino ou de assistência a indigentes, não houve, durante largos anos, razões suficientemente evidentes que justificassem a criação e a vulgarização das maternidades, pois, normalmente, as taxas de mortalidade hospitalares eram superiores às verificadas nas situações de domicílio. Só pelos finais do século XIX se criaram novas condições técnicas de intervenção que se traduziram em descidas significativas da mortalidade nos ambientes hospitalares.

Parteiras e cirurgiões-parteiros: uma relação conflitual

No século XVIII, as doutrinas populacionistas encorajavam o controlo das populações e das actividades conexas, com autores a recuperarem alegorias bíblicas como a do «massacre dos inocentes» para estigmatizarem a considerada incompetência obstétrica que reinava um pouco por todo o lado, localizando aqui a razão da alegada razia da população aquando do nascimento. Embora de forma diferente nos vários países, esta campanha desembocou num ataque cerrado às parteiras veiculado pelos cirurgiões, o que parece ter acontecido com especial ênfase na Inglaterra⁴³, posição que depois se tornou moda nos «espíritos ilustrados» de quase

⁴³ Em Inglaterra, em face das graves acusações dos cirurgiões, verificaram-se respostas por parte das parteiras e afins, nomeadamente panfletos que procuraram evidenciar o peso negativo da excessiva intervenção dos cirurgiões, com os ferros obstétricos, que provocavam o pânico das parturientes e deformações e a morte nos recém-nascidos, defendendo-se a prevalência das leis da natureza sobre os erros, a inconsciência e a imperícia dos cirurgiões (Gélis - *Ob. cit.*, p. 105).

toda a Europa, nos finais do século XVIII. Às vezes invocavam-se números astronómicos de mortes de recém-nascidos em partos por alegada má intervenção das parteiras, números sem qualquer fundamento razoável, só para impressionar e chocar opiniões, naquilo que Gélis considera uma «campanha bem orquestrada»⁴⁴, na medida em que a mortalidade neo-natal sempre apresentou uma causalidade complexa.

Hoje, perante a insuficiência explicativa das prescrições médicas da altura relativas à gravidez e ao parto, não podemos deixar de tentar interpretar as posições dos cirurgiões e da pretensa instrução que prodigalizavam às parteiras. Assim, para além da estratégia de conquista e defesa de um território por parte de um grupo profissional, a questão deve ser encarada ainda como uma das evidências do jogo persistente entre o saber teórico e o saber prático, em que o primeiro, detido pelos que liam sobre os livros antigos, se pretendia superior aos que conheciam a realidade essencialmente pela observação, pelo toque e pela transmissão de receituários que se conheciam pela tradição oral, como era o caso das parteiras. O iluminismo, depois, legitimaria esta predominância dos saberes eruditos, embora já sustentados numa experiência dirigida e numa perspectiva do seu aperfeiçoamento progressivo (o que permitiu encarar o erro enquadrado pela experimentação sob o prisma do progresso, legitimando-o em nome da ciência e da descoberta). Neste novo contexto, a parteira e os seus saberes tradicionais surgiam como emanção típica do vasto mundo de obscurantismo, daí o combate por outros tipos de formação para a parteira, de modo a erradicar aqueles saberes e substituí-los por outros mais de acordo com a nova racionalidade. Estava em jogo a afirmação da nova hierarquia de saberes que marcou a modernidade.

Neste ponto, importa dizer que, no século XVIII, em pleno iluminismo, prevalecia ainda a ideia da inferioridade da mulher no domínio racional, como se pode observar num autor referencial da modernidade como é Rousseau, para quem a mulher se devia reduzir à esfera da domesticidade, pois seria incapaz de atingir a maturidade da razão:

A procura das verdades abstractas e especulativas, dos princípios e dos axiomas nas ciências, tudo o que tende a generalizar as ideias não é, de maneira nenhuma, do foro das mulheres: os seus estudos devem estar todos relacionados com a prática; a elas cabe aplicar os princípios que

⁴⁴ GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, p. 102.

o homem descobriu, e a elas cabe fazerem as observações que levem o homem ao estabelecimento dos princípios⁴⁵.

Tais ideias vinham de longe, desde Aristóteles e Galeno, que partiam do pressuposto da mulher como ser inacabado, do conceito de «mulher-útero», ou seja, de um ser enfraquecido por um órgão autónomo, devorador, que influenciava e limitava toda a sua vida, um ser condicionado pelo descontrolo da sua matriz. Eram ideias que se renovavam, ganhavam nova discursividade e perduravam (embora surgissem vozes em sentido contrário, mas pouco ouvidas⁴⁶). Assim, não era fácil à mulher aceder ao estudo aprofundado e conceptual nas diversas áreas, nomeadamente na medicina e na cirurgia, enredada na complexidade das representações mentais dominantes no meio científico sobre a natureza feminina. Mas foi uma situação que sofreu uma evolução positiva com a modernidade, embora demasiado lenta, criando-se condições para uma discussão em que os próprios cientistas de sentido modernista se deixavam contraditoriamente enredar numa distinção de género, comungando neste domínio das velhas representações da mulher como ser diminuído, criando-lhe barreiras ao seu progresso na promoção e criação de conhecimento.

Não obstante essas representações negativas sobre a mulher, em alguns países, como foi o caso da França, a preocupação de introduzir «racionalidade» no parto não impedia de reconhecer o papel positivo das parteiras. Por isso surgiram medidas que incentivavam a implantação de parteiras instruídas nos meios rurais, após alguma formação, através de cursos (o que explica o périplo de Madame Coudray)⁴⁷. Esta distinção dos espaços entre campo e cidade para uma diferente implantação da cobertura obstétrica parece indiciar uma discriminação: a cidade ficaria reservada essencialmente para os médicos e cirurgiões, que se fariam pagar melhor e teriam condições para assegurar uma maior clientela, enquanto as parteiras seriam remetidas

⁴⁵ In *Emílio*, Livro V. Citado por CRAMPE-CASNABET, Michèle – A Mulher no Pensamento Filosófico do Século XVIII. DUBY, Georges; PERROT, Michèle (dir.) – *História das Mulheres – Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento, 1994, p. 386.

⁴⁶ BERRIOT-SALVADORE, Évelyne – O Discurso da Medicina e da Ciência. DUBY, Georges; PERROT, Michèle (dir.) – *História das Mulheres – Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento, 1994, p. 409-455. Registe-se aqui a discussão do português Luís António Verney, que, em 1746, afirma a respeito das mulheres, defendendo a sua instrução: «Pelo que toca à capacidade, é loucura persuadir-se que as Mulheres tenham menos que os Homens. Elas não são de outra espécie no que toca a alma; e a diferença do sexo não tem parentesco com a diferença de entendimento». VERNEY, Luís António – *Verdadeiro Método de Estudar*. Volume IV. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1952, p. 125 (edição organizada por António Salgado Júnior).

⁴⁷ Veja-se, para o Portugal, o incentivo do intendente Luís Ferrari Mordau no sentido de se enviarem também parteiras examinadas para o campo (texto da epígrafe com que se abriu o texto da Introdução a este trabalho).

para os campos como a solução possível face às necessidades aí sentidas desta cobertura sanitária. Numa outra perspectiva, poderemos ainda vislumbrar a tendência para as parteiras se concentrarem na cidade, face à atracção de um mercado urbano mais aliciante em clientela e remuneração, tendo o Estado de tomar medidas para procurar a sua redistribuição geográfica, de forma a garantir uma maior cobertura nacional com este tipo de serviços.

Numa linha de inculcação de uma nova cultura médica, pela via letrada, importa ainda referenciar a proliferação da literatura obstétrica veiculada por alguns cirurgiões que, embora vinda de tempos anteriores, explode na segunda metade do século XVIII, difundindo princípios médicos eruditos, com o objectivo de erradicar os saberes e as práticas tradicionais. Jacques Gélis tipifica dois tipos de literatura obstétrica então prevalentes: a) escritos destinados a círculos médicos restritos e alguns eruditos, nos quais prevalecem estudos de casos e tecnologias recentes; b) escritos de vulgarização, com conselhos, práticas elementares e receitas simples, frequentemente eivados de soluções tradicionais, mas despidos de erudição, para serem percebidos sobretudo pelas parteiras⁴⁸. Ou seja, repescava-se a natureza do saber em homologia com as representações dominantes relativamente ao destinatário da literatura: saber erudito para médicos, saber vulgar para parteiras.

Mas a guerra declarada, com posições favoráveis aos cirurgiões e desfavoráveis para as parteiras, teria de ser ultrapassada em nome do interesse público. Os cursos de partos, como valência de formação para cirurgiões e/ou para parteiras, tornaram-se a grande solução dos sistemas sanitários dos principais países europeus com vista a produzir profissionais que resolvessem os problemas de assistência obstétrica, tendo como finalidade minorar a mortalidade materna durante o trabalho de parto e a dos recém-nascidos. Esse modelo de formação obstétrica desenvolveu-se no que se pode considerar como um espaço europeu de cultura médica (Paris, Londres, Leiden), com os principais centros a serem frequentados por estrangeiros, que asseguravam a difusão dos padrões gerais adoptados, enquanto a literatura especializada ampliava o espaço de informação. A ideia-base assentava no princípio de que a arte de partejar só podia transformar-se em ciência desde que se integrasse no tronco comum da medicina e cirurgia, constituindo uma valência ou ramo de especialização,

⁴⁸ GÉLIS, Jacques – *Ob. cit.*, p. 99-100.

participando de todos os saltos qualitativos que a medicina ia experimentando. Os cursos de partos tinham de ser uma emanção deste princípio.

Jacques Gélis mostra como, por todo o lado, surgiam estes cursos, desde que os governos populacionistas assumiram, a partir de 1760, a questão como uma estratégia da administração pública. A sua aplicação variou embora, de país para país, na cronologia do levantamento do problema e da implementação de estruturas capazes de lhe darem resposta, bem como na responsabilidade de quem os organizava (públicos ou privados) e nos reflexos do peso da moral e da religião seguidos. Faziam-se sentir também os efeitos das linhas da tradição ao nível da cirurgia: por exemplo, a tradição de dissecação anatómica em Itália⁴⁹ promoveu desde cedo o hábito da demonstração sobre cadáveres, efectuada pelo professores e repetidas por alunos, incluindo parteiras, embora depois se utilizassem manequins para esse efeito. Traços distintivos eram ainda a precaridade de muitos destes cursos, o nível integrado do ensino (teórico e/ou com prática clínica), a regularidade e a duração respectivas. Por outro lado, houve também situações que separavam o ensino obstétrico, criando-se cursos para os médicos-cirurgiões e cursos para parteiras, existindo, pelo contrário, também países que faziam cursos comuns, como era o caso de alguns estados alemães, com três estratégias simultâneas (teoria, treino sobre manequins e prática clínica), sendo considerado este o modelo mais eficaz (ainda hoje usado). Surgiram também modelos que privilegiavam claramente os cursos de partos para cirurgiões, menosprezando os das parteiras (Inglaterra, Espanha)⁵⁰.

Prevaleram, no entanto, as opiniões sobre a necessidade de formação a conceder às parteiras, valorizando-se a posição do médico/cirurgião como formador, ampliando-se, deste modo, a sua tutela sobre a parteira. Pelos inícios do século XIX, em toda a Europa, as candidatas a parteiras passaram a frequentar estabelecimentos de ensino, segundo o modelo escolar então existente para outras profissões. Essas escolas funcionavam junto de hospitais, normalmente anexas a estabelecimentos universitários de medicina. O diploma do curso de partos tornou-se, então, o requisito prévio à iniciação oficial da actividade, que legalizava e dava estatuto social (embora continuassem a exercer muitas «curiosas»). Ficou pelo caminho o modelo de madame

⁴⁹ Havia peculiaridades regionais, como o modelo seguido em Veneza, que, desde 1770, exigia que as candidatas soubessem ler, para utilização dum manual, sendo a escola de partos instalada num colégio médico-cirúrgico, com a duração do curso a prolongar-se por dois anos, com duas sessões por semana e avaliação teórica e prática cada quatro meses (GÉLIS - *Ob. cit.*, p. 180).

Coudray, com os seus cursos itinerantes e de curta duração, os quais, para além de formação inicial, tinham uma forte componente de reciclagem ou de formação contínua, na medida em que procuravam recuperar também as parteiras tradicionais para lhes ministrar a arte obstétrica, embora a aposta residisse essencialmente em candidatas jovens, não casadas, para garantir disponibilidade de serviço. Gélis sublinha mesmo a existência de conflitos entre parteiras, ou seja, entre as «matronas» tradicionais que persistiam nos meios rurais e as novas parteiras («sage-femmes») que chegavam com os cursos da cidade, consideradas como intrusas pelas primeiras. Essas novas parteiras tinham de conquistar a pulso o seu espaço local, o que às vezes só conseguiam fruto do acaso⁵¹. Um parto mal sucedido à «matrona», mas que a jovem parteira conseguia superar, podia constituir, por exemplo, a fórmula mais eficaz para conquistar a adesão da comunidade e evidenciar a afirmação de superioridade técnica relativamente ao saber local (processo com matizes semelhantes ao da afirmação local do cirurgião).

Numa outra perspectiva, importa salientar que, através dos cursos de partos, se desenvolvia uma estratégia sanitária para submeter as práticas de partejar aos princípios da biologia e da fisiologia da reprodução. Esses princípios desenvolviam-se no âmbito da normatividade científica, desde os finais do século XVIII, como resultado da moderna produção de conhecimentos sobre o aparelho reprodutor e da sua exposição a intervenções físicas e/ou químicas para acelerar o trabalho de parto e salvaguardar a vida e a saúde da parturiente e da criança. Não podemos, porém, dissociar este processo de formação das parteiras daquilo que Michel Foucault apresenta como o «projecto médico, mas também político, de organizar uma gestão estatal dos casamentos, dos nascimentos e das sobrevivências; o sexo e a sua fecundidade devem ser administrados»⁵². Era a dimensão que denominava de *biopolítica da população*, a qual segregava mecanismos reguladores, aqui virados para os processos da vida, também eles a suscitarem novos projectos disciplinadores.

Reformas no sentido da medicalização do parto ocorreram em vários países europeus. Em França, a reorganização do ensino médico promovida durante o consulado napoleónico cumpriu esse objectivo, como nos conta Jean-Charles Sournia:

⁵⁰ Ver capítulo IV : «La Diversité Européene». GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris : Fayard, p. 172 -194.

⁵¹ GÉLIS, Jacques – *Ob. cit.*, p. 208.

⁵² FOUCAULT, Michel – *História da Sexualidade – I. A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d'Água, 1994, p. 121.

Entre as cadeiras de clínica assim criadas, deve reservar-se um lugar à parte para o ensino dos partos; esta arte, esquecida pelas antigas faculdades e praticada sobretudo pelos cirurgiões, torna-se, depois da Revolução, uma disciplina plenamente médica. A cadeira de Paris é pois confiada a Jean-Louis Baudelocque (1746-1810). A reputação da maternidade por ele criada em Port-Royal assim como a da sua escola de parteiras estão perfeitamente estabelecidas ainda hoje, após mais de dois séculos de existência⁵³.

Note-se que Baudelocque tinha publicado, em 1781, um «Tratado dos Partos», que se tornou a obra de referência neste domínio, durante largas décadas, sendo um importante elemento difusor da nova tecnologia obstétrica. A medicina francesa desenvolveu, de resto, um papel de grande relevo no reconhecimento do campo obstétrico, bastando lembrar aqui o facto de a nomenclatura científica de diversos elementos ligados ao aparelho reprodutor ou aos instrumentos de intervenção referenciar nomes de clínicos desta nacionalidade.

A obstetrícia passou a ocupar, então, a sua posição como um ramo da medicina preventiva, na medida em que a função maternal não é uma doença, mas sim um processo fisiológico que propicia riscos, pelo que a assistência obstétrica procura, sobretudo, estimular a saúde e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, prevenindo eventuais complicações que se podem tornar patológicas (desde os obstáculos ou traumatismos de parto às infecções). Alguns autores referem que a designação «obstetrícia» só se consagra em 1812, através do médico Osiander, mas há notícias do seu uso em tempo anterior, embora fosse uma palavra evitada, pois era considerada ofensiva nos meios médicos. Recorde-se que nos textos latinos «obstetrix» era a mulher que ajudava no parto⁵⁴. Por isso se tornou habitual a designação alternativa de «tocólogo» para designar o «obstetra», frequente em textos das línguas latinas (incluindo a portuguesa), no século XIX. O tempo, naturalmente, permitiu ultrapassar os preconceitos nesta luta essencialmente simbólica e ajudou a palavra a ganhar estatuto social. Note-se que a expressão «arte obstetrícia» já surge em Portugal em 1772, no articulado dos novos Estatutos da Universidade de Coimbra, logo com uso oficial.

⁵³ SOURNIA, Jean-Charles – *História da Medicina*. Lisboa : Instituto Piaget, 1995, p. 227.

Sobre a distinção entre médicos e cirurgiões, não esqueçamos que, pelos finais do século XVIII, se inicia por todo o lado a convergência entre as duas valências, tal como preconizava Boerhave algumas décadas antes: para ser eficaz o médico precisava de saber e praticar cirurgia e o cirurgião precisava de saber medicina. Surge então o médico-cirurgião.

⁵⁴ REZENDE, Jorge de – *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995 (7ª edição), p. 1.

Com a imersão do meio médico na arte de partejar, a conceptualização do parto sofreu alterações radicais. Como lembra Jacques Gélis, a obstetrícia vai ser enquadrada com a moda classificatória que marcava a medicina, surgindo uma nomenclatura específica, ao detalhe (tipologias de apresentação do feto, de posição, de variedade), que reconhecia a diversidade e a riqueza do fenómeno da reprodução e do seu momento culminante que o parto representava: «o que era simples no espírito de uma matrona – um corpo deixa um outro corpo que o engendrou, com eventuais complicações geradas no decorrer do tempo – torna-se um saber complexo e uma prática diferente, reservada a quem estudou obstetrícia»⁵⁵. Verificava-se assim uma mediação do saber letrado no âmbito da arte de partejar, constituindo-se um novo campo de saber que naturalmente desenvolve o seu próprio discurso, ou seja, desenvolve uma produção conceptual e vocabular específica e inacessível ao não-iniciado.

Daí que a nova ciência de partejar passasse a assentar essencialmente na capacidade de elaborar um diagnóstico do trabalho de parto, tendo em conta:

- aprendizagem do toque, para detectar a dilatação e extinção do colo e o modo de apresentação, posição e variedade fetal;
- detecção de bacias de risco (pelve) e incompatibilidades feto/pélvicas, ou seja, a desproporção entre a largura da bacia e o diâmetro da apresentação do feto, para cujo efeito se criou uma forma de medição (pelvimetria), avaliando uma eventual distocia materno-fetal.

O cirurgião e a nova realidade familiar

Para se apreender a abertura à intervenção dos homens médicos e cirurgiões no domínio da obstetrícia e, através dela, na privacidade familiar, a par dos saltos científicos e tecnológicos experimentados, importa referir, seguindo Yvonne Knibliehler, a emergência de uma nova dimensão da moral sexual e de uma nova realidade familiar.

Verificava-se uma abertura da intimidade familiar, que se desenhava desde os finais do século XVIII, primeiro nas elites aristocráticas e burguesas do Norte da Europa, mas que alastrou gradualmente às camadas populares e às regiões do Sul,

⁵⁵ GÉLIS, Jacques – *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris :

décalage a que não são estranhas as influências religiosas e laicas: a valorização da vida e do corpo pelos protestantes contribuiu para antecipar a abertura às novas práticas obstétricas. As mulheres (e suas famílias), perante os novos quadros de exercício da obstetrícia, ultrapassavam os problemas de pudor, reconhecendo a validade de uma oferta tecnológica mais promissora para os partos complicados: «entre dois medos, o de morrer e o de ser vista e tocada pelo homem»⁵⁶, escolhiam o de não morrer, ou seja, abriam as portas do lar cada vez mais ao cirurgião, passando a parteira a ser apenas uma opção para os partos normais.

A aceitação do médico ou cirurgião era proporcional à valorização da mulher e da criança na família, decorrente da valorização do casal e da afectividade familiar. Mas, para que a capacidade de optar das populações se pudesse exercer, teve de se esperar pela cobertura geográfica por parte da medicina (o que demorou a verificar-se). Entretanto, com o correr do século XIX, a tendência para a medicalização do parto acentuou-se, num processo que foi paralelo a outros fenómenos ligados à reprodução, através da difusão de uma mentalidade neo-malthusiana, que conduziu à generalização de comportamentos preocupados com a limitação de nascimentos, através de práticas anti-conceptivas (algumas das quais, pelas proporções que assumiram, se tornaram polémicas, como foi o caso do aborto provocado). Com a diminuição acentuada do número de filhos, estes subiram de valor na economia doméstica e no sentimento familiar, pelo que a gravidez, o parto e o recém-nascido tornaram-se objecto de cuidados médicos.

A medicalização na área da maternidade tornou-se imparável, mesmo antes de o médico dispor de quaisquer condições para a superação da mortalidade materna e neonatal ou para a atenuação do sofrimento (através da anestesia). Yvonne Knibliehler refere comportamentos diferenciais conforme as disponibilidades económicas e o prestígio social, sobretudo nos meios urbanos, num certo snobismo: «como o médico se faz pagar três ou quatro vezes mais caro do que as parteiras, chamá-lo é um sinal de prosperidade. As parturientes mais modestas mantêm-se fiéis às parteiras, as mais pobres vão para o hospital».

Foi, contudo, dos hospitais (das suas enfermarias obstétricas) que derivaram os progressos da obstetrícia: por um lado, funcionavam como laboratórios para a

Fayard, p. 278.

⁵⁶ KNIBLIEHLER, Yvonne – *Corpos e Corações*. DUBY, Georges; PERROT, Michèle (dir.) – *História das Mulheres – O Século XIX*. Porto: Edições Afrontamento, 1994, p. 358.

aprendizagem dos médicos; por outro lado, foi lá que se tornaram mais evidentes os efeitos da adopção das regras da antissepsia, regras cuja eficácia o austriaco Semmelweiss descobrira pela década de 1840, mas que só foram aceites e se generalizaram nos hospitais entre 1870-1890, quando Pasteur evidenciou o papel dos microorganismos. Esta prática permitiu diminuir drasticamente as febres puerperais, então a principal causa de morte das parturientes. A combinação da anestesia com a antissepsia permitiu evoluir e utilizar crescentemente uma técnica cirúrgica – a cesariana, que só os hospitais devidamente apetrechados puderam desenvolver, numa prática que se banalizou apenas no decorrer do século XX.

No mundo ocidental, com o parto medicalizado da era pasteuriana, o que aconteceu às parteiras, que transformações induziu o progresso médico neste grupo profissional? Vejamos o que se refere para o caso francês, que é generalizável à maioria dos países (ainda que com cronologias diferenciadas):

Durante este tempo, a clientela das parteiras diminui: a prática liberal deixa de ser rentável. As parteiras entram como assalariadas nos hospitais e nas clínicas privadas; encontram-se aí em posição subalterna, sob as ordens dos médicos a partir de então todo-poderosos, e já não à disposição das parturientes: uma forma tradicional de solidariedade feminina desorganiza-se, e as mulheres perdem toda a autonomia no domínio da reprodução. As barreiras do pudor cedem rapidamente: nada mostra melhor a sua origem cultural e já não ‘natural’. Doravante o protector natural da mulher em trabalho de parto já não é o marido, mas o médico⁵⁷.

Em síntese: a literatura e a prática médica, que se desenvolveram desde os meados do século XVIII, contribuíram para produzir e difundir uma nova verbalização do fenómeno reprodutivo e das patologias inerentes ao parto. Essa verbalização contribuiu para alargar o espaço de intervenção médica, mas foi o efeito da relação entre o visível e o invisível, ou seja, a teoria conjugada com a acção prática a conferir uma nova espacialidade aos cuidados do parto, que cresceram a montante e a jusante, envolvendo a grávida e o recém-nascido numa cadeia de cuidados médicos, que a expressão puericultura, aplicada nos finais do século XIX, pretendia enunciar⁵⁸.

⁵⁷ KNIBLIEHLER, Yvonne – *Ob. cit.*, p. 360.

⁵⁸ Para o caso francês, ROLLET-ECHALIER, Catherine – *La Politique a l'Égard de la Petite Enfance sous la III République*. Paris: INED, 1990. Para o caso inglês, COOTER, Roger (ed.) – *In the Name of The Child. Health and Welfare 1880 -1940*. Londres: Routledge, 1992.

CAPÍTULO III

A PARTEIRA EXAMINADA - REGULAMENTAÇÃO EM PORTUGAL NO QUADRO DAS ARTES DE CURAR (SÉCULOS XV-XVIII)

Alguns elementos da história da medicina revelam-nos que, em Portugal, o processo de normalização do universo das artes de curar foi desencadeado também a partir do século XV e, ainda que possa ter assumido alguns aspectos peculiares, não fugiu aos padrões que se conhecem para os principais países europeus da altura, com relevo para os da França. O que não admira, dado que muitos estudantes portugueses, nos primeiros tempos da nacionalidade, iam como bolseiros do rei estudar medicina para universidades francesas e italianas, nomeadamente para Paris, Montpellier e Bolonha (cite-se o exemplo conhecido de Pedro Julião ou Pedro Hispano que estudou em Paris e foi depois papa com o título de João XXI, em 1276).

O modelo universitário difundiu-se. E nesse processo de difusão se inscreveu a criação dos Estudos Gerais, em 1290, em Lisboa (dando origem à futura Universidade, depois transferida para Coimbra), na qual se instalou um «mestre de física», permanecendo embora os estudos de medicina numa situação de subalternidade perante o estudo das Leis (o lente de Leis ganhava 600 libras, o de medicina apenas 200), com uma única cadeira durante muitos anos (a segunda cadeira de medicina só se instalou no ano de 1493). O grau de licenciado obtinha-se pela frequência dessa cadeira única durante o tempo recomendado pelo lente, mais tarde fixado em quatro anos. Quem tirasse o curso, ficava habilitado para exercer a actividade de físico, mas os detentores dessa licença tinham ainda de disputar a aceitação social, concorrendo num espaço em que abundavam «curandeiros» de origem árabe ou judaica, que asseguravam os tratamentos quotidianos das classes populares, existindo ainda aulas particulares que procuravam habilitar para as artes de curar⁵⁹.

A emergência da autoridade real: o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor

Perante a mistura de artes de curar com vocação e legitimação variadas, impunha-se, segundo uma lógica centralizadora emergente, colocar alguma ordem, surgindo

⁵⁹ MIRA, M. Ferreira de – *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947, p. 19-47.

então os primeiros esforços de normalização neste âmbito por parte do Estado, personalizado no rei, que entregou ao Físico Real (depois designado de Físico-Mor) a missão de reger este campo de actividade. Assim, 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 nenhua pessoa nom uze dello salvo seendo examinado, e aprovado por aqueles que mais sabem pera poderem faser como devem.

E nomeava desde logo o Físico Real, Mestre Martinho, para essas funções, com o direito de emitir carta de habilitação, com selo real, para o exercício, estabelecendo penas de prisão e tomada de bens para os infractores, ou seja, para os que exercessem sem carta⁶⁰. Ferreira de Mira lembra-nos que medida idêntica tinha sido tomada já em 1272 por Jacques I, em França, impondo o exame prévio a quantos quisessem praticar medicina.

Os princípios normalizadores das medidas de D. João I foram retomadas no Regimento do Físico-Mor, datado de 1476, confirmado depois em 1496. E de novo em 1521, por ordem de D. Manuel, com alguns acrescentos. Esta última versão do Regimento, persistia na obrigação de nenhum fisico poder usar da «sciencia da Fysica» sem que fosse examinado «na theorica, e na pratica», devendo ainda fazer prova de ter praticado durante dois anos junto de outros fisicos aprovados, para obter «carta» e, assim, poder curar. Esta disposição tinha, assumidamente, um objectivo ordenador, baseado num argumento de preocupação sobre a saúde dos povo, aspecto que assumia assim dimensão política: «por que as cousas da Fysica andem em melhor ordem, e possamos nisso ser servidos, e nosso Povo melhor provido dos remedios para os doentes: havemos por bem, e mandamos»... A medida destinava-se tanto a fisicos nacionais como aos que viessem do estrangeiro, mas o Regimento de 1521 estabelecia, porém, uma excepção:

⁶⁰AMADO, 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 Sciência de Curar em Portugal» foi republicada depois nos *Archivos de História da Medicina Portuguesa*, (1877), vol. I, em vários números, além de surgirem reproduções dispersas por outras publicações médicas.

aquelles, que assim nos estudos de Lisboa forem graduados em grau de Doutores, ou Licenciados por outros, e suficiencia: havemos por bem, que não sejam obrigados a outro exame, nem hajam de haver Carta do nosso Fysico mor para curarem; porque para poderem curar queremos, que lhes baste a Carta, que houverem do estudo de cada hum dos ditos graos de Doutor, ou Licenciados, sendo feitos por cursos, e testemunhos de suficiencia, como dito he.

O poder conferido à Universidade tornava-se visível neste processo de ordenamento: os seus licenciados ganhavam superioridade em relação aos demais práticos, bastando-lhes a licença universitária para exercerem, enquanto outros fisicos, mesmo que tivessem outros tipos de ensino ou cursos, do interior ou do exterior do Reino, seriam sempre submetidos ao exame do Físico-Mor (a pedido da Universidade, por alvará de 20 de Março de 1556, os bacharéis, com menos uma cadeira do que os licenciados, passaram também a poder curar livremente)⁶¹.

Mas havia um problema ainda reconhecido pelo Rei no Regimento, que era o de existirem muitos lugares em que havia «fisicos examinados». Assim, para que «em alguma maneira os homens sejam remediados em qualquer boa guisa em sua infirmitade, e casos em que não seja com toda a perfeição, porem com algum remedio, porque de todo não careção delle», permitia-se que homens ou mulheres que nesses lugares curassem «por experiencia» viessem examinar-se ao Físico-Mor só daquilo que sabiam, trazendo certidão do respectivo concelho a atestar a sua prática. O Físico-Mor lhes levaria duas dobras de 370 réis cada e lhes passaria certidão apenas da enfermidade em que sabiam curar⁶². Note-se que este Regimento também contemplava o officio de boticário, o qual, para assentar botica ou exercer actividade, passava igualmente a depender de exame perante o Físico-Mor e da respectiva carta, sendo-lhe proibida qualquer parceria com fisicos⁶³.

Paralelamente, desenvolviam-se dispositivos ordenadores para os cirurgiões semelhantes aos do Regimento do Físico-Mor. É o que se verifica em 1448, no Regimento do Cirurgião-Mor, publicado no reinado de D. Afonso V, no qual se evocam medidas ainda anteriores. Por este Regimento se conferia ao Cirurgião-Mor autoridade para examinar e «dar cartas áquelles que achar aptos» nesta área, que

⁶¹ Nas cortes de 1535, pediu-se que todos os fisicos e cirurgiões fossem examinados na Universidade e só depois recebessem carta para exercer a profissão, reclamação que não foi atendida, continuando as disposições previstas nos Regimentos. Cf. MIRA, M. Ferreira de – *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947, p. 85-86.

⁶² Regimento do Fysico Mor. *Systema, ou Collecção dos Regimentos Reais*, tomo 6, Lisboa: MDCCXCI, p. 338 -343.

respeitava às intervenções no corpo humano de fora para dentro (enquanto a «física» englobava os tratamentos através da prescrição de remédios), dando-se ainda ordens gerais a todos os oficiais de justiça para prenderem quem usasse da arte de cirurgia sem licença⁶⁴. Se o Cirurgião Mor mediante exame, podia passar carta a quem lhe demonstrasse ter conhecimentos apropriados, a partir do alvará, assinado por D. Sebastião, de 26 de Julho de 1559, os candidatos ao exame para a arte de Cirurgia e Anatomia deveriam provar que estudaram durante dois anos no Hospital de Todos os Santos⁶⁵, em Lisboa, com excepção dos que tivessem cursado nas universidades de Coimbra, Salamanca ou no hospital de Guadalupe (Espanha)⁶⁶, os quais poderiam ser examinados de imediato. Eis um aspecto interessante pois já evidenciava uma convergência tendencial entre a actividade de físico e a de cirurgião, mas essencialmente no sentido de apenas o físico, vindo da universidade, começar a ter legitimidade para cobrir a área da cirurgia⁶⁷.

Criava-se, assim, um campo profissional que podemos designar de «medicina oficial», em que a certificação universitária reconhecida pela instituição real era o grande elemento distintivo, com um posicionamento hierárquico superior, ao qual se deveriam sujeitar todas as artes de curar. Cumpria-se, bastante cedo, uma etapa da construção profissional que ajudou a medicina a constituir-se como uma das primeiras profissões, a etapa da licença concedida pelo Estado, legitimada com base num «saber» que teria de ser emanado pela Universidade.

⁶³ Para o boticário, cf. ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles da – *Da Oficina à Universidade. Continuidades e Mudanças na Construção da Profissão Farmacêutica*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (dissertação de doutoramento), 1999.

⁶⁴Regimento do Cirurgião-Mor do Reino, dado por El-Rei D. Afonso V. *Gazeta Médica do Porto*. nº 244 (1850), p. 422.

⁶⁵ O Hospital de Todos-os-Santos foi construído em Lisboa, entre 1492 e 1501, na zona do Rossio, com o objectivo de se criar um grande hospital, num grande edifício, que integrasse várias unidades assistenciais que então existiam na Capital. Foi o centro irradiador da arte cirúrgica em Portugal, durante muitos anos, com obrigação de o cirurgião interno ler uma lição de anatomia todos os dias, com auxílio de dois moços. MIRA – *Ob. cit.*, p. 97-100.

⁶⁶ MIRA, M. Ferreira de – *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947, p. 86. Documento transcrito in *Archivos de Historia da Medicina Portuguesa*, 1887, vol. II, 1888, p. 26.

⁶⁷ A distinção entre físicos e cirurgiões começou a ser essencialmente formal, como se vislumbra pela necessidade régia de continuamente insistir na separação entre as duas áreas, mas reconhecendo também a possibilidade de os dois tipos de licenças coincidirem nas mesmas pessoas. Veja-se a carta de nomeação do Físico Mor Dr. Diogo Lopes, com acrescentos ao Regimento, datada de 25 de Fevereiro de 1521: «mandamos que nenhum Cirurgião possa curar de Fizica, no modo que ordenámos, e havendo Carta do Fízico Mor para poder curar; e curando de Fizica sem ella incorrerá nas penas que temos postas; e assim defendemos e mandamos aos Fízicos, que se não intrometão a curar de Cirurgia, sob as ditas penas, salvo sendo examinados, e havendo Carta do Cirurgião Mor». *Archivos de Historia da Medicina Portuguesa*, 1887, vol. I, 1887, p. 93.

Num segundo patamar de reconhecimento social surgiam os apenas examinados pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor, de forma ramificada, conforme à separação tradicional das duas autoridades centrais, embora esta separação tivesse cada vez menos significado, pois os dois cargos coincidiam algumas vezes na mesma pessoa⁶⁸. De qualquer modo, os cirurgiões estiveram sempre submetidos a físicos, porque, como assinalou Silva Carvalho, o lugar de Cirurgião-Mor, a quem ficava «reservada a habilitação e jurisdição sobre os cirurgiões», sempre foi destinado a um «físico do Paço», ou seja, um médico próximo do rei, com diploma universitário de bacharel ou licenciado. Deste estatuto andavam afastados os cirurgiões, quase sempre considerados como «práticos sem a menor ilustração que, acompanhando outros como ajudantes durante alguns anos, adquiriam os mais elementares conhecimentos da arte» ou apenas como barbeiros e sangradores, recrutados muitas vezes entre os criados dos médicos⁶⁹.

A «física» ou medicina de formação universitária constituía-se como poder influente, legitimava-se em torno de um saber adquirido na universidade a que poucos tinham acesso, com o grau universitário a assegurar uma cobertura geral no exercício da arte de curar, garantindo legitimidade para uma maior diversidade de abordagens médicas. E passava a controlar as outras artes de curar que tolerava como mal menor, restringindo-lhes a acção: os que não tinham curso universitário apenas ficavam com licença para um exercício circunscrito, como curar certas doenças para as quais demonstraram alguma prática, surgindo, por exemplo, o algebrista, o catarateiro, os que, não tendo designação própria, sabiam curar hérnias, tirar pedras, extirpar lobinhos, curar chagas na garganta, curar cancros, curar corrimentos, endireitar espinhelas, tratar a tinha, pôr ventosas.

Na verdade, como nota Ferreira de Mira, os graduados eram uma pequena «aristocracia da profissão» que só residia nas cidades, proliferando nas aldeias os iletrados nas artes de curar, os «idiotas» como a literatura da época os designava. A concorrência funcionava, mas de forma desigual, pois, por alvará de 12 de Março de 1608, foi determinado que o Físico-Mor não desse carta para curar quando destinadas a indivíduos de localidades em que residissem graduados pela Universidade de

⁶⁸ Por exemplo, em 1556 o Físico-Mor do Reino foi encarregado da aula de cirurgia e anatomia no Hospital de Todos-os-Santos. MIRA, M. Ferreira de - *Ob. cit.*, p.100.

⁶⁹ CARVALHO, Silva - *História da Medicina Portuguesa* (Separata de *Portugal. Exposição Portuguesa em Sevilha*). Lisboa: Imprensa Nacional, 1929, p. 8.

Coimbra⁷⁰. Este diploma consagrou um privilégio de superioridade dos médicos formados por Coimbra, reservando-lhes o mercado de pacientes. Foi um privilégio que se arrastou longamente em relação a médicos de outra origem até ao século XIX (1866), incluindo os médico-cirurgiões que, desde 1825, começaram a ser formados nas novas Escolas de Lisboa e Porto.

A parteira nas artes de curar

É neste contexto de ordenamento das artes de curar que devemos integrar a preocupação de regulamentar a arte dos partos. Em termos oficiais, pelo alvará de 3 de Março de 1565, as parteiras não poderiam exercer mais o seu ofício 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 tornara-se, como vimos, um procedimento de normalização para a obtenção de carta nas artes de curar e, por si só, pouco nos diz sobre a qualificação exigida, que não poderia ir muito além dos procedimentos empíricos e usuais entre as mulheres de então.

O exame mostra-nos, contudo, a dependência das parteiras de outro saber presumidamente mais alto, que tinha poder para seleccionar e, logo, restringir as profissionais a habilitar – esse poder era ainda difuso, pois ia desde o Cirurgião-Mor ou seu representante aos detentores do poder local (civil e religioso) que atestariam os qualificativos sociais exigidos. Esta exigência de contornos morais sobre a sua conduta revela-nos também a exigência de a parteira viver conforme aos padrões sócio-culturais e 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 ou desviantes no campo da reprodução.

Como podemos observar, quase todas as normas assinaladas estão já incluídas no «regimento das parteiras», conforme o *Livro dos Regimentos dos Oficiais Mecânicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lisboa*, compilado em 1572, com cujo texto abrimos esta primeira parte da dissertação. Aí, numa só página, se vislumbra aquilo que são os padrões europeus da época para o exercício da arte de partejar, inscrita no

⁷⁰ MIRA, M. Ferreira - *Ob. cit.*, p. 88.

sistema de ofícios corporativos: exame, certidão, juramento, penalidades para a infração de exercício sem carta profissional ou perante o não cumprimento na actividade quotidiana das escassas observações prescritas. Estas observações passavam por assegurar o sacramento da confissão da parturiente como condição prévia para que a assistência fosse prestada, revelando a supremacia da Igreja católica no quotidiano (esta obrigação de assegurar a ministração dos sacramentos era também extensiva aos médicos e cirurgiões)⁷¹; por controlar os tempos de gravidez, de forma a não fazer perigar a vida da parturiente, uma insinuação óbvia para evitar partos provocados antes do tempo, colocando a parteira numa clara função de controlo social; finalmente, por reconhecer a capacidade superior do médico ou do cirurgião, no sentido de darem conselho ou intervirem nas situações complicadas que suscitassem dúvida à parteira⁷². Mas, sublinhe-se, no «Regimento das parteiras», registado em 1572 na Câmara de Lisboa, ainda não se fala do exame perante o Cirurgião-Mor, mas tão só perante o físico da cidade, pelo que aquele Regimento deverá ser bastante anterior ao alvará de 3 de Março de 1565, acima citado.

A aplicação das normas para o exercício nas artes de curar não terá sido fácil, sobretudo à medida que se saía da capital e se penetrava no mundo rural. Ir a Lisboa para tirar carta perante o Físico-Mor ou o Cirurgião-Mor, ou perante os seus representantes nas principais cidades, não era para toda a gente, num tempo em que viajar era difícil e perigoso. Sabemos como ainda hoje subsistem curandeiros em zonas interiores e isoladas! Era preciso ir a todos os lugares do Reino! Pois bem, em 1631, em período de dominação filipina, o Cirurgião-Mor «vai visitar o Reino», por ordem real, para tomar conhecimento *in loco* das realidades respeitantes ao seu ofício, sendo-lhe passado um Regimento para aplicar nas diversas situações. Para além do registo dos nomes dos cirurgiões em livro próprio, para conhecimento da autoridade e permitir eventuais chamadas, cabia ao Cirurgião-Mor condenar todos os que exercitavam uma arte de curar sem licença, uma medida de fechamento do campo inerente às diversas artes de curar, presente já desde os primeiros regimentos, mas

⁷¹ Note-se que, na aceitação de doentes do Hospital de Todos-os-Santos, que ocorria pelas 7 horas, o doente era levado primeiro à igreja do Hospital, «onde se confessava e recebia os sacramentos, e só depois passando à enfermaria onde ficava internado» (MIRA – *Ob. cit.*, p. 99). Ou seja, primeiro limpava-se a alma, para depois se tratar do corpo, conforme as concepções médico-religiosas dominantes na época, garantindo-se a ortodoxia católica através dos rituais sacramentais, conforme ao espírito da Contra-Reforma.

⁷² *Livro dos Regimentos dos Officiaes Mecanicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lixboa (1572)*. Publicado e prefaciado por Vergilio Correia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926, p. 215-216.

cujo grau de execução deveria ser escasso. Agora, ajustavam-se as penalizações, prescrevendo-se as seguintes multas:

- 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;
- Os que sangrassem sem licença pagariam dez cruzados (4000 réis);
- A falta de licença na prática das artes de parteira, de algebristas («pessoas que concertão braços e pernas»), dos que «dão suadouros», dos dentistas e dos que «curam doudos», era apenas castigada com dois mil réis⁷³.

Entretanto, outra função do Cirurgião-Mor no seu périplo pelo Reino era o de fazer exames, assessorado nessas ocasiões por dois cirurgiões, aos que quisessem usar o ofício de Cirurgia, pedindo-se agora aos candidatos como requisitos para o exame saberem latim e terem praticado no hospital da terra onde viviam ou, não havendo hospital, demonstrarem com documento uma prática de 4 anos junto de cirurgião. O exame dava direito a carta com selo da chancelaria, quando aprovados e pagas as respectivas custas. Os exames estendiam-se às restantes artes de curar, embora a exigência letrada só se impusesse aos cirurgiões, num claro sinal de distinção. Por exemplo, com auxílio de dois barbeiros, examinaria os candidatos a sangradores, passando-lhes a respectiva licença. E da mesma forma, o Cirurgião-Mor examinaria

⁷³ Extracto do *Regimento do Cirurgião-Mor* (1631):

A pena dos que se acharem usando de qualquer ofício de cirurgia, sem licença, ou carta, serão dez mil réis somente, como está determinado no regimento do físico-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, quae lhes parecer, havendo-os de S.M., os escolherá, e com eles examinará todos os que houverem de usar o ofício 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, quais lhe parecer; e da mesma maneira as pessoas que concertam braços, e que tiram dentes, e os mais que pertencem ao seu ofício; 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*. n.º 244. (1850), p. 409.

as parteiras, assessorado por duas outras parteiras já examinadas, cobrando como custas do exame 600 réis para si e mais 300 réis para cada uma das outras examinadoras. Em caso de aprovação seria passada a carta, pela qual levaria mais três cruzados⁷⁴.

Como se pode verificar, o Regimento do Cirurgião Mor do Reino, datado de 12 de Dezembro de 1631, ainda que impondo um princípio de autoridade central, representou também uma conciliação ou condescendência com as populações da província, pois aceitava os praticantes locais com base em experiências circunscritas, exprimindo naturalmente uma representação de estatuto diferenciado nestas artes de curar em que se verificavam intervenções no corpo humano. Uma nítida hierarquia colocava o médico no topo, para quem existia grau universitário, seguindo-se-lhe o cirurgião, para quem pré-requisitos (incluindo saber letrado) e emolumentos eram os mais exigentes e elevados das restantes artes de curar. Sangradores eram os oficiais que se seguiam nessa hierarquia. Já parteiras, dentistas, algebristas pagavam menos e as respectivas cartas de licença nem sequer iam à chancelaria real, ocupando, em conformidade, a base desta pirâmide. Mas, com a excepção dos médicos legitimados pela Universidade, todos estavam sujeitos à supervisão do poder central, que chamava a si a certificação de saberes e a jurisdição sobre as diversas artes. Sublinhe-se o facto de a candidata a parteira fazer, então, exame perante o Cirurgião-Mor e duas parteiras encartadas, parecendo que o princípio corporativo de ser examinada por colegas de ofício teve também alguma repercussão neste domínio.

A normalização subjacente ao Regimento do Cirurgião-Mor, publicado em 1631, não ia para além do direito legal do exercício da profissão⁷⁵, restringindo esse direito aos «examinados» nas diversas artes de curar, estabelecendo penas para os infractores. Mas, especificados os diversos profissionais das artes de curar, no campo da formação tudo se deixava depois ao hábito de praticar com profissionais mais velhos, como era de tradição das artes mecânicas dos tempos corporativos, além de se conhecerem artimanhas e subornos para aquisição de documentação habilitadora ao exercício, atestando uma falsa prática, como se documenta abundantemente no

⁷⁴ Regimento Cirurgião Mor do Reino. *Systema, ou Collecção dos Regimentos Reais*, tomo 6, Lisboa: MDCCXCI, p. 343-346. Observe-se que cada cruzado equivalia a 400 réis.

⁷⁵ Em 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.

publicismo médico⁷⁶. De resto, a exigência de deslocação à Corte para obtenção do exame era um sacrifício a que poucos se sujeitavam, ainda mais pairando a incerteza da aprovação e o elevado pagamento exigido, compreendendo-se assim que os «não examinados» cobrissem «sanitariamente» o país.

A frequente renovação de medidas reais a apontar penalizações dá-nos a dimensão do incumprimento das normas anteriores. Cerca de um século depois, segundo carta régia de 17 de Agosto de 1740, o Cirurgião-mor, evocando a tradição e concessões de idêntico sentido já feitas ao Físico-Mor, suplicava ao rei autorização para nomear médicos «de bom nome e satisfação» nas terras do Reino que, sob sua comissão, pudessem tirar devassa «das pessoas que intrusamente, e sem aprovação, nem licença, usavam da arte de Cirurgia, sangravam, e faziam as mais cousas pertencentes a esta arte; como também das mulheres que tomavam o officio de Parteiras, sem serem examinadas, e dos Algebristas, e Sacamolas, que se applicavam a estes ministérios, sem carta de licença, o que tudo lhe era prohibido pelo Regimento do Supplicante». Para além da devassa, os médicos ou cirurgiões deveriam ser comissionados para fazerem exames nas suas localidades, acompanhados de outros oficiais examinados do respectivo officio, tais como cirurgiões, sangradores ou parteiras, àquelas «pessoas, que querião seguir, e exercitar esta arte, examinando-os; e isto por se lhe evitar o trabalho, e gastos que fazião vindo examinar-se a esta Corte na presença dos Cirurgiões móres, e ainda agora erão obrigados a fazer as mesmas despezas, se viessem examinar-se perante o Supplicante; o que tambem pelas mesmas causas se concedera aos Fysicos móres, para que os seus Commissarios lhe podessem fazer as ditas diligencias, pela obrigação, e assistencia quotidiana, que devião fazer no meu Real serviço»⁷⁷. Era o poder central a reconhecer a necessidade de medidas de descentralização administrativa, como forma de controlar e legalizar através de exame, num processo de ordenamento que parecia vagaroso e pouco eficaz, perante o peso da tradição nas artes de curar.

Nesta carta régia de 1740 surgem indícios de rivalidade, quando o Cirurgião-Mor solicitava ao rei o mesmo tipo de concessões já antes concedidas ao Físico-Mor. Embora o Cirurgião-Mor fosse sempre um médico, a eventual emulação poderia

⁷⁶ Cf. MIRA, M. Ferreira de - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947. Ao longo desta obra são apontadas diversas situações.

⁷⁷ Provisão pela qual o Cirurgião mór pode commeter aos Medicos de outras Provincias tirar devassas dos casos conteúdos em seu Regimento, e fazer exames. *Systema, ou Collecção dos Regimentos Reais*, tomo 6, Lisboa: MDCCXCI, p. 346-347.

dever-se ao diferente estatuto social dos cargos e relevava da longa disputa entre físicos (depois designados por médicos) e cirurgiões. Alguns historiadores da medicina, como Silva Carvalho⁷⁸, sublinharam que a criação do cargo de Cirurgião-Mor foi mais tardia que a do Físico-Mor, explicando esse atraso 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 formação letrada, frequentavam a universidade, seguiam os livros dos sábios filósofos e teólogos, receitavam remédios, 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. Historicamente, a origem destes físicos era o convento, aonde liam livros de autores antigos e preparavam botica, achando indigno da sua condição o uso das mãos nos corpos sujos pelo pecado, até porque o catolicismo impediu durante muito tempo a intervenção sobre os corpos, vista como uma profanação. Os físicos tratavam assim do interior do corpo, eximindo-se dos serviços de cortar, sangrar, endireitar ou tratar de chagas a pessoas de baixa condição, tarefas que deixavam aos cirurgiões e afins. Estamos, pois, perante a conhecida dicotomia entre expectantes *versus* activos, que, na generalidade, se reflecte na de físicos *versus* cirurgiões.

Entre os «activos» devemos, pois, incluir os diversos especialistas das artes de curar, a quem se passou a exigir exame e pagamento de emolumentos, já que a fiscalização provavelmente ficaria apenas por este controlo administrativo. Silva Carvalho descreve-nos muitos destes cirurgiões ambulantes, improvisados especialistas de «endireitar membros desmanchados ou quebrados, de aplicar unturas, clisteres, ventosas, tratar de chagas, doenças da pele, de olhos, de hérnias, doenças das bolas, corrimentos e gálico», muitos dos quais corriam, «de mochila ao ombro e apoiados a um bordão», castelos, feiras e aglomerações urbanas, armando tenda, pagando-se de imediato dos seus serviços.

Observe-se que o quadro médico do ponto de vista terapêutico, para os diversos agentes das artes de curar, era então muito restrito, oferecendo escassas disponibilidades: aplicavam-se as soluções hipocráticas, galénicas e árabes que, por via popular, persistiram longamente no imaginário ocidental. Dominando, então, a

⁷⁸ CARVALHO, Silva – *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1929.

teoria dos humores, a doença era representada como um desregramento em que um ou mais desses humores deixava de circular convenientemente no corpo, sendo necessário desenvolver acções de desobstrução, representadas por sangrias, vômitos, purgações, diurese e transpiração. A prática repetida desses exercícios levava os pacientes a morrer frequentemente mais da cura do que da doença. Dava-se relevo à influência dos astros na saúde das pessoas, às alterações das excreções (sobretudo da urina), à observação da língua, atribuindo funções sobrenaturais e mágicas a certos produtos dos reinos vegetal e animal. Mas deve dizer-se que a medicina universitária também vivia do comentário erudito das obras dos grandes mestres de antigamente, como Hipócrates, Galeno e Avicena, não diferindo muito na terapêutica, pois, como nos diz Silva Carvalho, «os remédios heróicos de que usavam e abusavam eram os cautérios, os fontículos, as sangrias gerais e locais, os vesicatórios, as purgas e os vomitórios»⁷⁹, insistindo nas fórmulas medievais, mesmo quando já, pelo século XVIII, surgiam os inovadores tratados de Boerhave, Hoffmann e Sthal, que propunham o exame minucioso do doente.

Era esta a grande família das artes de curar, de cuja árvore a parteira constituía um ramo, com uma prática relativamente autónoma, mas tendo de recorrer obrigatoriamente aos médicos ou cirurgiões em situações complexas. Tal como em outros países, também em Portugal as parteiras examinadas tiveram origem essencialmente urbana e fixação preferencial nas cidades, como forma de estas comunidades, através da sua organização municipal, resolverem os problemas ligados às mães e aos recém-nascidos, no sentido de diminuir a elevada mortalidade. Os espíritos urbanos resignavam-se menos à explicação divina e ao princípio do pecado para explicar os insucessos da maternidade, não se conformando: os níveis de mortalidade materna e neo-natal atingiam, nas cidades, maior significado, em face da acumulação de gente de todas as condições sociais, agravando as condições de salubridade, sendo muitas das parturientes desprotegidas de apoio familiar. Para assegurar funções na comunidade criavam-se «partidos» municipais» (lugares com contrato), tanto para médicos como para parteiras, e procedia-se 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.

⁷⁹ CARVALHO, Silva - *Ob. cit.*, p. 8-24.

No âmbito do campo sanitário definido pela legislação que vimos referindo e produzida em Portugal, é possível encontrar referências a situações de registo de licenças para exercer as artes de curar. Para o caso do Porto, dispomos de um minucioso trabalho de pesquisa documental realizado por J. A. Pinto Ferreira⁸⁰ sobre os *Livros de Registo Geral* da Câmara Municipal dessa cidade, depositados no Arquivo Histórico Municipal do Porto (Casa do Infante). Nesse trabalho, o autor disponibiliza uma longa lista dos registos efectuados na municipalidade no âmbito das artes de curar, desfiando um longo rol de parteiras, sangradores, dentistas, cirurgiões, algebristas, curadores de tinha, emplastradeiras, boticários, alguns dos quais acumulavam algumas destas actividades. A transcrição dos textos das «cartas de curar» são por si sós, na sua minúcia, ilustrativas das práticas vividas neste domínio e das formas de concessão das licenças.

A leitura de algumas cartas revela-nos o mundo fabuloso em que decorria o licenciamento das artes de curar, o carácter hereditário do ofício, com os segredos da arte a transmitirem-se de geração em geração. 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. Havia uma grande margem de arbítrio por parte da tutela, sendo determinantes as testemunhas de prática anterior e o juramento na Câmara sobre os Santos Evangelhos para que «bem e verdadeiramente use do que dito é, como cumpre ao serviço de Deus e de Sua Majestade». Veja-se a 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 curas 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 errada⁸¹.

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

⁸⁰FERREIRA, 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.

sobre as mesmas circunstâncias. O desvio à lei estendia-se a todas as artes de curar, como a todos os domínios da sociedade. Daí que os delineamentos institucionais, a partir de leis, regimentos ou regulamentos, tivessem uma validade relativa, ajudando-nos sobretudo a esboçar os grandes quadros em que se moviam os actores sociais nos jogos de poder e nas suas estratégias. Em todo o caso, num trabalho que privilegie uma dimensão temporal alargada, a legislação e os procedimentos burocráticos dela decorrentes são o principal e quase único elemento documental disponível, indispensável para apreendermos realidades, comportamentos e ambientes.

Neste contexto, prestemos atenção ao procedimento burocrático da parteira, através da primeira carta registada na Câmara do Porto, atrás referida, datada de 14 de Setembro de 1667, exemplo de um modelo que se repetiu com poucas variações.

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 requeiro 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. . .

In 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.

O Físico-Mor, que nesta altura acumulava com o cargo de Cirurgião-Mor, dava licença a Maria da Cunha «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», uma vez que tinha sido examinada por dois médicos a quem dera comissão, pedindo às justiças que a deixassem exercer livremente; mas para isso

⁸¹ 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. 522-523.

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».

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 passou 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, ou seja, a licença para exercer, era, portanto, determinante, podendo mesmo, a partir daí, ela própria denunciar e exigir justiça sobre as comadres que não pudessem apresentar licença. Documento escrito, com atribuições profissionais registadas, a licença introduziu no mundo «sem escrita» das curiosas e da domesticidade feminina uma nova dimensão, a da responsabilização individual, num quadro geral das artes de curar e das suas relações com o Estado que se subordinava agora a leis escritas. Se nos universos da cultura oral, as ordens se podiam diluir mais facilmente, agora tornava-se «menos fácil fugir a uma ordem que foi posta por escrito e traz uma assinatura carregada de autoridade»⁸². A carta de parteira funcionava, assim, como um contrato entre a parteira e o Estado, com as suas prescrições a serem susceptíveis de confronto com a realidade (ainda que a parteira não saiba ler) por parte dos elementos burocráticos que dão forma à autoridade, a qual, mediada pela comunicação escrita, se despersionaliza. Por essa via, a parteira deve conter-se nos parâmetros que lhe são definidos na carta que funciona como licença, bem como aceitar os que definem as áreas de acção das outras artes conexas, nomeadamente as que asseguram ao cirurgião (a arte que mais colide com a sua) o uso exclusivo de instrumentos cirúrgicos.

É neste quadro, já claramente de «dominação legal-racional», que surgem as parteiras «examinadas», desenvolvendo um saber experiencial, através da prática junto de outras «comadres» mais velhas, submetendo-se a um exame posterior. Ou seja, a nova parteira não podia emergir espontaneamente, apenas por vontade ou disponibilidade própria (como acontecia com as «comadres»), mas tinha de submeter-se a alguns dispositivos de selecção e a princípios delimitadores da sua acção, por efeitos da divisão de áreas de actividade, típica da organização corporativa, imposta pelas normas do poder central e do seu aparelho de disciplinamento da sociedade.

CAPÍTULO IV

POR UMA NOVA MEDICINA: AS PROPOSTAS CURRICULARES DE VERNEY E RIBEIRO SANCHES E SUAS INCIDÊNCIAS NA «ARTE DA PARTEIRA»

Tornou-se recorrente o facto de os historiadores da medicina em Portugal salientarem a falta de acompanhamento das novas práticas médicas que, pelo século XVIII, se iam promovendo no estrangeiro, nomeadamente no sentido da rejeição e superação das práticas arcaicas, perante 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. Com a concepção cartesiana introduzia-se uma ruptura completa na forma de encarar a doença, forjava-se verdadeiramente um novo paradigma científico, que ajudou a modelar a modernidade: o corpo surge como realidade autónoma, como uma máquina que é preciso conhecer e reparar quando dos seus disfuncionamentos ou desequilíbrios.

As posições cartesianas reconfiguram a medicina como prática científica, como um saber sobre o corpo, desenvolvendo-se uma nova função social: a doença deixa de ser um problema entre o doente e Deus, para interessar à sociedade e imputar-lhe obrigações. Legitimava-se, assim, uma medicina mais interventiva e analítica, onde o conhecimento da anatomia e da patologia se tornaram imprescindíveis, produzindo-se novos saberes, que se desenvolveram gradualmente, embora a ritmo desigual conforme os países e as culturas. As universidades, à medida que se ligaram aos hospitais, evoluíram para este campo de formação e de produção de conhecimento, mas tudo foi muito lento. O alcance de algumas descobertas nos séculos XVII e XVIII não foi atingido de imediato, outras só tiveram 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.

⁸² GOODY, Jack – *A Lógica da Escrita e a Organização da Sociedade*. Lisboa: Edições 70, 1986, p. 146.

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 pelas perseguições da Inquisição, mas que, 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. Importa, por isso, a aproximação a alguns discursos médicos inovadores, que enunciavam novas representações e apontavam para novas construções do real, nomeadamente quanto aos princípios de produção de saberes nas artes de curar e às formas organizacionais de transmissão desses saberes. Na lógica cartesiana, tais saberes deveriam ser difundidos e universalizados, criando-se processos cumulativos na promoção do saber científico, ou seja, o saber moderno deveria ser um saber aberto por oposição ao fechamento e à lógica de segredo dos saberes tradicionais. Dada a influência que os discursos de alguns autores vieram a ter na reforma do ensino médico e da organização da autoridade sanitária, uma abordagem breve desses autores é uma das escassas formas de aproximação ao debate profundo que então se vivia sobre a reconfiguração das artes de curar e das novas modalidades apontadas para o sistema sanitário, procurando-se vislumbrar qual o sentido indicado para a actividade desenvolvida pelas parteiras neste contexto.

O sentido precursor de Rodrigo de Castro

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 excepção 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, em latim, *De Universa Mulierem Medicina* (1603), livro que o consagrou como um dos criadores da moderna 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 de anomalias fetais, as molas, a falsa gravidez, os vómitos e náuseas), doenças das puérperas e das mulheres que amamentam, aborto e cesariana, 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 ainda frequente a aceitação de várias superstições que ao tempo dominavam⁸³.

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 ensino do latim, o que os impedia de contactarem de imediato com os avanços científicos que se iam dando no exterior noutras línguas (francês, inglês, alemão, italiano). 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 conhecimentos de anatomia e os ensinavam aos praticantes, passando-se mesmo a exigir aos pretendentes à carta de cirurgia uma certidão de terem estudado anatomia⁸⁴.

Propostas de Luís António Verney

Na verdade, o atraso dos portugueses relativamente ao progresso estrangeiro gerava discussão nos meados do século XVIII, nomeadamente por intermédio dos «estrangeirados», homens de cultura, viajados ou experientes, que criticavam, nos

⁸³LEMOS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*, I volume. Lisboa: Manuel Gomes Editor, 1899, p. 260 -270.

⁸⁴CARVALHO, Silva - *Ob. cit.*, p. 23.

variados domínios, as práticas castiças e acreditavam no progresso que levaria à descoberta de técnicas para resolver todos os problemas. A obra de Luís António Verney, *Verdadeiro Método de Estudar*, publicada em 1746, denunciava já o atraso português e tornou-se uma referência para as discussões deste género, ao sublinhar o esquecimento das «matérias acessórias» e da anatomia, bem como a persistência de «fantasias médicas», além da falta de método e de ordem⁸⁵.

Ainda que de forma um pouco confusa, o frade capuchinho Luís António Verney dedicou algumas das suas cartas (particularmente a 12^a) que compõem o *Verdadeiro Método de Estudar* à cultura médica e à insuficiência que se verificava em vários domínios⁸⁶. Utilizando frequentemente Boerhaave, entre outros autores, Verney passou em revista as práticas do seu tempo, criticou fortemente Curvo Semedo e as suas diversas receitas e obras, não esquecendo os cirurgiões: «Com efeito, os Cirurgiões Portugueses quase todos são meros sangradores. Sabem dar alguns pontos; e os que sabem mais e são poços de ciência murmuram alguma coisa sobre os quatro elementos, ou qualidades ocultas. Porém, a verdade é que a Cirurgia pede outros fundamentos que eles não entendem»⁸⁷. O corpo central desta carta residirá, porém, no «plano de estudos modernos de medicina», que, genericamente, passava pela necessidade de primeiros estudos (filosofia moderna e história da medicina), por estudos anatómicos, pelas designadas «instituições médicas» (uso das partes de corpo, patologia, semiótica, higiene e terapêutica) e pela *praxis* médica. Verney apresentava ainda, para este mesmo efeito, listas bibliográficas que recomendava para as diversas cadeiras propostas. Tratava-se, pois, de sugerir uma formação que considerasse os dois domínios: «a Cirurgia, que cura as doenças externas, ou que se podem tocar; e a Medicina, que cura as internas»⁸⁸.

⁸⁵ LEMOS, Maximiano – *História da Medicina em Portugal*, 2º volume. Lisboa: Dom Quixote, 1991 (2ª edição), p. 185-187.

⁸⁶ O sumário desta carta, nas edições primitivas, era o seguinte, dando uma ideia geral da sua posição crítica: «Trata-se da Medicina, que é uma consequência da Física. Não é imprópria nos Religiosos. Requisitos da Medicina. Que o Medico, além de Físico, deve ser um grande Anatómico. Ignorância da Anatomia em Portugal, e principalmente na Universidade. Prejuízos que os Portugueses têm nesta matéria, por cuja razão, não podem saber Medicina. Ódio que os Galénicos têm aos Anatómicos, e por que razão. Abuso dos remédios por falta de boa Física e Mecânica. Que os remédios, pela maior parte são imposturas: principalmente os segredos mais louvados. Que o galénico, não pode ser boa prática. Que a Cirurgia, em Portugal, é totalmente ignorada. Aponta-se o método de estudar a verdadeira Medicina e Cirurgia. Apontam-se os melhores autores em Anatomia, Química, Medicina, Cirurgia». VERNEY, Luís António – *Verdadeiro Método de Estudar*. Volume IV. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1952, p. 1 (edição organizada por António Salgado Júnior).

⁸⁷ *Ob. cit.*, p. 60.

⁸⁸ *Ob. cit.*, p. 56.

O tema médico é retomado por Verney num texto posterior, no qual fez considerações relativas à clínica de partos, referindo-se ao exemplo francês do Hospital de Paris, que recebia «mulheres prenhes e pobres, quinze dias antes do parto», em torno das quais os cirurgiões faziam o ensino:

Estas mulheres parem diante dos Cirurgiões, os quais nelas ensinam aos discípulos como se hão-de regular nos partos de tempo, e antes de tempo; como devem, nos partos difíceis, dilatar suavemente com a mão a boca do útero, romper as tunicas do feto, voltar a criança que apresenta a barriga ou costas, tirá-las pelos pés, que é o mais seguro, tirar a placenta, purgar a madre de algum sangue coalhado que causa perigosos fluxos de sangue. No caso que a criança morra, ou apodreça, como se pode tirar, com que instrumentos ou tenazes, etc.. Esta notícia é sumamente importante, para livrar a vida a muitas mulheres, que frequentemente morrem por culpa dos Cirurgiões que ignoram como se fazem estas operações; e também para salvar a vida, ou ao menos a alma, a muitas crianças que morrem no parto, sendo certo que as parteiras são todas ignorantíssimas. Basta que V. P.[Vossa Paternidade] leia a bela obra que sobre os partos compôs M. de Mauriceau, em Francês (que hoje se acha também em italiano), para conhecer com quanta facilidade um Cirurgião destro pode livrar da morte estas inocentes criaturas. (...) Quanto ao escrúpulo, que têm as mulheres portuguesas, de não quererem parir em presença de Cirurgião experimentado, não lhe chamo vergonha, mas parvoíce. Uma mulher doente e em perigo, não só costuma chamar o Cirurgião para que a reconheça toda, mas em consciência o deve fazer. E que maior perigo que o parto, em que periga não uma, mas duas vidas, que frequentemente se perdem por culpa desta chamada vergonha. A modéstia e pejo é mui louvável em todos, e principalmente nas mulheres; mas há-de ser em diferente sentido. Muito mais porque os Cirurgiões, sendo casados, e tementes a Deus, têm toda a boa presunção pela sua parte. Para as outras coisas das paridas, deve deixar-se o cuidado às mulheres; mas nisto dos partos, em que sempre há perigo, nunca me fiara das parteiras, as quais só mandam chamar o Cirurgião, quando a criança, ou a mãe, já está morta. E assim estes escrúpulos parecem-me mui ridículos e superficiais. Esta é a prática dos Hospitais, em outros Reinos. Prouvera a Deus que em Portugal se praticasse este método! Veríamos, sem dúvida, outra sorte de Médicos e Cirurgiões; o Público receberia outro benefício; e o dinheiro que nisto se empregasse seria o que frutaria mais às Cidades, e daria honra à Nação⁸⁹.

A prática hospitalar surge, para Verney, como o meio de produção de conhecimento obstétrico, permitindo a aquisição de um conjunto de técnicas obstétricas, que vão desde o toque, as manobras manuais facilitadoras do parto, a dequitação ou mesmo o uso de instrumentos extractores, competências necessárias para se evitar a morte de parturientes e crianças, não poupando ainda o autor a ignorância de cirurgiões e parteiras. Sobressaem ainda as suas críticas ao falso pudor

⁸⁹ VERNEY, Luís António – *Verdadeiro Método de Estudar*. Volume V. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1952, p. 96-97 (edição organizada por António Salgado Júnior).

feminino, quando estavam em causa vidas humanas. E mostrava-se pouco tranquilo quanto ao discernimento das parteiras para detectarem a situação e o momento de chamarem o cirurgião, deixando no ar a sugestão da sua dispensa para o parto, entregando apenas às mulheres «outras coisas das paridas», mas não o parto.

As considerações expostas nesta transcrição remetem-nos para essa nova consciência obstétrica que surgiu depois em Portugal, a exemplo do que já nos meados do século XVIII se fazia no estrangeiro: a do cirurgião habilitado em partos que, vencido o pudor feminino e familiar, se tornou no especialista essencialmente procurado pelas famílias mais endinheiradas para ajudar as parturientes, treinando e ensinando paralelamente no hospital com as grávidas pobres. Era a apologia da medicalização do parto, com a defesa da sua entrega a quem mais próximo estivesse do saber científico-experimental. Leitor atento dos manuais estrangeiros, Verney recomendava também aos hospitais que gastassem menos em «doces e caldos de galinha» para pagar a «Professores bons, como também a Médicos e Cirurgiões assistentes». Na medida em que veiculam ideias que se vieram a tornar dominantes, as afirmações de Verney ilustram o efeito da ciência académica, a qual, não alterando de imediato os grupos profissionais das artes de curar, acabou por provocar gradualmente alterações substanciais na relação entre eles.

As contribuições referenciais de Ribeiro Sanches

Neste contexto de apelo à modernização do ensino da medicina, ganhou ainda relevo o contributo de Ribeiro Sanches (1699-1783), médico natural de Penamacor, de origem judaica, que, tendo estudado em Coimbra e Salamanca, foi depois para Londres, Marselha, e principalmente em Leiden, onde seguiu o curso de Boerhaave, que o nomeou entre três discípulos recomendados para a czarina Catarina, da Rússia, e de hospitais em S. Petersburgo e Moscovo. Passou os últimos anos da sua vida em Paris, onde se refugiou depois da irradiação da Academia de Ciências de S. Petersburgo, numa perseguição que lhe fora movida pela sua ascendência judaica. Uma das suas obras de referência é o *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* (1775) uma obra de alcance higienista para ilustrar a administração pública, que muitos consideram inovadora e pioneira na construção do higienismo, na qual formula doutrinas de saúde pública, desenvolvidas em torno da qualidade do ar e da água, tratando espaços que vão desde o corpo humano aos lugares da natureza e aos grandes

edifícios colectivos (hospitais, prisões, navios). Igualmente importantes, na perspectiva do nosso estudo, são o seu *Methodo para Aprender e Estudar Medicina*, publicado em 1763, bem como os *Apontamentos para Estabelecer um Tribunal e Colégio de Medicina* [...], da mesma altura, escritos, ao que se diz, por sugestão do então responsável pela Universidade de Coimbra, com vista à re-criação da Faculdade de Medicina. Para o nosso trabalho, importa sobremaneira atentar neste *Methodo para Aprender e Estudar Medicina*, que se apresenta como um verdadeiro estudo curricular, em que o autor analisa o ensino e as práticas tradicionais na medicina e na cirurgia, formula as novas necessidades e aponta as medidas para atingir os objectivos propostos, enunciando os dispositivos de ensino considerados convenientes, não esquecendo a «arte de parteira».

Na sua proposta metodológica, Ribeiro Sanches⁹⁰ propunha uma medicina fundada na «verdadeira Física e Geometria», utilizando-se o «método de saber pensar e de enunciarse com clareza, ordem e elegância», utilizando-se a História e a Geografia para superação da Filosofia Escolástica até então dominante. Avaliando negativamente a prática da Universidade de Coimbra, instituição que achava vir a colocar objecções às suas propostas, sugeria, em alternativa, a criação de uma nova Escola Real de Medicina, de forma a introduzir-se o «método de pensar, fundado no conhecimento interior provado pela experiência», com o fim de «achar os principios e as causas de todos os nossos conhecimentos», evocando a seu favor autores como Locke e Descartes. E por essa via, formaria um médico «capaz de exercitar a sua arte com utilidade publica»⁹¹.

Sem pretendermos esgotar as suas observações sobre como deveria ensinar-se medicina, assinalaremos algumas das linhas de força que nos parecem mais inovadoras, no sentido da construção científica da modernidade. Ribeiro Sanches começava por preocupar-se com a aquisição de saberes prévios à aprendizagem de medicina, de forma a moldar o espírito para saber-se «discernir o falso do verdadeiro, o certo do duvidoso», saberes esses que passariam pela história, geografia, cronologia, matemáticas elementares, filosofia racional, filosofia moral, física geral e experimental, humanidades, saberes que funcionariam como forma de abrir o

⁹⁰ Utilizaremos aqui a edição das obras de Ribeiro Sanches publicadas em 1959 pela Universidade de Coimbra: SANCHES, António Nunes Ribeiro – *Obras* (2 volumes). Coimbra: 1959. Para uma nota biográfica de Ribeiro Sanches, cf. LEMOS, Maximiano de – *História da Medicina em Portugal*, 2º volume. Lisboa: Dom Quixote, 1991 (2ª edição), p. 98 -102.

⁹¹ SANCHES – Método para Aprender e Estudar a Medicina. In *Obras*, 1º volume, p. 2-5.

entendimento, antes da aquisição de qualquer ciência em particular. Satisfeitos os requisitos prévios dos alunos, para ensinar-se medicina através da Universidade deveria criar-se um colégio próprio que incluísse os seguintes estabelecimentos, devidamente servidos por lentes e leitores:

- um hospital com 30 até 50 camas;
- um teatro anatómico, com lugar para preparações anatómicas;
- um jardim para cultura de plantas e árvores e com salas para repositórios de história natural;
- um laboratório químico;
- uma botica.

O objectivo era que os estudantes de Medicina começassem a frequentar o hospital desde o primeiro dia (ao contrário do que era habitual, pois só nos últimos anos os estudantes desciam ao hospital para aplicar conhecimentos). Ali aprenderiam tudo o que respeitava à cirurgia prática, desde a sangria, as diversas operações até à dissecação de cadáveres, guiados pelos lentes, que ali ensinariam e exemplificariam, assumindo eles próprios as intervenções, sem as entregarem aos cirurgiões, como era tradicional. Propunha o modelo de ensino de Boerhaave que, no hospital de Leiden (Holanda) «ensinava a prática diante dos enfermos», prática então muito pouco seguida nas Universidades. E, numa preocupação de ordenamento hospitalar e da produção de conhecimentos, cada lente «guardaria hum Jornal de cada doença, no qual se assentaria o nome do enfermo; o número do leito; o nome da doença, no fim ou no principio da história dos Sinais; os remédios que se lhe ordenavão; o exito da doença», exemplificando como o próprio Sanches fizera em São Petersburgo, com cujo livro se «regrava» o cirurgião, o boticário, a cozinha do hospital⁹². Tratava-se, assim, de aprender as «artes pela prática, aprendendo ao mesmo tempo os seus princípios».

Prevendo que os «protectores do costume» lhe condenariam os preceitos, Sanches reconhecia que o ensino preconizado visava explicitamente, conforme afirmação em sublinhado e maiúsculas no texto, o seguinte objectivo:

QUE TODOS OS MEDICOS DEVIÃO APRENDER A CHIRURGIA PRATICA NA UNIVERSIDADE; E SABELLA TÃO BEM QUE A PRATICASSEM; de tal modo que se extinguisse esta classe de homens com o nome de chirurgoens⁹³.

⁹² SANCHES – Método para Aprender e Estudar a Medicina. In *Obras*, p. 39-43.

⁹³ SANCHES - *Ob. cit.*, p. 48.

Ribeiro Sanches chamava em seu favor a autoridade dos antigos, sublinhando a prioridade da cirurgia na história da medicina, mostrando que os antigos foram mais cirurgiões que médicos, pois, na antiguidade, tinha-se escrito mais sobre cirurgia do que sobre medicina, de Hipócrates a Galeno. Isso só se deixou de verificar a partir do século VI, quando a medicina caiu sob o «poder dos eclesiásticos»⁹⁴, pois antes não se ouvia falar de cirurgiões e boticários, os médicos assumiam tudo, preparavam remédios e faziam cirurgias:

Mas como os Ecclesiásticos não aprendiam a Anatomia, e que pella Disciplina Ecclesiastica lhes não era permitido derramarem sangue, deixarão a practica da Chirurgia. Os Mahometanos tãobem pela sua superstição não podião abrir cadaveres, e ficarão ignorantes da Anatomia, não conhecendo outra, que a que lião nas obras de Galeno traduzido nas Lingoas Syriaca, e Arabica [...] Esta separação da Chirurgia foi a causa da perda da Anatomia, e do conhecimento da Pratica da Medicina: porque assim como a Medicina he o conhecimento dos males internos, assim a Chirurgia o he dos externos. E o Medico que não conhecer estes ultimos, e que não souber curalos não conhecerá nem curará jamais com intelligência os internos. O Grande Boerhaave foi o primeiro que demonstrou nos seus *aphorismos* a necessidade que tem o Medico de aprender e praticar a Chirurgia, pondo-a por base de toda a Medicina⁹⁵.

Na separação entre medicina e a cirurgia radicavam, para Ribeiro Sanches, todos os males que impediam a nova perspectiva científica, que lentamente começava a despontar, apontando-se como caminho a seguir a reunificação daquelas duas dimensões. Historicamente, sustentava Sanches, como os médicos tinham deixado a cirurgia ao abandono, as práticas cirúrgicas indispensáveis no quotidiano dos povos tiveram de ser assumidas por curiosos, numa prática que, de repetida, se tornou officio. Mas tornando-se o conhecimento cirúrgico superficial, fruto de tradições acumuladas, acontecia que os sintomas eram tomados frequentemente como doenças, gerando-se situações insustentáveis, já que cirurgia e medicina era duas perspectivas de conhecimento complementares e indispensáveis. Note-se que este não era um problema apenas português, mas sim uma situação europeia, que a nova atitude científica começava a contestar, e da qual Ribeiro Sanches se tornava arauto para a sua aplicação em Portugal. Tratava-se de aplicar um dos aforismos de Boerhaave: todos os médicos deviam ser cirurgiões e todos os cirurgiões deviam ser médicos.

⁹⁴ Diz Ribeiro Sanches, num outro texto: «em França e em Itália antigamente chamavão a todos os Doutores, Clerigos; e os Medicos da Faculdades de Paris não lhes era permitido casaremse, ainda que fossem leygos até o anno 1350, pouco mais ou menos, quando o cardeal de Estoutiville, como Legado do Papa, os dispensou desta obrigação; e que os Reis de França somente depois do anno de 1573 começarão a ter auctoridade sobre a Universidade de Paris, porque de antes somente dependia do Papa». SANCHES, Ribeiro - Cartas Sobre a Educação da Mocidade. *Obras*, 1º volume, p. 250.

Desta nova situação emergia ainda o desenvolvimento da anatomia como porta para entrar na ciência do corpo, configurando-se como um saber que não se adquiria lendo ou escrevendo, mas exercitando as «mãos e os olhos na investigação das partes do corpo humano», observando, trabalhando, indagando, junto de um mestre exercitado⁹⁶.

Estas propostas de Ribeiro Sanches para a reforma do ensino de medicina não esgotavam o problema da renovação do exercício médico em Portugal, por isso ele apresentava ainda outras sugestões. Daí que, para o nosso estudo, importe relevar o interesse de um outro texto do mesmo autor, os *Apontamentos para Estabelecer-se um Tribunal e Colégio de Medicina*. Tratava-se de reconhecer que a autoridade do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor já não era funcional, tendo poderes exíguos e não os exercendo no terreno, o que levava cada médico ou cirurgião a pensar «somente a aumentar o seu particular interesse, sem considerar no augmento da Sciencia que professa, nem na utilidade que deve redundar della ao publico», bem como à intrusão de estrangeiros ou outros sem estudos nem exame a praticarem medicina ou outras artes de curar. O Tribunal Médico seria um conselho junto do governo central que deveria vigiar pelo exercício legal das artes médicas, bem como desempenhar outras funções, tais como prevenir a existência de um certo número de médicos no País, corresponder-se com as universidades e escolas de cirurgia, representar ao Rei sobre os defeitos dessas escolas e aconselhar melhorias, inspeccionar sobre o domínio moral e científico, analisar os relatórios médicos dos partidos (sobre águas, rios, endemias e epidemias), prevenir as epidemias, encontrar remédios perante os efeitos de devastações. Para dar sequência a estas funções, o Tribunal Médico deveria ter capacidade jurisdicional (poder aplicar penas a infractores dos seus estatutos, fazer exame prévio a todos os que quisessem exercer medicina ou outra arte de curar) e apresentar delegados em todas as cabeças de comarcas do Reino, tendo a obrigação de encontrar médicos para todos os partidos ou lugares, que deixariam de ser colocados pelos poderes e influentes locais. Ao mesmo tempo, essa obrigação levaria o Tribunal a relacionar-se com a universidade e a prestar atenção ao ensino médico, ou seja, o poder central teria de interessar-se pela universidade.

⁹⁵ SANCHES – Método para Aprender e Estudar a Medicina. In *Obras*, 1º volume, p. 49.

⁹⁶ SANCHES – *Ob. cit.*, p. 49.

⁹⁶ SANCHES – *Ob. cit.*, p. 52-55.

Nas propostas de Ribeiro Sanches, o Tribunal Médico assumiria, ainda, o papel de examinador e de concessão de licenças para o exercício da medicina e artes de curar, sem o recebimento de qualquer quantia. O Físico-Mor e o Cirurgião-Mor deixariam de cumprir essas funções e de receberem os respectivos emolumentos, embora aquelas figuras institucionais fossem chamados a incluir o colégio de médicos do Tribunal como inspectores. Para a composição do Tribunal (um Presidente e dois conselheiros) deveriam ser escolhidos médicos formados pela Universidade e, se possível, que tivessem viajado pelo estrangeiro, não podendo ser integrado por médicos que prestassem serviço na corte (Médico da Corte, Médico da Família Real, etc), mas indicados pelo Colégio de Médicos que devia existir paralelamente. Era uma proposta que defendia uma ruptura na concepção do poder: enquanto os cargos de Físico-Mor e Cirurgião-Mor derivavam de uma organização política arcaica, enquadrados como privilégios no âmbito da capacidade de dádiva do monarca, já o Tribunal Médico derivaria de uma perspectiva racional do poder, sendo organizado a partir da elite científica da medicina. Era o espírito das luzes a marcar o tempo político da segunda metade do século XVIII, preocupado com o sentido da «utilidade pública».

Neste quadro, que lugar e funções caberia à parteira? Ribeiro Sanches dedica quatro páginas do seu estudo à parteira⁹⁷, começando por afirmar que «esta arte de parteyra está hoje na mayor parte da Europa tão augmentada nas observaçoens, e na Sciencia que não pode pretender-se que seja entendida nem practicada por molheres ignorantes, como são todas aquellas que se dedicação ordinariamente a este officio». Para Ribeiro Sanches, era evidente que a aprendizagem desta arte deveria ser cometida ao estudante de medicina, quando do estudo da anatomia e da fisiologia, fazendo-se vir para este efeito os livros ultimamente publicados no estrangeiro. Como entendia caber aos médicos remediar todas as dificuldades dos «partos laboriosos», Ribeiro Sanches, em relação às parteiras, preocupava-se com o problema segundo três variantes: 1) com a forma de as governar; 2) com o ensino; 3) com o respectivo exame. Pensava, portanto, esta problemática de uma forma integrada, embora de uma perspectiva muito própria.

Vejamos as linhas de força essenciais das suas propostas:

- 1) A variante do «governo»:

As parteiras ficariam oficialmente submetidas ao Tribunal Médico e seus delegados nas comarcas e vilas, devendo a preocupação da tutela recair na verificação de que «as parteiras não causassem mais mal que bem no exercício da sua arte». Adopta a posição de que a parteira deveria ser mãe, ou seja, ter tido a experiência de parir, devendo esta situação funcionar como requisito para o exercício do ofício. Este tipo de parteiras era preferível àquelas que «pella leitura de algum livrinho escrito desta Arte, adquirirão alguã instrução. Estas sem experiencia e confiadas no que aprenderão, tem tudo o que he necessario para cometerem mil erros». Revela, assim, a sua condenação dos «catecismos» para parteiras que circulavam como produção de médicos e cirurgiões, na medida em que essas publicações não reflectissem os resultados da experiência científica.

2) A variante do ensino:

Uma das possibilidades a assumir pelo Tribunal Médico para o ensino das parteiras poderia passar por dar-lhes a conhecer a «parte do esqueleto que contem as partes genitais do sexo e assistirem a demonstraçoens desta arte de partejar», desde que nos respectivos locais de ensino existissem hospitais com médicos e cirurgiões, embora essa obrigação pudesse ser considerada uma «injustiça» (alusão ao pudor!). Pelo que o primeiro cuidado do Tribunal deveria passar por editar um pequeno livrinho, de seis a sete folhas, no qual se tratassem os seguintes artigos:

1. «Do parto natural e dos meynos que se devem uzar ate sahir a lus»;
2. «Do Parto Irregular, e dos meynos que se devem tomar para reduzillo ao estado Natural»;
3. «Do parto difficil e perigoso, e dos meios necessarios para salvar a May, e a criança»;
4. «Do modo de criar a criança tanto que nace, e a parida».

Livrinho que deveria ser redigido em linguagem acessível e com conceitos claros, para que a «mulher ignorante» o pudesse compreender, mesmo que não soubesse ler, pois a instrução poderia ser fornecida por leitura alheia, o que seria suficiente para adquirirem os princípios nele contidos (dava o exemplo de soldados que memorizavam os artigos lidos pelo cabo de esquadra neste sentido). Assim, o Tribunal Médico faria imprimir esta *Instrução para as*

⁹⁷ SANCHES – Apontamentos para Estabelecer-se um Tribunal e Colégio de Medicina. In *Obras*, 2º

Parteyras do Reino, distribuindo-as pelos Delegados que as fariam chegar às candidatas a parteira.

3) A variante do exame

As parteiras faziam exame perante o Delegado do Tribunal Médico, segundo os conteúdos das *Instruções*, que funcionariam como «directorio»; mas, se existissem hospitais públicos, o ensino deveria ir mais além, pois, neste caso, o Delegado do Tribunal Médico ou o Cirurgião do Hospital ensinariam a anatomia das «partes da geração», nomeadamente nos cadáveres, ensinando de forma mais circunstanciada, os conhecimentos divulgados nas *Instruções*.

Mas a verdadeira condição, considerada por Ribeiro Sanches, para as parteiras adquirirem conhecimentos era a de existirem médicos e cirurgiões doutos na arte de partejar, espalhados pelas comarcas, difundindo conhecimentos sempre que fossem chamados pelas parteiras para os casos complicados. O exercício prático seria a melhor forma de difusão de conhecimentos.

As propostas formuladas por Ribeiro Sanches para o enquadramento institucional das parteiras não se podem, pois, dissociar deste quadro de emergência da medicina científica e do seu processo de institucionalização. Os textos de Ribeiro Sanches, escritos a partir do estrangeiro e a pedido de autoridades nacionais no período pombalino, são os que conferem maior sentido à superioridade da medicina científica e legitimam a subordinação das artes de curar àquele saber emergente. Era a fase da aquisição de poder por parte da medicina universitária, que para esse efeito teria de se reformar, chamando a si as duas valências tradicionais – medicina e cirurgia, para uso comum a todos os médicos. Neste quadro, os cirurgiões práticos e artes conexas (sangradores, etc) eram apenas tolerados, mas submetidos à fiscalização dos médicos, enquanto não houvesse condições para criar por todo o lado «partidos médicos» e colocar lá médicos universitários.

Curiosamente, as parteiras, dada a sua acção no âmbito do espaço doméstico, são, em termos de extensão de discurso, pouco focadas por Ribeiro Sanches e a tolerância para com elas é maior do que para com os cirurgiões. Uma das razões residirá no facto de o autor só considerar dignos de atenção médica os partos com complicações, pelo que a sua preocupação sobre o saber da parteira seria sobretudo centrado na sua capacidade de diagnosticar complicações para, nessas circunstâncias, chamar o

médico. Ou seja, a sua preocupação com a parteira era uma preocupação médica, dirigia-se para os saberes relativos à solução de patologias e não para a qualidade das intervenções em partos normais, que deveriam decorrer de acordo com a natureza, dimensão praticamente ignorada nos textos de Ribeiro Sanches. No entanto, as metas para uma formação das parteiras sob controlo médico, que mais tarde foram institucionalizadas, já estavam, de algum modo, nas propostas de Ribeiro Sanches. Podemos delinear o seu modelo de formação da seguinte forma:

- divulgação oficial (pelo Tribunal Médico) de saberes mínimos sobre a arte de partejar, padronizados pelos novos saberes, que seriam exigidos através de exame às candidatas a parteira;
- aprofundamento de conhecimentos quando houvesse disponibilidades institucionais (aprender anatomia nos hospitais com os médicos e cirurgiões);
- colocar a parteira na órbita do médico.

O modelo preconizado por Ribeiro Sanches para as parteiras examinadas diferia substancialmente do que se encontrava em vigor. Por essa altura, como vimos em páginas anteriores, a aprendiz de parteira aprendia com outras mais velhas, sobretudo com os olhos e as mãos, construindo um saber artesanal, um saber-fazer que reproduzia práticas e conhecimentos ancestrais, os quais eram depois legitimados por exames para a concessão de licença, envolvendo essa concessão um quadro de grande arbítrio. O que se esboçava agora era um outro quadro normalizador, ainda que débil: padronização de conhecimentos elementares, com exame a seguir de perto a cartilha publicada. Paralelamente, acenava-se com a necessidade e a possibilidade de aprofundar conhecimentos em observação hospitalar e desejava-se a presença médica por perto. Modelo teórico que esquecia o pormenor muito importante e extenso da falta de médicos, sobretudo nas zonas rurais (o que faria uma parteira rural, isolada, sem quaisquer hipóteses de chamar o médico, ainda que sentisse o prognóstico reservado? Como gerir a sua incerteza e a sua incapacidade perante as complicações?).

Mas, de qualquer modo, a argumentação de Ribeiro Sanches contribuiu decisivamente para conferir sentido a práticas discursivas típicas da medicina que, superada a luta contra os cirurgiões práticos, se direccionaram contra as parteiras numa fase posterior, quando a questão natalista emergiu em todo o seu esplendor. Ao promover uma perspectiva dicotómica, em torno da superioridade da ciência moderna

versus ignorância dos práticos tradicionais, ele veicula, com antecedência, o discurso médico que se seguiu neste domínio, o qual assestava baterias contra a «parteira ignorante», transformando o seu saber tradicional num «não saber», num conjunto de práticas não reconhecidas pelo discurso médico.

A mensagem mais importante de Ribeiro Sanches, enquanto defensor de uma medicina científica, baseada na prática hospitalar como espaço de produção de um saber de acção estruturado sobre o estudo dos casos clínicos, aponta contudo para a interacção entre saberes teóricos e saberes práticos, em busca da eficácia operacional, que levará à unificação de hospitais e universidades num sistema articulado universitário-hospitalar⁹⁸.

A reforma pombalina da Universidade de Coimbra

Uma das pedras de toque da reforma pombalina da Universidade de Coimbra, traduzida nos novos Estatutos de 1772, era a reorganização do ensino médico em Portugal e da respectiva Faculdade de Medicina. Para se operar esta reforma, tinha sido criada a *Junta de Providência Literária* (1771), que se encarregou de apresentar um estudo sistemático da questão⁹⁹ e avançar com propostas de reorganização, nas quais se notavam claras influências de Luís António Verney e de Ribeiro Sanches.

Essas ideias, atrás sumariamente apresentadas, repercutiram-se directamente na reforma pombalina da Universidade de Coimbra, no que se referia ao ensino da medicina, ainda que as intenções inerentes aos títulos das cadeiras pudessem não passar do papel. Com efeito, aí se passou a exigir 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 primeiro ano, Matéria Médica e Prática Farmacêutica; no segundo ano, teoria e prática de Anatomia, Operações Cirúrgicas e Obstetrícia; no terceiro e quarto anos, ministravam-se as cadeiras de Instituições Médicas (História da Medicina, Fisiologia, Patologia, Semiótica, Higiene e Terapêutica), iniciando-se a clínica hospitalar, acompanhada do estudo dos *Aforismos* de Boerhaave. O quinto ano era, por inteiro, dedicado à clínica hospitalar.

⁹⁸ BERNARDOU, Alain – *Savoir Théorique et Savoirs Pratiques. L'Exemple Médical*. BARBIER, Jean-Marie – *Savoirs Théoriques et Savoirs d'Action*. Paris : PUF, 1996, p. 29-41.

No que se referia ao ensino da então designada «Arte Obstetrícia», os estatutos da Universidade de 1772, diziam o seguinte:

E como as operações relativas à Arte Obstetrícia constituem um ramo da mesma Cirurgia Manual; o mesmo lente, ou simultaneamente, ou depois das Operações Cirurgicas, explanará tudo o que pertencer a esta Arte; mostrando todas as posições, e situações, em que pode achar-se o feto no tempo de nascer, e as diferentes machinas, e instrumentos, que se tem inventado para ajudar a facilitar o parto, em todos os casos em que podem incorrer; e apertando os avisos e cautelas, com que no uso das ditas machinas e instrumentos se deve proceder¹⁰⁰.

Como vários autores sublinham, deve registrar-se que estes estatutos não previam qualquer tipo de curso ou formação para parteiras, pois atendiam exclusivamente às preocupações cirúrgicas do parto. Note-se que as parteiras também não tinham merecido grande preocupação aos dois autores atrás referenciados – Verney e Sanches, embora Sanches tenha ido mais longe do que a expressão da tradicional condenação de princípio, sugerindo uma formação mais complexa para a parteira, com recomendações para a padronização dos saberes através de uma cartilha, a possibilidade de aprendizagem no hospital e a sua colocação na órbita médica.

Em todo o caso, sob o ponto de vista formal, a exigência universitária para a medicina passou a ser claramente de nível mais elevado, mais 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 insatisfatório¹⁰¹. A maior dificuldade era a formação em cirurgia, em relação à qual se sentia a falta de tradição, nomeadamente de um hospital com frequência suficiente para se tornar num meio de ensino, bem como do pouco aprofundamento em anatomia. Por outro lado, não havia produção suficiente de médicos universitários para as necessidades do País, pelo que as tradicionais artes de curar continuavam activas e a responder à procura de cuidados de saúde.

A Enfermaria de Partos de Santa Bárbara no Hospital de S. José

Ainda no âmbito da acção pombalina deve fazer-se uma referência, ainda que breve, à institucionalização do Hospital de S. José, em 1775.

⁹⁹ Trata-se do *Compêndio Histórico do Estado da Universidade de Coimbra*, (1771). In CARVALHO, Silva, ob. cit., p. 32.

¹⁰⁰ Livro III, Parte I, Título III, Capítulo II. Transcrito in RIBEIRO, José Silvestre – *Historia dos Estabelecimentos Científicos, Literários e Artísticos*, I volume. Lisboa: 1871.

¹⁰¹ CARVALHO, Silva - ob. cit., p. 31-32.

O velho Hospital de Todos-os-Santos tinha sido bastante destruído e sofrido um incêndio durante o terramoto de Lisboa, em 1755, pelo que funcionava em condições degradadas. Com a expulsão dos jesuítas, os doentes do dito hospital foram transferidos para o principal edifício conventual, o Colégio de Santo Antão, em 3 de Abril de 1775, que, em face do santo desse dia e do rei que reinava (D. José I), passou a designar-se de Hospital de S. José. Uma das enfermarias, a nº 18, foi denominada de Santa Bárbara, padroeira das parturientes e das trovoadas, e «destinada a paridas». Apresentava 34 camas para internadas (mais tarde elevadas a 55), ali funcionando uma enfermeira, três ajudantes e duas parteiras. A Enfermaria de Santa Bárbara (às vezes denominada de maternidade de Santa Bárbara) foi durante cerca de século e meio o único estabelecimento hospitalar destinado a receber mulheres para parto em Lisboa, que serviu de base para o exercício e a formação de obstetras diversos, ao longo do tempo, como Rocha Mazarém, Abílio de Mascarenhas, Alfredo da Costa e Costa-Sacadura. Tornou-se, naturalmente, obsoleta com o decorrer do tempo¹⁰².

¹⁰² História das Maternidades. *Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, Fascículo IV, Lisboa, 1942, p. 4 -33.

CAPÍTULO V

SABERES E PODERES EM TORNO DA ARTE DE PARTEJAR

Pouco se sabe sobre as práticas de partejar efectivamente desenvolvidas em Portugal pelas parteiras examinadas ou pelas simples curiosas. Tudo se passava no universo feminino, um mundo relativamente fechado aos homens, excepto quando os partos se complicavam e existiam cirurgiões por perto, passíveis de serem chamados. Deste modo, o que ressalta na literatura médica são insucessos, que suscitam verdadeiras diatribes contra as parteiras, embora os casos complicados sejam, por definição legal, da responsabilidade dos cirurgiões. Mas, nestes tempos remotos (como em tempos mais recentes) havia cirurgiões disponíveis? E, quando os havia, que saberes obstétricos dominavam, qual a sua extensão?

De qualquer modo, as parteiras, em Portugal, alegadamente pelo seu analfabetismo, não produziram textos de sua autoria, ao contrário do que aconteceu em França e Inglaterra, impedindo-nos assim de termos acesso aos seus saberes específicos. Em Portugal, para o século XVIII, no que respeita à divulgação de conhecimentos obstétricos conhecem-se apenas referências de manuais e cartilhas escritos por cirurgiões ou médicos destinados a parteiras. Pode questionar-se, porém, se as parteiras seriam suficientemente letradas para lerem e perceberem o que se publicava, dado o analfabetismo quase geral, como assinalava Ribeiro Sanches, embora ele achasse que elas poderiam ouvir e decorar, se não pudessem ler. As recomendações que essas cartilhas para parteiras divulgavam naturalmente eram práticas que não davam respostas para as complicações obstétricas e, muitas vezes, seriam até prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho de parto. Um estudo recente, de António Gomes Ferreira, analisa em pormenor estes manuais obstétricos, o seu conteúdo e recomendações, detendo-se, nomeadamente, sobre os domínios da concepção, da gestação e do parto. Para esse estudo remetemos naturalmente o leitor, na medida em que se cruza com alguns aspectos do nosso trabalho, nomeadamente quando evidencia as soluções praticadas pelos cirurgiões ou preconizadas por estes para serem assumidas pelas parteiras¹⁰³.

Outras artes de curar tiveram também por esta época os seus manuais, tanto sangradores e cirurgiões, como boticários e algebristas, num tipo de publicações que

se multiplicaram no decorrer do século XVIII e cujos padrões científicos não deviam andar muito longe dos referidos para as parteiras, como se pode apreender pelos muitos exemplos que a historiografia médica nos oferece.

Mas, para além do seu conteúdo, parece-nos importante relevar também o salto qualitativo que a publicação de manuais e cartilhas representa, ao fornecer elementos de mediação da passagem de uma cultura de transmissão oral para uma cultura letrada. Em primeiro lugar, essas publicações editam-se em língua portuguesa (a maioria são mesmo traduções adaptadas de edições estrangeiras), distinguindo-se, portanto, da tradição de edições em latim, que só teriam um alcance restrito a grupos eruditos. Facilitam desse modo a produção e ampliação de códigos de verbalização dos processos obstétricos junto de um maior leque de interessados. Por outro lado, enquanto produções escritas produzem sempre o desenvolvimento da «tecnologia do intelecto», ou seja, apesar da eventual inocuidade do seu conteúdo, relevam das «potencialidades reflexivas da escrita, as quais assumem noções de consciência a ambos os níveis, tornando o implícito explícito e o resultado mais acessível à inspecção, à argumentação externa e à posterior elaboração», ampliando «as possibilidades da acção social e conduzindo assim a novas resoluções (e provavelmente a novas contradições), mas também criando mais tipos de transacção e relação»¹⁰⁴. A escrita alterou, de facto, os «mecanismos de comunicação», permitindo nomeadamente perceber mais facilmente as contradições dos discursos e facilitar a comparação de «enunciados emitidos em tempos e lugares diferentes», contribuindo ainda para os processos de normalização, diminuindo os níveis de espontaneidade dos actores¹⁰⁵.

Vulgarização de saberes - manuais de obstetrícia

Apesar da referência anterior ao estudo de António Gomes Ferreira sobre os manuais de obstetrícia publicados no século XVIII e inícios do século XIX, importa

¹⁰³ FERREIRA, António Gomes – *Gerar Criar Educar. A Criança no Portugal do Antigo Regime*. Coimbra: Quarteto, 2000.

¹⁰⁴ GOODY, Jack – *A Lógica da Escrita e a Organização da Sociedade*. Lisboa: Edições 70, 1986, p. 196 -197.

¹⁰⁵ GOODY, Jack – *Domesticação do Pensamento Selvagem*. Lisboa: Editorial Presença, 1988, p. 22 e 161.

aqui referenciar sumariamente algumas imagens relativas à arte de partejar fornecidas por esses manuais.

Com o título *Luz de Comadres, ou Parteiras*¹⁰⁶, surgiu, em 1725, um manual de origem francesa não identificada, em tradução de Sebastião de Sousa, que pretendia servir de instrução a parteiras e cirurgiões, decisão que o tradutor tomara depois de ter visto a sua mulher morrer de parto, 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, e por ver que todas as mulheres de parto se valem delas, e só delas se fião em caso de tanto perigo e aperto». As soluções médicas que o autor se propunha ensinar às comadres eram, essencialmente, mezinhas, a maioria saídas do campo das superstições, ainda que seguindo os padrões do seu tempo, mas exprimiam uma forte e conhecida vontade de medicar para actos que deveriam decorrer em situações de grande normalidade, fazendo o autor uso da farmacopeia mágica que perdurava nos espíritos. 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, seco 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 açafroado. 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» applicava-se fumo da pele de cobra por um funil ou untava-se com mel e deitava-se por cima «pós de priapo de

¹⁰⁶ Eis o título completo: *Luz de Comadres, ou Parteyras. Breve Tratado de como se deve acodir aos partos perigozos, e que devem fazer as mulheres pejadadas para terem bons partos, e com se hão de tratar, e pensar as crianças, e como hão de curar a madre quando sahe fóra, ou aboca, publicado por Sebastiam de Sousa, e á sua custa. Lisboa Occidental: Officina de Pedro Ferreira, 1725.*

boy»¹⁰⁷. Um sem acabar de soluções para dar «luz às comadres», que nos aumentam essencialmente a curiosidade pelo conhecimento real das condições de parto para a época!

Em 1772, surge uma tradução de Raulin, *Breves Instruções Sobre os Partos a Favor das Parteiras das Províncias*, tradução que é dedicada a Ribeiro Sanches. Originalmente encomendada pelo governo francês para «iluminar e desterrar a ignorância e prevenir as suas perigosas consequências», esta obra parece nada adiantar de significativo do ponto de vista obstétrico, pois, segundo os historiadores da medicina, repete os lugares comuns das práticas mais tradicionais dos cirurgiões, ficando-se pelas boas intenções. Apresentada como concebida para ser lida ou ouvida, a edição portuguesa das *Instruções* não esquece, no seu prólogo, algumas regras deontológicas que revelam uma preocupação longamente manifestada que relaciona a vida pessoal com a função das parteiras, procurando o binómio da virtude moral com a competência técnica:

as parteiras devem ser decentes, modestas, de bons costumes, capazes de guardarem segredo, desinteressadas, regulares no seu modo de viver, livres de toda a suspeita. Estas excelentes qualidades próprias a servir de ornato às mulheres mais respeitáveis perderiam toda a sua excelência e estimação entre as parteiras se estas não fossem acompanhadas dos conhecimentos necessários à sua profissão. Porque sendo elas depositárias da vida das crianças, que recebem, e árbitras do destino das mães que as dão à luz, conservam a espécie humana pela sua capacidade e a diminuem ou enfraquecem pela sua impertinência¹⁰⁸.

Outro aspecto fundamental na actividade das parteiras passava pelas obrigações no domínio religioso, que, segundo as *Instruções*, apontam em duas direcções:

- a da parturiente, nomeadamente quando em perigo de vida: «devem obrigar a mãe a tratar e pôr toda a atenção na segurança e tranquilidade da sua consciência e a edificar o seu próximo pedindo os Sacramentos»;
- a do baptismo da criança: «he permitido às parteiras baptizarem elas mesmas simplesmente as crianças quando as urgentes circunstâncias assim o pedem. Porém ainda neste caso de hum perigo iminente, se a criança está fora do ventre materno, devem deferir e cometer esta cerimónia aos homens, exceptuando o pai, quando ali se acha algum em termos e com capacidade de o poder fazer sem demora». As instruções são rigorosas na enunciação da fórmula - «Creatura, eu te

¹⁰⁷Algumas destas citações, já foram utilizadas por MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*, Porto: 1926, p. 167-172.

baptizo em nome do Padre e do Filho e do Espírito Santo», sob pena de o baptismo poder ser declarado nulo¹⁰⁹. O baptismo da parteira era um baptismo considerado *sub conditione* e só podia fazer-se em caso de perigo iminente, não dispensando o baptismo posterior na igreja, caso a criança sobrevivesse.

A obra, só depois de analisar as condições e os costumes que deviam ser observados pelas parteiras, de perorar sobre a necessidade da sua instrução, de se debruçar sobre a religião e o baptismo, é que se volta para as questões obstétricas e para os comportamentos a adoptar pela parteira em diversas circunstâncias. São, então, abordados essencialmente cinco conjuntos de tópicos:

- órgãos que servem o parto (útero, pelvis, vagina) do ovo ao feto, água do feto, secundinas e placenta, cordão umbilical e seus defeitos, posição do feto;
- sinais que precedem o parto e que o prognosticam, sinais do parto, dores falsa/verdadeiras, sintomas do parto, meios tácteis para conhecer a situação da criança;
- precauções necessárias no parto, dificuldades, socorros no final do trabalho de parto, precauções depois do parto, modo de actuar quando há segunda criança, tratamento do cordão umbilical, extracção da placenta;
- partos com criança pelos pés, sinais de partos contra a natureza, partos de gémeos, socorros em desfalecimento da parturiente, partos com perdas de sangue, convulsões nos partos, partos dificultados por hérnias;
- extracção de molas, sintomas apresentados, abortos.

Como se pode verificar, estes tópicos procuram cobrir o sistema reprodutivo, desde a concepção ao parto, não esquecendo as principais complicações eventualmente inerentes ao processo obstétrico. Do ponto de vista técnico, estas *Instruções* de Raulin parecem constituir um importante salto qualitativo em comparação com a anterior «Luz de Comadres ou Parteiras», ainda que o seu conteúdo mais específico pudesse suscitar interrogações face aos conhecimentos posteriormente adquiridos. No entanto, há um objectivo de informação global, já relativamente estruturada, que toca alguns pontos essenciais da arte de partejar. Assim, seguindo sequencialmente os cinco tópicos atrás alinhados, observamos: a enunciação de aspectos de anatomia e de fisiologia; indicações de diagnóstico de

¹⁰⁸ RAULIN – *Breves Instruções Sobre os Partos a Favor das Parteiras das Provincias Feitas por Ordem do Ministério*. Lisboa: Regia Officina Typographica, MDCCCLXXII.

¹⁰⁹ RAULIN - *Ob. cit.*, p. 16.

trabalho de parto; prestação de cuidados no trabalho de parto; apresentação de complicações obstétricas no parto; situações de perturbação de gravidez.

Não contemplando ainda a percepção de vários tipos de problemas, em todo o caso, as *Instruções*, que tiveram muita voga em todo o ocidente e não só em França e Portugal, constituíam um manual de divulgação e ensino que se tem de relacionar com os conhecimentos vulgarizados na época, fornecendo uma espécie de programa mínimo para a aprendizagem das parteiras.

Ainda em 1772, os irmãos Manuel José Afonso e José Francisco de Melo publicaram o *Novo Método de Partejar*. Mesmo tendo em conta a distância temporal em relação à *Luz de Comadres e Parteiras*, esta nova obra de cirurgiões não oferece nenhum salto qualitativo, segundo a opinião de Hernâni Monteiro, para quem representa mesmo um retrocesso quando comparado com as *Instruções* de Raulin. Um só exemplo de prescrição apontada pelos autores: quando um feto nascesse com «poucos alentos de vida» aconselhavam a introdução pelo recto de «fumo de hum pouco de tabaco de rolo»¹¹⁰.

Produto de médicos ou cirurgiões, estas obras surgiam como evidência de um fraco cultivo da arte obstétrica (com a excepção relativa da obra de Raulin). Maximiano Lemos, médico e historiador da medicina, abordando os desenvolvimentos da obstetrícia no século XVIII, criticava asperamente o estado de abandono a que a obstetrícia era votada em Portugal naquela altura, esquecida pela medicina e cirurgia, não lhe escapando a diatribe contra as parteiras:

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».

Maximiano Lemos apresenta depois uma síntese das anotações sobre obstetrícia incluídas nas obras de Fonseca Henriques - *Socorro Delphico*, autor que dedica parte da obra a questões ligadas à concepção e ao parto, e de Monravá e Roca - *Novíssima Medicina* - que aborda acidentes na gravidez e no parto. E, depois, afirma, de forma lapidar: «Trabalhos exclusivos de obstetrícia, encontramos três, todos eles insuficientes, e em harmonia com a deficiência de conhecimentos das matronas para cujo uso eram destinados». E cita as três cartilhas conhecidas: a *Luz de Comadres*; o

¹¹⁰MONTEIRO, Hernâni - *Ob. cit.*, p. 173.

Novo Método de Partejar, dos irmãos Melo, e as *Breves Instruções* de Raulin, colocando ao mesmo nível os conhecimentos médicos e das parteiras, embora afirmasse desconhecer os destas¹¹¹.

Posição também polémica é a assumida por Hernâni Monteiro que, à falta de documentos sobre as práticas de partejar, assume implicitamente alguns destes 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 começa a responder: «Lendo o pitoresco livrinho ‘Luz de Comadres’[...]» Ou seja, na impossibilidade de conhecimento do exercício e da prática por falta de registos escritos, reporta-se a um livro produzido eventualmente por um médico, que transmitia uma mensagem pretensamente esclarecida a comadres que, por não saberem essas práticas, eram consideradas ignorantes, reconhecendo simultaneamente que raras sabiam ler! Inverte, deste modo, o ónus do problema, atribuindo às destinatárias, ou seja, às parteiras, a culpa das insuficiências do livro em causa. E, no entanto, segundo nos diz a *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira* (artigo *parto*) as receitas propostas no livrinho eram semelhantes, na sua maioria, a muitas da farmacopeia de Curvo Semedo, *Polianteia Medicinal*, de 1695, obra de referência durante mais de um século nos meios médicos. Note-se que as receitas destes tempos passavam habitualmente, além da botânica, pelo reino animal (testículos de animais, pinças de escorpião, vísceras...), pelas matérias fecais ou urina, num conjunto de práticas e de representações medievais que fazem persistir a coprofarmácia até ao século XVIII, pelo menos¹¹².

As posições acima referenciadas exprimem claramente a desvalorização do saber prático das parteiras por contraponto ao saber letrado da medicina científica. Outro historiador da medicina, Ferreira de Mira¹¹³, embora secunde a ideia de escassez verificada em Portugal na promoção dos saberes obstétricos de nível científico, dá-nos uma informação mais adjectivada sobre a divulgação desta arte cirúrgica, considerando a obra de António de Almeida, *Discurso Sobre a Arte de Curar* (1815) como a mais meritória. O resto eram traduções, que faziam chegar a Portugal, embora com atraso, obras que iam marcando o desenvolvimento da obstetrícia no estrangeiro, como foi o caso da publicação dos *Princípios Acerca da Arte Obstétrica*, de

¹¹¹ LEMOS, Maximiano - *Ob. cit.*, vol. II, p. 147-150.

¹¹² SOURNIA, Jean - Charles - *História da Medicina*. Lisboa : Instituto Piaget, 1992, p. 112.

¹¹³ MIRA, M. Ferreira de - *História da Medicina Portuguesa*, p. 285.

Baudelocque, traduzidos por Ferreira Braga e Manuel Rodrigues (Porto: 1824); os *Aforismos Sobre as Hemorragias Uterinas e Convulsões Puerperais* e os *Aforismos Sobre a Aplicação e Uso do Fórceps*, ambos de T. Denman, traduzidos por Costa Barreto, em 1787 e 1793; a *Exposição Anatómica do Útero Humano Grávido e dos Seus Tecidos*, de G. Hunter, traduzida por Lopes de Abreu, em 1813. Ainda que evidenciando a lentidão do conhecimento português nos assuntos obstétricos, em face da publicação tardia dos trabalhos apontados, as traduções para português devem ser reconhecidas como actos importantes e mesmo decisivos na divulgação de conhecimentos científicos a favor do ensino obstétrico (como do ensino em geral).

Havia, entretanto, trabalhos que faziam a ponte, em tempo útil, entre o que se fazia no estrangeiro e o que se verificava em Portugal. Um desses trabalhos que, pelo seu simbolismo, importa referir é o da memória sobre uma cadeira obstétrica apresentada, em 1816, à Academia Real das Ciências de Lisboa da autoria de Justiniano de Melo Franco¹¹⁴. Este pequeno texto revela-nos as preocupações de tipo ergonómico que raramente foram encaradas pela medicina como decisivas para o bem estar da parturiente e para o sucesso da intervenção obstétrica. Por outro lado, revela que tinha chegado a altura de a parturiente adoptar posições que, não sendo as naturais, fossem favoráveis à intervenção obstétrica, permitindo a aplicação das novas técnicas (fórceps, versão podálica), com diferentes posições da mulher consoante a evolução do parto. Esta cadeira conciliava estes objectivos, dado apresentar-se articulada, podendo ajustar-se a diversas posições. A proposta de construção e divulgação da cadeira seguia as recomendações dos mestres do hospital de Gottingen, Professores Stein, inventor, e Osiander, que lhe introduziu melhoramentos, entretanto acrescentados por Melo Franco nesta proposta. Visava substituir as tradicionais cadeiras de parto, de costas fixas e quase perpendiculares, apresentando como características o encosto móvel, com a possibilidade de se transformar em cama sem grande movimento da parturiente, além de ser desmontável em peças, mas resistente, transportável numa mala e susceptível de apresentar um preço que se poderia tornar acessível. Vantagens da cadeira? Entre outras, Melo Franco, sublinha como adequada para resolver o problema de postura da parturiente face à inclinação e configuração da bacia e da criança com o evoluir do trabalho de parto, bem como em face de

¹¹⁴ FRANCO, Justiniano de Mello – Memória sobre a Descrição, e Vantagens de huma Cadeira Obstetricia da Invenção do Professor Stein, depois Reformada, e Emendada Principalmente pelo

outros problemas que podiam surgir. Mas a cadeira proposta também facilitava a intervenção do parteiro para realizar qualquer operação difícil, que não seria realizável numa cadeira de costas fixas, nem o leito horizontal era adequado para tal, nomeadamente em termos de higiene para evacuação dos líquidos, aspectos acautelados na nova cadeira com uma abertura no assento, em forma de paralelogramo arredondado (e não em meia-lua como nas cadeiras tradicionais) para permitir o escoamento para um vaso colocado no chão, debaixo da cadeira. Esta abertura era tapada por meio de uma tábua corrediça, que se fazia actuar nos momentos de descanso da parturiente. A cadeira era acompanhada de um coxim que permitia o descanso do parteiro (o autor utiliza frequentemente o masculino, a pensar na intervenção cirúrgica):

Vi algumas vezes o Professor Osiander, sem embargo de ser mui robusto, e de ter todas as comodidades possíveis, ser obrigado a descansar para poder ultimar algumas operações: e lembra-me principalmente hum parto artificial muito trabalhoso com Forceps, que elle concluiu empregando cento e quarenta tracções, mas nas últimas estava elle já tão abatido, que incumbiu a um dos seus discípulos finalizar esta grande operação, que ainda no tempo de Stein se teria terminado pela horrível perforação ou operação cesariana. A criança nasceo ainda viva, mas durou só algumas horas. A mãe deixou o Hospital inteiramente boa.

A memória de Mello Franco apresenta uma descrição detalhada da cadeira (travesseiro de couro, braços estofados, apoio para os pés da parturiente, possibilidade de fixação ao solo), sendo completada com a apresentação de estampas e respectivas explicações.

Outras obras portuguesas podem referir-se no campo da saúde materna, as quais vão revelando um interesse acrescido pelos problemas da obstetria, ainda que cientificamente possam ser consideradas pouco qualificadas. São 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); vários trabalhos de Joaquim da Rocha Mazarém, que escreveu *Anuário Clínico da Arte Obstétrica* (1825-26) e *Compilação de Doutrinas Obstétricas* (1823), além de um *Quadro Elementar Obstétrico para Instrução das Aspirantes a Parteiras* (s/d), tendo este autor ainda artigos sobre notícias obstétricas que o tornaram num conhecido mentor da especialidade. Mazarém exerceu longamente funções de cirurgião no Brasil, assumindo depois funções

Professor Osiander. *História e Memórias da Academia Real das Sciencias de Lisboa*. Lisboa: 1827, p. 22-39. A apresentação desta memória ocorreu em 1816, embora a data de publicação seja mais tardia.

hospitalares em Lisboa como professor de obstetrícia, as quais manteve com a criação da Real Escola de Cirurgia (1825) até 1849, embora os seus trabalhos viessem a ser depois profundamente criticados. Estas obras são consideradas por Ferreira de Mira muito pobres para a época. E outras referências não iriam mais além, como 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. Por seu turno, os artigos sobre casos anómalos publicados em jornais da especialidade, fruto das observações clínicas, servem essencialmente para evidenciar o carácter rudimentar da assistência médica às mulheres em situação de trabalho de parto, misturadas com graves acusações dos médicos às parteiras por altura dos «partos laboriosos», responsabilizando-as pela elevada mortalidade materna e neo-natal. Ferreira de Mira apresenta dois exemplos destas posições anti-parteiros. Numa das notícias, datada de 1820, um cirurgião de Torres Vedras, referindo-se à elevada mortalidade por efeito de partos complicados, afirmava:

Não deixa de concorrer para isso a ignorância das parteiras, pondo as parturientes uma vez, antes de aparecerem as dores verdadeiras, a parir, exigindo que elas façam esforços inúteis e se debilitem; e outras deixando demorar as pareas na presença duma cruel hemorragia. Estas mulheres não tendo o mais leve conhecimento da arte dos partos têm a temeridade de a praticar, fornecendo uma das mais lastimosas perdas do género humano. Muitas experiências nos têm ensinado que elas fazem morrer ao mesmo tempo a mãe e o filho por falta de conhecimentos necessários e requeridos para os conservarem¹¹⁵.

Outro cirurgião de Condeixa, que segue o mesmo tipo de discurso, fornece ainda imagens mais vistosas 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 operação¹¹⁶.

O médico em causa, num tipo de discurso frequente que procurava evidenciar superioridade de ofício, parecia esquecer que a legislação atribuía à parteira apenas o acompanhamento do parto normal, não se lhe sendo lícito usar outros instrumentos cirúrgicos, nem sequer o fórceps, devendo portanto delegar as suas funções perante as

¹¹⁵ Notícia de João Vitorino Pereira da Costa. *Jornal de Coimbra*, tomo XVI, 1820. Cit. por MIRA - *Ob. cit.*, p. 287.

¹¹⁶ Cit. por MIRA - *Ob. cit.*, p. 287.

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 intervir¹¹⁷.

Como vimos sublinhando, 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 desvalorizadora da sua função¹¹⁸.

Com efeito, parece ter-se passado em Portugal um fenómeno idêntico ao que se passava em França¹¹⁹. Eram os cirurgiões os profissionais chamados para os partos «contra natura» ou «laboriosos», dado terem o privilégio de só eles poderem usar instrumentos cortantes e operar sobre os corpos. Ao serem chamados para estes partos difíceis, que as comadres não podiam resolver, expandiam a sua superioridade e tendiam a teorizar vagamente sobre a gravidez e o parto, tanto mais que faziam uma ou outra dissecação, nomeadamente através de cesarianas efectuadas quando a parturiente já estava morta. Isso permitia-lhes criar algum conhecimento e produzir discurso, ainda que às vezes profundamente marcado pela extravagância, como se verifica quando foi editado. Multiplicavam-se estes textos de cirurgiões e de médicos contra as parteiras, em manuais e em notícias de jornais, não só no campo do parto, mas também sobre os vários domínios da maternidade, embora não mudassem o essencial: o parto era um assunto de mulheres e continuaria a sê-lo sempre que não houvesse perigo, subsistindo os ritos tradicionais e os saberes próprios das mães. O que se verificava, entretanto, era a lenta mas persistente intervenção do cirurgião nas questões da maternidade, procurando chamar a si uma arte que era basicamente

¹¹⁷MIRA, Ferreira - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: 1947, p. 284 -287.

¹¹⁸LAURENT, 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.

¹¹⁹KNIBIELHER, Yvonne; FOUQUEY, Catherine Fouquet - *Histoire des Mères*. Paris: Ed. Montalba, 1977, p. 41.

feminina, ultrapassando pudores e saberes ancestrais e aí introduzindo novas receitas que vão conduzir gradualmente à medicalização do parto¹²⁰.

Neste contexto, o enviesamento da leitura médica desfavorável à parteira multiplicava-se por efeitos de reprodução, do género câmara de eco, sendo de sublinhar que se tratava, tal como diz Jacques Gélis, de uma campanha que corria a Europa desde os meados do século XVIII, por detrás da qual estava a ambição dos cirurgiões em exercer a obstetrícia e afastar as parteiras, uma campanha que retomava o fervor medieval de campanhas anteriores que combatiam as parteiras por práticas de feitiçaria, só que agora a parteira já não era apresentada como agente do Diabo mas sim como a personificação da ignorância, o rosto do obscurantismo no século das luzes. Das parteiras a resposta foi débil, sublinhando Gélis que apenas 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 formação¹²¹.

Afloramentos desta campanha também surgiram em Portugal, na imprensa médica, decisiva para colocar as parteiras sob controlo do poder médico, particularmente ao nível da formação, o que veio a acontecer durante o século XIX. De forma marginal, só a geração de etnógrafos se revelou mais compreensiva para com as parteiras espontâneas e curiosas, como se pode ver por um pequeno extracto de Alberto Braga sobre a zona de Guimarães (editado em 1924), que as apresenta como:

mulheres de habilidade, fecundas 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 obstetricio um calendário cortido de superstições inerentes ao acto e sequentes funções das púerperas... 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 desinfeção dos males, dos ares, dos maus olhados, dos demónios, do corpo e do espírito, enfim¹²².

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

¹²⁰ Idem, p. 56 -78.

¹²¹ GÉLIS, Jacques - *La Sage-femme ou le médecin: Une Nouvelle Conception de Vie*. Paris: Fayard, 1988, p.102-107.

¹²² GUIMARÃES, Alberto V. Braga - *Tradições e Usanças Populares*. Esposende: 1924. Cit. Por MONTEIRO, Hernâni - ob. cit., p. 175.

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 fórceps estava no seu início, a anestesia ainda vinha longe, tal como os conceitos de assepsia. E mesmo a evolução da gravidez e o mecanismo do trabalho de parto normal estavam longe da dilucidação. Só o grande salto científico dos meados do século XIX permitiu os avanços necessários neste como noutros ramos científicos.

Academias e parteiras

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, em torno das quais se desenvolviam alguns jogos de interesses.

Mas depois, no século XVIII, floresceram por toda a Europa as academias, círculos de sociabilidade científica, com reuniões habituais para comunicações e debates dos novos conhecimentos ou teorias. O poder iluminista apoiava normalmente estas instituições cujos objectivos passavam por exercitar as luzes da razão nos mais diversos ramos do saber. Neste espírito iluminista de criação de academias se podem enquadrar algumas associações que surgiram em Portugal, reunindo médicos com preocupações de debate científico, círculos que representavam também uma expressão do reconhecimento social e do poder de que a profissão já desfrutava.

Em Lisboa, surgiu uma primeira associação de objectivos meramente científicos - *A Sociedade Médico-Lusitana* - no segundo quartel do século XVIII, seguida de outra no Porto, em 1748, a *Real Academia Cirúrgica Proto-Typo-Lusitana Portuense*, logo desactivada, mas substituída pela *Academia Médico-Portopolitana*. No âmbito desta disposição para informar e discutir, surgiu, em 1749, o periódico 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 exercícios 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», para que os seus casos servissem de ensino¹²³. Não conhecemos resultados para lá das intenções expressas nos estatutos da academia. Este projecto de academia, que visava essencialmente criar uma espécie de corporação de cirurgiões, procurava deste modo intensificar e promover a formação das parteiras, dentro das perspectivas higienistas de então.

Ainda no âmbito da difusão de conhecimentos médicos e cirúrgicos, outros periódicos surgiram, valendo a pena destacar de entre eles o *Jornal de Coimbra* (1812-1820), que, sendo uma publicação científica de cobertura geral, publicou muitas informações médicas, nomeadamente relatos de intervenções e casos clínicos, surgindo referências a diversos problemas obstétricos, com base nas «contas enviadas pelos facultativos», ou seja, as relações que os médicos tinham de enviar ao Intendente da Polícia sobre as moléstias que apareciam nas suas áreas (ordenadas por portaria de 24.10.1812). Esta obrigação é uma clara demonstração do despertar higienista em Portugal e de preocupações sanitárias que a Intendência da Polícia assumiu desde que foi dirigida por Pina Manique¹²⁴.

Mas a formação mais conceituada para os cirurgiões era a que se fazia nos hospitais. O Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, era o principal centro de ensino cirúrgico, alternativo à Universidade de Coimbra. Aí se ensinavam diversas cadeiras teóricas e práticas, entre elas a obstetrícia, aproveitando o «material do estudo» que o banco do hospital propiciava, desenvolvendo-se a prática das autópsias para verificar as lesões correspondentes às doenças diagnosticadas. A historiografia da medicina

¹²³ Projecto 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.

¹²⁴ MIRA, M. Ferreira de - *História da Medicina Portuguesa*, p. 274. Ver também CRESPO, Jorge - *A História do Corpo*. Lisboa: Difel, 1990, p. 22-53. (CRESPO faz uma análise interessante sobre as

portuguesa sublinha a modernização introduzida no hospital de Lisboa pelo cirurgião Manuel Constâncio nos estudos de anatomia ali realizados, entre 1774-1806, dando origem a um grupo de especialistas que acabaram por se distribuir pelo próprio hospital, pela Universidade de Coimbra depois da reforma de 1772, pela escola do Porto e por duas escolas médicas criadas no Brasil (Rio de Janeiro e Baía)¹²⁵. Anote-se a existência de uma forte rivalidade entre a Universidade de Coimbra e a escola hospitalar de Lisboa, com esta a acusar a Faculdade de Medicina de não conseguir formar cirurgiões, dada a falta de dimensão do seu hospital e da sua escassa frequência. Essa rivalidade terá como episódios a criação das Escolas de Cirurgia, em 1825, e só terminará em 1911, com a criação das novas Faculdades de Medicina¹²⁶.

A dispersão de um ensino elementar de cirurgia, fora do modelo escolar, era outra realidade, através de professores particulares que procuravam habilitar para os exames previstos na lei em diversos hospitais ou mesmo fora deles. Também os hospitais militares do Porto, Chaves, Elvas e Tavira, mantiveram e desenvolveram escolas práticas de cirurgia, para criarem cirurgiões-ajudantes para os regimentos militares ali estacionados. Mais tarde foi a própria Casa Pia de Lisboa que, através do Colégio de S. Lucas, manteve, além das cadeiras de Química e Farmácia, aulas de Anatomia Teórica e de Partos (com práticas em hospital), frequentada por cirurgiões e parteiras. Esta foi uma das variadas acções do intendente da Polícia Pina Manique, que, entre outras medidas, enviou também 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»¹²⁷.

relações dos médicos e os comentários da Intendência da Polícia relativas à publicações no *Jornal de Coimbra*).

¹²⁵ MIRA, M. Ferreira de - *Ob. cit.*, p. 263-264.

¹²⁶ Ferreira de Mira transcreve uma passagem do cirurgião de Lisboa António de Almeida, a este respeito, que vale a pena recuperar: «Persuadido de que a escola médico-cirúrgica da Universidade de Coimbra não pode fazer cirurgiões práticos por falta de moléstias cirúrgicas, achando-se de mais os estudantes carregados com muitos preparatórios desnecessários aos cirurgiões, e talvez em grande arte aos médicos, atrevo-me a dizer-vos, estimadíssimos discípulos, que a escola médico-cirúrgica estabelecida neste hospital, posto que incompleta, é a única em Portugal que pode fazer cirurgiões hábeis». MIRA - *Ob. cit.*, p. 279.

A Junta do Protomedicato e as parteiras

O espírito modernizador que exigiu a reforma universitária, pelo qual se conferia um novo estatuto social aos novos médicos, nomeadamente a sua preferência na colocação sobre os médicos e cirurgiões tradicionais, vai ter a sua repercussão ao nível da administração, na linha do que preconizava Ribeiro Sanches. Outros autores, como por exemplo Maximiano Lemos, relatam-nos a longa e surda luta dos universitários 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, desde longe, 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 já um alvará de 12 de Maio de 1608 determinava que o Físico-Mor não pudesse dar licenças a médicos «idiotas» para exercerem em locais onde houvesse graduados pela Universidade de Coimbra, podendo fazê-lo para outros locais¹²⁸. Mas, como já se referiu, em 1740, permitia-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. Atribuía-se a esses representantes a função de fazerem exames locais para aquelas artes de curar, para evitar que os candidatos fossem obrigados a irem à Corte, numa acção que representa um crescendo de fiscalização e, ao mesmo tempo, também o reconhecimento destas artes, legitimando-as pelo processo tradicional do exame¹²⁹.

O quadro institucional centrado nas figuras do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor desapareceu em 1782, com a publicação da lei que cria a *Junta do Protomedicato* e extingue aqueles cargos¹³⁰. Era uma forma de dar satisfação a diversas representações

¹²⁷CARVALHO, Silva - *Ob. cit.*, p. 37.

¹²⁸LEMOS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*. 1º vol. Lisboa: Manuel Gomes Editor, p. 184-192.

¹²⁹*Arquivos de História da Medicina Portuguesa*. (1894), vol. IV, p. 178-180.

¹³⁰Lei pela qual S. Magestade mandou crear a Junta do Protomedicato, extinguindo os empregos de Fysico mór, e Cirurgião mór. *Systema ou Collecção dos Regimentos Reais*, tomo VI, Lisboa: MDCCXCI, p. 355-357.

que à Rainha tinham chegado sobre a ineficácia sobre os problemas inerentes à cobertura sanitária existente:

sendo-me presentes os muitos estragos, que com irreparavel prejuizo da vida dos meus vassallos tem resultado do pernicioso abuso e estranha facilidade, com que muitas pessoas faltas de principios, e conhecimentos necessarios, se animam a exercitar a faculdade da medicina e arte da cirurgia; e as frequentes, e lastimosas, desordens praticadas nas boticas destes Reinos, e dos meus Dominios Ultramarinos, em razão de que muitos Boticarios ignorantes se empregão neste exercicio, sem terem precedido os exames, e licenças necessarias para poderem usar da sua arte; E porque este objecto he o mais importante, e o mais essencial, que deve occupar a minha Real consideração, pois nelle se interessa o bem commum, e a conservação dos meus vassallos. E querendo obviar os inconvenientes, e funestos acontecimentos, com que até agora, com grande desprazer meu, tem sido perturbada a ordem, com que sempre se devia proceder em hum assunto tão serio, e de tanta ponderação: Mando, ordeno, e he minha vontade, que na minha Corte, e Cidade de Lisboa seja logo creada, e erigida, como esta sou servida crear, e erigir, huma Junta perpétua, que será denominada a Junta do Protomedicato, a qual será composta, e regulada da maneira seguinte.

Este texto retirado do intróito da lei é exemplar no que se refere à conflitualidade que se verificava nos finais do século XVIII no domínio das artes médicas, na medida em que, de forma sintética mas clara, se refere à necessidade de ordenamento, invocando a noção de bem comum, fazendo uso do poder real que, na altura, era absoluto. A influência dos médicos universitários parece evidente, numa aproximação que influencia a produção do discurso, conferindo-lhe um sentido de condenação das práticas de curar tradicionais e do exercício ilegal. Os resultados da medida corresponderam à enunciação do discurso utilizado na lei?

Na realidade, a Junta seria constituída por sete deputados, três dos quais amovíveis de três em três anos, podendo continuar ou ser substituídos. Exercia funções de presidente o médico mais antigo. Os secretários da Junta eram os dois escrivães que secretariavam os dois lugares extintos. Havia um Juiz assessor, que era o Corregedor do Crime da Corte, servindo de lei os regimentos anteriores (do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor), que poderiam ser alterados, desde que os Deputados da Junta assim o sugerissem. O financiamento seria o mesmo do modelo anterior, ou seja, recaía sobre os emolumentos das licenças. Estabelecia-se a regularidade das sessões da Junta (três vezes por semana). Mas, deixando de lado outros pormenores organizacionais, quem são os médicos nomeados? As nomeações apontam: três «Médicos da Minha Real Camera»; dois «Médicos da Casa Real»; um «Cirurgião da Camera»; um «Cirurgião da Casa Real».

Estas designações revelam que não se saiu do círculo cortesão, ao contrário do que defendia Ribeiro Sanches, como já vimos atrás. A mudança parece ter sido mais de forma do que de conteúdo, pelo menos nestas nomeações iniciais, não se passando ainda o poder definitivamente para o círculo universitário. Esta situação poderá ajudar a explicar a razão que levou à extinção da Junta do Protomedicato, ao cabo de pouco mais de duas dezenas de anos, de 1782 a 1809. Com efeito, a Junta foi dissolvida em 1809, voltando-se à jurisdição dos antigos modelos administrativos do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor, por alvará de 7 de Janeiro de 1809 (a conjuntura histórica era muito específica: a Corte transplantara-se para o Rio de Janeiro, na sequência das invasões francesas, sendo acompanhada dos principais funcionários, sendo recriadas no Brasil, por alvará de 7 de Fevereiro de 1808, aquelas entidades, depois reimplantadas em Portugal). Em 22 de Janeiro de 1810 foi mesmo decretado um novo regimento do Físico-Mor, que compilava todas as suas atribuições, pelo qual ficava a ter dois delegados (Norte e Sul) e um sub-delegado em todas as comarcas.

Novo órgão colectivo, paralelo àquelas jurisdições, foi, entretanto, criado – a Junta de Saúde Pública, criada por portaria de 28 de Agosto de 1813, a quem eram entregues os problemas da sanidade pública em Portugal (fiscalizar as entradas nas fronteiras e portos de mar, tratar da limpeza das cidades, construir cemitérios fora das igrejas, fiscalização de géneros postos à venda, etc.). A Junta «vinha dar execução às disposições teóricas apresentadas no passado, e trazia consigo o gérmen da mudança»¹³¹.

Mas, indo um pouco atrás, como se reflectiu este novo ordenamento no domínio da arte de partejar, pelos finais do século XVIII, com a Junta do Protomedicato? Funcionando os regulamentos antigos neste domínio, o que podemos vislumbrar são alterações ao nível da sua aplicação, o que se torna perceptível com a análise de cartas de parteira concedidas neste período.

E, assim, podemos detectar alguns reflexos curiosos, que se podem exemplificar através da carta de parteira de Joana Maria de Melo, registada no Porto, em 1785. Verifica-se, desde logo, que o exame passou a ser realizado por um médico e duas parteiras examinadas, de acordo com os regimentos, mas situação que na prática não era frequente antes, segundo o texto da maioria das cartas passadas no Porto.

¹³¹ CRESPO, Jorge – *A História do Corpo*. Lisboa: Difel, p.151.

Registo da Carta de Parteira

de Joana Maria de Melo, do Porto, em 1785

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 Província 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 público, o que assim cumprirão, indo primeiro assinada por dois dos Deputados da Junta. Dada e passada nesta Corte e cidade de Lisboa, aos onze de Novembro de mil setecentos e oitenta e três anos. De feitio desta trezentos réis e de assinar mil e duzentos réis. Eu Joaquim António de Brito a fiz escrever. José Inácio da Costa Freire. Domingos Carvalho Queiroga. Registada no livro quarto a folhas cento e dezanove verso. Junqueira, catorze de Novembro de mil setecentos e oitenta e três. Brito. Tomou o juramento na Câmara desta cidade do Porto no Livro das Vereações do ano de mil setecentos e oitenta e quatro, a folhas dezanove. Sousa.

E é o que continha a dita carta de parteira que fiz aqui registrar e à própria que recebeu quem ma entregou me reporto. Porto oito de Fevereiro de mil setecentos oitenta e quatro anos. António Ribeiro da Silva e Queirós a fiz escrever e assinei.

Livro 11º do Registo Geral, fls. 405. In FERREIRA, J.A. Pinto, ob. cit., p. 529-530.

Sublinhe-se uma maior ênfase na limitação das funções de parteira, assinalando-se a obrigatoriedade de, perante um parto que demorasse 24 horas ou se apresentasse «dificultoso», logo se chamar o cirurgião, bem como se lhe proibia o uso de remédios. 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. Tomando como exemplo o caso do Porto, segundo o trabalho já

citado de J. A. Pinto Ferreira, sobre os registos existentes na Câmara da cidade, podemos apreciar alguns indícios dessa evolução (Quadro I).

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. Isto mostra que os anteriores Regimentos deviam servir para pouco na dinâmica social da arte de partejar, em termos de regulamentação efectiva. A «curiosa» da vizinhança dominava a situação, tudo se resumindo a actos de entreajuda

no seio restrito da família e do lugar: já se nascia antes de aparecerem as parteiras examinadas ou encartadas e assim continuou a ser.

Para que a sociedade lhes reconhecesse uma utilidade sistemática, as parteiras encartadas teriam de garantir à parturiente e ao recém-nascido uma maior qualidade de serviços através de técnicas que acrescentassem bem-estar, bem como demonstrar conhecimentos acrescidos e suficientes para resolverem as eventuais complicações do trabalho de parto, que então se traduziam numa mortalidade materna e fetal elevada. Quer dizer, ao espaço profissional criado por decreto, seria preciso acrescentar o factor da qualidade dos serviços prestados, pois, por maior rigor que eventualmente houvesse na aplicação da lei, sendo irrisório o número de parteiras e médicos com certificação de que há notícia, esse número seria sempre insuficiente para resolver os inúmeros partos correspondentes à dinâmica de reprodução de famílias, pelo que poderia haver mercado para todos.

No entanto, a partir de 1784 surgiu a concessão de várias licenças por ano, revelando que haveria maior fiscalização ou que as comadres começavam a achar mais seguro ou conveniente obter a legalização. Tornava-se mais eficaz o ordenamento no campo sanitário. Por outro lado, numa cidade populosa como era o Porto, devia sentir-se uma maior pressão higienista para a formação de profissionais, dada a crescente preocupação com as crianças em geral. Em suma, deveria existir mercado para que mais mulheres achassem valer a pena a dedicação à arte de partejar a tempo inteiro, com recebimento de honorários decorrentes da sua ocupação.

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 a remuneração pelo 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 estado¹³².

A preocupação com as parteiras inclui-se, então, numa questão mais geral, que é da valorização da população e do combate à mortalidade, num discurso tanto ligado ao desenvolvimento das ideias sanitárias e higienistas, como às ideias populacionistas

¹³²MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926, p. 116.

e as relativas à dignidade humana no contexto iluminista europeu, que apresentam reflexos em Portugal¹³³. 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 produção literária significativa no domínio dos cuidados com a maternidade e a criança 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 os cuidados da grávida e os primeiros tratamentos do recém-nascido, surgindo várias obras sobre a criança, 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 generalizar¹³⁴.

¹³³Esta preocupação é geral. Veja-se o caso de França, onde as *Instruções* para parteiras, de Raulin são escritas a pedido do governo (1769), 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, madame Coudray, a que já nos referimos em capítulo anterior. 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.

¹³⁴MIRA, M. Ferreira de - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1947, p. 312.

Resumindo: ao falarmos de parteiras na transição dos séculos XVIII-XIX (antes da sua formação junto das Escolas Médicas e das Universidades, o que em Portugal só ocorre depois de instaurado o liberalismo), referimo-nos essencialmente a profissionais cujos modelos de formação assentavam na prática junto de outras profissionais mais velhas, como era vulgar na tradição corporativa dos ofícios. O saber assim adquirido era depois legitimado por um certificado, a «carta de parteira», obtido através de um exame junto da autoridade, coadjuvada por outras profissionais mais velhas. Ficava, assim, delimitado um campo de acção, criados os mecanismos restritivos para o acesso ao exercício profissional, definido o corpo de especialistas, num quadro corporativo.

Pode ainda dizer-se que, tal como em outros países, nomeadamente em Espanha, as funções básicas da parteira iam um pouco mais além do que as da vertente assistencial (assistência ao trabalho de parto, às enfermidades da mulher, aos conselhos sobre a gravidez e maternidade). Com efeito, podemos descortinar ainda no seu campo de acção funções jurídico-legais (declarações sobre presenças em parto, sobre a vida ou morte da mãe e dos recém-nascidos), funções de ensino (ao transmitir saberes a novas parteiras que a acompanham), bem como funções religiosas (realizar o baptismo de urgência nos fetos ou recém-nascidos em perigo de vida, controlar a confissão das parturientes)¹³⁵.

Em que medida havia parteiras para cobrir as necessidades, de forma a não «obrigar» mulheres curiosas a partejarem e desta forma infringirem a lei? Não se pode esquecer que a palavra «parteira» se aplicava, 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, mas ao fazê-lo podia ser penalizada. Mas era, sobretudo, ao nível das comadres que predominava um saber popular, no qual 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. Nesta perspectiva, cada comunidade populacional teria sempre uma comadre disponível ou improvisada, porque o parto não podia esperar pela produção mais ou menos científica de profissionais adequadas, preocupação recente na história da humanidade.

¹³⁵MARTINEZ, Antonio Maria Claret [et al] - Génesis de la Enfermaria Moderna en España. MARTIN, Francisca Hernández (coord.) - *Historia de la Enfermaria em España*. Madrid: Ed. Sintesis, 1996, p. 132.

Então, acreditando-se profundamente no sobrenatural, porque não acompanhar os andamentos da natureza com o apoio dos entes divinos, tantas vezes a única ajuda disponível? Por isso surgem notícias etnográficas, como por exemplo, as de Pires de Lima, para ficarmos pelas nossas redondezas: 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 azares¹³⁶. Comportamentos difusos, mesclados de paganismo e de cristianismo, de quem se habituou a ver na mensagem bíblica o fado de «parir na dor» como estigma que ficou do pecado original. Práticas que o racionalismo emergente dificilmente extirpou e que exerciam um claro efeito protector/tranquilizador sobre as parturientes, tal como hoje ainda acontece talvez sob formas mais discretas¹³⁷.

Parteiras curiosas, parteiras examinadas. Numas e noutras a ausência de saberes teóricos e teórico-práticos foi necessariamente uma marca dominante. Saberes cuja carência se disfarçava, embora correndo-se o risco de complicar esses partos por falta de conhecimentos elementares, desde a ausência de cuidados higiénicos à incapacidade de apreender as características e funcionamento do aparelho reprodutor ou de desenvolver manobras adequadas no período expulsivo e na reanimação do recém-nascido. Mas quanto aos trabalhos de parto complicados, quem sabia e podia dominar na altura as técnicas adequadas, quando o feto 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, antes que a panóplia do instrumental obstétrico se vulgarizasse.

Em todo o caso, entre os séculos XV-XVIII desenvolveu-se 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-

¹³⁶LIMA, Augusto César Pires - *Estudos Etnográficos, Filológicos e Históricos*. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1948, p. 128-131.

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. Perante esta representação social da parteira, não admirava que as famílias com mais capacidade económica passassem a chamar o cirurgião, apesar de cobrar mais caro pelos seus serviços, até como demonstração de interesse e de afecto dos maridos para com as parturientes¹³⁸.

Havia, então, um outro espaço legal de acção destinado a um saber obstétrico mais especializado, conquistado pelo efeito dos jogos profissionais dos cirurgiões no ambiente corporativo que se desenvolveu a partir dos tempos medievais. Mas era um espaço durante muito tempo vazio no domínio dos saberes e da capacidade de intervenção, que só pelos finais do século XVIII começou a ser preenchido à medida que os cirurgiões dominaram as técnicas obstétricas que aos poucos vão emergindo, num desenvolvimento técnico e científico que ajudou a medicina e cirurgia a desenvolver uma legitimidade racional que só atingiria a plenitude no século XIX¹³⁹.

¹³⁷JOAQUIM, Teresa - *Dar à Luz - Ensaio sobre as Práticas e Crenças da Gravidez, Parto e Pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1983.

¹³⁸KITZINGER, Sheila - *Mães - Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Presença, 1978, p. 97-98.

¹³⁹MACDONALD, Keith M. - *The Sociology of the Professions*. Londres: Sage Publications, 1995, p.146.

CAPÍTULO VI

CURSOS DE PARTEIRAS EM NOVOS CONTEXTOS MÉDICOS

O século XIX foi o tempo da afirmação da cirurgia em diversos domínios, eliminado-se gradualmente os tradicionais cirurgiões práticos que deram lugar a novos profissionais já formados na díade científica de «medicina e cirurgia» que, como vimos, era reivindicada pelas novas posições intelectuais desde o século XVIII. Para a afirmação da cirurgia foi determinante a atitude de corpo de alguns cirurgiões mais ilustrados que organizaram associações e academias, divulgaram conhecimentos através de uma imprensa especializada que criaram, apostaram no estudo da anatomia e arriscaram na amplitude da intervenção cirúrgica. E pressionaram, enfim, os poderes públicos para a criação de escolas que fossem além das tradicionais aulas de práticos em hospitais, mas que pudessem integrar o espírito e os contributos da ciência moderna. Na realidade, apesar da rivalidade com os médicos universitários, a criação de estudos superiores em cirurgia derivou muito da acção dos cirurgiões, alguns dos quais, conscientes da necessidade de aprofundamento científico, procuraram dar amplitude a esse sentimento, tentando transformá-lo em acção colectiva.

O conhecido higienista e professor Ricardo Jorge, num relatório sobre o ensino médico-cirúrgico no Porto apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública em 1885, reconheceu esse papel histórico de destacados cirurgiões na promoção científica, quando, após evocar os rituais do exame de sangrador, que considerava deploráveis, evocou a acção do cirurgião Manuel Gomes de Lima Bezerra, activo na segunda metade do século XVIII, no Porto:

Dada esta picaresca pobreza de tirocínio escolar, é para notar com certa admiração que entre a chusma dos curandeiros diplomados, a impar de ignorância e de imperícia por mal da humanidade, se destacassem ainda, imaculados de tanta podridão, cirurgiões de merecimento, alguns dos quais estamparam o seu nome nas páginas da medicina portuguesa.

Quando se olvidará o nome do erudito e prestante Manuel Gomes de Lima, que se empenhou em fornecer aos cirurgiões do seu tempo os melhores conhecimentos da época, publicando livros de mérito e boa lição? Homem de iniciativa rasgada e inteligente, muito acima da sua época e do seu meio, inaugurava audaciosamente o jornalismo médico em Portugal e agremiava os mais distintos colegas portuenses na academia cirúrgica, criando ao mesmo tempo um cenáculo de discussões médicas, e um consultório gratuito de doentes para instruções dos associados. Quem dirá que na efémera Academia cirúrgica prototipo-lusitana se desenhava o

embrião do *ambulatorium* e da policlínica que opulentam hoje o ensino dos grandes centros alemães?¹⁴⁰

Ora, o progressivo conhecimento da anatomia e de outras áreas clínicas, o domínio crescente de novos instrumentos cirúrgicos, os efeitos da ligação medicina-cirurgia ao nível da prática, tudo isso contribuiu para conferir um crescente relevo aos cirurgiões, ajudando-os a equipararem-se aos médicos em termos de reconhecimento profissional e social, criando-se escolas de cirurgia que procuraram posicionar-se ao nível universitário. Aos poucos chegavam a Portugal os reflexos do processo de cientificação da cirurgia e do lento despegar da obstetrícia como especialidade médica, o que vai acontecendo com o estudo do mecanismo do trabalho de parto, com a prática da versão podálica, com o aperfeiçoamento da extracção pelo fórceps, com a possibilidade de auscultar os batimentos cardíacos do feto (Mayer, 1818).

Esta visibilidade social e o reconhecimento de uma superioridade de tipo científico dos cirurgiões alastrou à sua relação hierárquica com as parteiras. Estas passaram a ser submetidas a um maior controlo: os cirurgiões passaram a organizar cursos de parteiras no âmbito das suas escolas, com o beneplácito oficial. 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 passou a ser uma mulher jovem, com grandes probabilidades de ser solteira e de raramente ter experiência maternal ou de exercício profissional, sem possibilidade de invocar um saber-fazer que lhe conferisse alguma autonomia junto do cirurgião. Jovem, inexperiente, de condição social humilde, logo submissa, mas sem deformações profissionais derivadas de uma prática sem bases científicas, eis algumas das características desejáveis pelos médicos para as novas parteiras que começaram a sair dos cursos de partos criados no âmbito das escolas médico-cirúrgicas: seriam as parteiras diplomadas após um curso formal, de habilitação profissional, e já não as apenas «examinadas» sobre os conhecimentos práticos e muito menos as «curiosas», ainda que estes três tipos coexistissem ainda durante largo tempo, com a mesma designação popular de *parteira* a cobrir realidades formativas diferentes e antagónicas. Este quadro genérico que traz a parteira

¹⁴⁰ JORGE, Ricardo – Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na Sessão de 1 de Outubro de 1885. *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*, nº4, Abril de 1885, p. 106.

«diplomada», tributário do que se verificou no âmbito europeu¹⁴¹, irrompeu em Portugal ao longo do século XIX, num processo cuja ilustração procuraremos desenvolver, tentando captar as principais linhas de força do seu contexto histórico.

Vintismo, saúde pública e parteiras

Em 1820, uma revolução trouxe a Portugal o quadro político liberal que já se aplicava noutros países europeus, introduzindo-se o modelo constitucional como pedra de toque na forma de governo. As Cortes reuniram-se, funcionando como órgão legislativo e não deixariam de se fazer eco das questões sanitárias (pouco antes, publicara-se, da autoria de João Pinheiro de Freitas Soares, um *Tratado de Policia Médica*, em 1818). Houve então algumas repercussões sobre a questão sanitária e, mais especificamente, sobre as parteiras? Um estudo de Luísa Tiago de Oliveira¹⁴² fornece-nos as linhas de força da discussão sobre a saúde pública no «vintismo», disponibilizando-nos os documentos essenciais que basearam essa discussão em Cortes. O colapso político do liberalismo pouco depois, com o regresso durante mais alguns anos do absolutismo e de uma guerra civil (até 1834), tornou, porém, essa discussão pouco produtiva sob o ponto de vista de resultados, embora mais rica no debate de ideias.

Um dos documentos centrais desta discussão tinha como ponto de partida o «Projecto do Regulamento Geral de Saúde Pública»¹⁴³, apresentado nas Cortes por um grupo de deputados, revelando-se, deste modo, uma consciência dos problemas sanitários existentes e da necessidade de definir objectivos e estruturar recursos. «Um dos mais importantes objectos de qualquer governo é conservar a saúde pública dos povos, porque é muito mais útil prevenir a desenvolução das moléstias, do que passar pelo penoso trabalho de as tratar a custa de muitos riscos, e despesas» - assim se exprimia a comissão redactora do projecto, para, mais à frente, depois de aludir à dispersão ainda existente neste domínio, reconhecer que «a policia médica do interior do Reino pode dizer-se com verdade, que não existia absolutamente».

¹⁴¹CARRICABURU, Danièle - Les Sage-femmes face à l'Innovation Technique. AIACH, Pierre ; FASSIN, Didier - *Les Métiers de Santé : Enjeux de Pouvoir et Quête de Legitimité*. Paris: Anthropos, 1994, p. 281-307. MACDONALD, Keith - *The Sociology of the Professions*. London: Sage Publications, 1995. p. 144 -149.

¹⁴² OLIVEIRA, Luísa Tiago - *A Saúde Pública no Vintismo*. Lisboa: Edições João Sá da Costa, 1992.

¹⁴³ OLIVEIRA, Luísa Tiago - *Ob. cit.*, p. 65-88. O projecto é datado de 12.10.1821.

Pelo primeiro artigo da proposta, integrava-se no novo ordenamento a Junta da Saúde Pública como órgão central administrativo, composta por cinco vogais (três médicos, um cirurgião e um boticário), que assumiria todas as antigas funções, sendo-lhe atribuídas outras no sentido de policiar os problemas e profissionais da saúde e de promover publicações sobre moléstias, operações cirúrgicas, estado dos estudos e de organizações de saúde e assistência. Criava-se, em cada comarca, um médico com o cargo de inspector da Junta, com o objectivo de fiscalizar «todos os ramos da saúde pública» da sua comarca, nomeadamente «examinar se os médicos do partido das câmaras da sua comarca desempenham bem as suas obrigações: se os cirurgiões, longe de se excederem no exercício da sua profissão, procuram exercer a dos médicos com detrimento dos povos; se as parteiras são capazes de ministrarem os socorros, que delas se esperam; se os boticários têm as suas boticas providas de medicamentos suficientes, e saudáveis».

Estabelecia-se que «os empregados de saúde são os médicos, cirurgiões, boticários, e parteiras», procurando-se ultrapassar a persistência de outras artes de curar e fixar uma hierarquia que afinal já se verificava, com a sobrevivência das quatro ocupações que resistiram a um longo processo de transformações nas artes de curar. Nesta fase, os médicos só seriam os formados pela Universidade de Coimbra (eventuais diplomados por universidade estrangeira teriam de prestar exame perante vogais da Junta de Saúde Pública). A outra novidade era a criação de duas escolas regulares de Cirurgia, uma em Lisboa e outra no Porto, mas, além disso, a Faculdade de Medicina seria reformada de modo a que na Universidade de Coimbra se pudesse «fazer um estudo de Cirurgia completo». Previa-se que, de futuro, só os que tivessem carta de uma das três escolas pudessem exercer cirurgia, embora, enquanto as escolas não se estabelecessem, pudessem continuar a verificar-se os exames tradicionais (ou seja, habilitação sob a forma de exame, após tirocínio prático, agora perante os delegados da Junta de Saúde Pública, como antes perante os do Cirurgião-Mor).

Relativamente às parteiras, as propostas passavam ainda pelas seguintes dimensões:

- criação de cursos para parteiras, a concretizar da seguinte forma: nas comarcas onde houvesse algum cirurgião instruído na arte de Obstetrícia, a Junta conceder-lhe-ia licença para abrir um curso anual de partos às mulheres que se propusessem ser parteiras;

- a obrigação das parteiras saberem ler e escrever, condição que permitiria «imprimir umas breves instruções sobre a sua arte, pelas quais serão examinadas por ordem do inspector da comarca», tendo ainda de apresentar certidão de terem praticado com parteira examinada;
- penalizações: parteira que exercitasse o seu ofício, sem certidão de exame, seria intimada pelo inspector de saúde para se abster de o fazer, sendo penalizada, caso reincidisse, por uma multa que não deveria exceder dois mil réis.

Como se depreende do exposto, as propostas enunciadas pouco avançavam face aos regulamentos anteriores ao liberalismo, no que se referia à parteira, cristalizando algumas representações sobre a arte obstétrica veiculadas pela óptica dos cirurgiões. Assim, tudo indica que, para médicos e cirurgiões, a obstetrícia era o «problema», a «complicação», o «transtorno» daquilo que era tendencialmente uma segregação da natureza, um «acto natural» - o parto. Era este campo de normalidade no parto que ficava à responsabilidade da parteira, pois para as complicações haveria a acção cirúrgica.

Na verdade, se o Estado já assumia o ensino da medicina e se propunha agora instalar o de cirurgia, negligenciava completamente o da obstetrícia na óptica da formação parteira, nesta proposta vintista, embora reconhecendo uma vaga necessidade de cursos que remetia para a iniciativa particular de algum cirurgião. Mas como a fórmula de certificação continuaria a ser o exame, após prova de prática com outra parteira examinada, a ideia de curso era aqui uma possibilidade flutuante, tanto poderia concretizar-se como não, era uma vaga equação deixada ao acaso, o que contrastava com o discurso de exigência produzido para médicos e cirurgiões.

A hierarquização das artes médicas implícita neste texto, tal como em legislação anterior, continuava a remeter a parteira para a base da pirâmide dos agora designados «empregados da saúde», indiciando a sua subordinação ao cirurgião, a categoria indicada pelo texto para lhe conferir formação. Embora prevendo penalizações para as parteiras não legalizadas, ao não incentivar-se a formação de novas parteiras permitia-se que as parturientes e suas famílias tivessem de recorrer às «curiosas», uma vez que as «examinadas» eram poucas e, baseando a sua formação nas práticas tradicionais, não se ajustariam aos novos padrões de exigência científica que o liberalismo arrastava. Apesar dos novos ventos do liberais, o parto e as parteiras continuavam a

ser elementos de um mundo feminino, subalterno, ainda distante das preocupações dos governantes.

Se procurarmos outro tipo de preocupações relativa às parteiras nesta documentação, apenas poderemos referenciar uma petição às Cortes de duas «parteiras aprovadas» de Odivelas que, num texto assinado por um procurador, protestavam por o seu espaço de acção estar a ser invadido por «curiosas» não habilitadas que exerciam a arte com

imenso prejuízo de todos; porque, ou pelos meios da ignorância, ou da afeição se entregam partientes (sic) nas mãos de tais pessoas ignorantes, e resultam da falta de sabedoria perigos imensos; porque, caso possam pagar deve recair a dita paga em quem está habilitado, pelo mesmo que gastou tempo no estudo, e na prática, e o seu dinheiro nos seus exames, e não em quem nada disto tem satisfeito; e porque finalmente é escândalo público o exercitar qualquer pessoa o que lhe não compete, contra as ordens, para isso estabelecidas, e até contra a boa ordem da sociedade: requerem portanto a Vossa Majestade as suplicantes haja por bem que o competente Juízo faça sair a correição do cirurgião-mor do Reino, e castiguem os infractores da lei, a qual correição o regimento determina que saia uma vez cada ano, e é já há muito tempo findo um sem que a dita correição tenha aparecido a cumprir os seus deveres¹⁴⁴.

O efeito de legitimação concedido pela licença, com base no exame, era cada vez mais universal, para se reivindicar o território profissional, ainda que pouco se saiba sobre o saber em causa e a petição tenha sido apresentada (e provavelmente redigida) por um procurador. O exame, como dispositivo legitimador introduzia conflitualidade para com a intromissão de «curiosas» num território que estava social e legalmente delimitado para o grupo das «parteiras examinadas», com estas a usarem o mesmo argumento de outros grupos profissionais em situações idênticas. O efeito de poder ancorado num ideal de superioridade de saber dá aqui plena aplicação ao conceito de *poder-saber*, desenvolvido por Michel Foucault, revelando a natureza difusa do poder e a sua presença em todos os interstícios da sociedade.

De qualquer forma, a elaboração do «Projecto do Regulamento Geral de Saúde Pública» mostra o despertar do novo poder político para a problemática de criar um sistema sanitário, coordenando a legislação antiga num novo formato, com algumas adaptações e/ou inovações em torno de vários problemas, em que avultavam os expostos, a sua criação e educação, os hospitais, a polícia médica (fiscalização de géneros, a saúde nas terras, a vacinação, os enterramentos e cemitérios, serviços de saúde nos portos e lazaretos). Outra questão central enunciada e que era preciso

¹⁴⁴ OLIVEIRA, Luísa Tiago – *Ob. cit.*, p. 141.

ultrapassar radicava na necessidade de formar cirurgiões em escolas próprias, propondo-se a sua criação em Lisboa e Porto e dotando a Universidade de Coimbra dessa valência, de uma forma eficaz, na Faculdade de Medicina.

Por virtude das vicissitudes políticas, estas propostas ficaram pelo caminho, com algumas delas a serem repescadas um pouco mais tarde: as Régias Escolas de Cirurgia chegam logo em 1825.

As Régias Escolas de Cirurgia

As diversas propostas para a criação de escolas oficiais de cirurgia, que podemos remontar já a Ribeiro Sanches, demoraram então a concretizar-se. Por isso, o ano de 1825 costuma ser apontado como um momento assinalável na organização do ensino médico em Portugal, pois correspondeu à criação e à inauguração oficial das novas Escolas de Cirurgia. O alvará de 25 de Junho de 1825, reconhecendo o atraso português em relação a países estrangeiros, justificava assim a criação das ditas escolas:

sendo hum dos objectos mais importantes para a felicidade pública, e conservação da saude de Meus Povos, a educação de habeis Cirurgiões, que, adquirindo os verdadeiros conhecimentos da sua arte, possam utilmente dedicar-se ao curativo respectivo, em que por ora se experimenta tão sensível atrazamento, supprindo-se a imperícia dos que se consagrão ao exercicio de tão interessante ramo por exames superficiaes, e illusorios Documentos; faltando em grande parte as Disciplinas Elementares, methodicamente dirigidas, e encaminhadas por Mestres idoneos, que possam produzir habeis discípulos, e obter na importante Arte da Cirurgia o adiantamento e progresso, que em outros Países se tem avantajado tão consideravelmente, e que tanto contribuem para a gloria, recuperação, e conservação da saúde de Meus Povos: Sou Servido, por todos estes respeitos, e por outros de muita ponderação, que Me forão propostos por pessoas muito inteligentes, verdadeiramente consagradas a Meu Serviço, e consagradas à utilidade pública (...).¹⁴⁵

Foram, assim, criadas as Régias Escolas de Cirurgia em Lisboa, no Hospital de S. José, e no Porto, no Hospital da Misericórdia (Santo António). Segundo o respectivo regulamento, anexo ao alvará, os cursos eram de cinco anos lectivos, leccionando-se as seguintes cadeiras:

1º ano: Anatomia; Fisiologia;

¹⁴⁵ Alvará de 25.6.1825. *Colecção de Legislação*, p. 56.

2º ano: Repetição de Anatomia, Matéria Médica, 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.

Eram ainda fornecidas indicações sumárias para cada cadeira, embora remetendo para o «corpo catedrático» as «doutrinas» a seguir. Para a Arte Obstetrícia davam-se apenas as seguintes instruções: «O lente de Arte Obstetrícia compreenderá no seu Curso a parte Forense que lhe he concernente: terá a seu cargo huma Enfermaria de mulheres grávidas, para os Alumnos adquirirem os conhecimentos praticos deste ramo da Arte de curar».

Não analisaremos aqui os enunciados regulamentares na sua diversidade, mas anotemos as seguintes curiosidades: a matrícula para o curso de cirurgia estava aberta a alunos com mais de 14 anos (idade mínima para ingresso), devendo estes apresentar certidão de professor régio ou demonstrar por exame conhecimentos de Latim e Lógica; a passagem do 3º para 4º ano estava condicionada à demonstração de saber uma língua viva europeia, francês ou inglês (que teria de aprender exteriormente à Escola). As línguas clássicas e modernas eram agora indispensáveis à componente de erudição que os novos cursos de cirurgia previam, quer para ler nos livros antigos, quer nos modernos compêndios que iam chegando dos países mais avançados da Europa. Sendo ainda bastante elementares, estes cursos representavam um claro avanço face às antigas escolas hospitalares e aprofundavam mais a área cirúrgica do que a formação médica desenvolvida na Universidade de Coimbra, pormenor que se tornou num argumento de discórdia entre estas escolas e a universidade. Os cirurgiões aprovados nestas escolas seriam preferidos nos lugares de «partido» a outros cirurgiões encartados por exame, bem como no Exército e na Armada, podendo ainda curar de medicina onde não houvessem médicos formados na Universidade de Coimbra ou em lugares em que estes manifestamente não chegassem para suprir as necessidades da população.

Abriu a Escola de Lisboa a 27 de Setembro de 1825, repescando para o corpo docente os cirurgiões que trabalhavam e ensinavam no Hospital de S. José, alguns dos quais tinham estudado no estrangeiro. Celebrou-se o acto inaugural da Régia Escola de Cirurgia do Porto em 25 de Novembro desse mesmo ano, nas instalações do Hospital de Santo António.

Com a criação destas escolas, o Estado assumiu uma participação directa na formação dos cirurgiões, a par da acção que já exercia em Medicina, desde que se reformara a Universidade de Coimbra, em 1772. Mas a Casa Real ainda ficava a lucrar com a criação das Escolas Régias, pois o alvará estabelecia que os ordenados de professores e empregados e mais despesas fossem pagos pela prestação de 10 contos de réis que ofereciam os Contratadores Gerais do Tabaco, a isso constrangidos, sem qualquer outra despesa, revertendo para a Real Fazenda a quantia de 1260\$000 réis que a Fazenda Real, até essa altura, pagava pelas cadeiras avulsas que então eram ensinadas no Hospital de S. José. Esta situação ter-se-á mantido até 1829.

No caso do Porto, a situação desta escola pública, organizada pelo Estado, assumia uma característica específica (que, com o tempo, se revelou um *handicap* para o ensino médico), pois a iniciativa pública invadia um hospital particular, propriedade 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, o que se justificava na altura pela anterioridade histórica na formação de cirurgiões por esse hospital, por sua única iniciativa e responsabilidade.

Na realidade, as escolas de Lisboa e Porto não surgiam por geração espontânea. Estas medidas de institucionalização do ensino cirúrgico, embora inovadoras pelo efeito legitimador assegurado pelo Estado, 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, que iniciou a construção deste hospital em 1770, para concentrar os serviços de outros hospitais anteriores). No que se referia ao Porto, Ricardo Jorge não esqueceu esta genealogia:

À escola médico-cirúrgica do Porto é vedado apregoar pergaminhos brazonados e fidalguias académicas; a sua árvore de costado entronca na mísera oficina hospitalar que despachava a esmo sangradores e cirurgiões ministrantes, nos tempos legendários em que uma lanceta brutal era serva prestante da navalha de barba¹⁴⁶.

E na verdadeira história do ensino cirúrgico que o seu relatório constitui, Ricardo Jorge ironizou com os rituais dos antigos exames oficiais onde as diversas ignorâncias se expunham publicamente, com os velhos métodos e as várias artes. Exprime um

¹⁴⁶ JORGE, Ricardo - Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. nº 4 (Abril 1885), p. 102.

vulgar sentimento de supremacia da ciência do seu tempo sobre os saberes anteriores (tudo antes era boçal, estúpido, inábil), num quadro típico de euforia positivista, corrente de que foi um dos divulgadores em Portugal.

Do ponto de vista simbólico, esta acção do Estado recuperava algum do sentido formulado pelas propostas dos iluministas, veiculadas no caso português principalmente por Ribeiro Sanches. Como muito bem sintetizou João Rui Pita numa tese recente, trata-se de mostrar que as questões da saúde, nomeadamente as de saúde pública, tem «uma dimensão pedagógica e política e não apenas especificamente médica»¹⁴⁷.

Era uma preocupação que pairou sobre toda a legislação e empreendimentos médicos do século XIX e que chegou aos nossos dias, envolvendo naturalmente questões de poder, pois aquilo que Ribeiro Sanches designava como «medicina política» resultava agora na «articulação entre o poder científico e técnico da medicina e o poder administrativo do Estado». Na linha da «polícia médica», uma expressão também muito utilizada na altura, vários outros trabalhos se publicaram depois, teorizando o papel do Estado neste domínio e apontando soluções¹⁴⁸.

Face à situação existente, a criação das Escolas Régias de Cirurgia em Lisboa e no Porto representou, pois, um acto de inovação e de ruptura, a vários níveis. 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 emplastradeiras, indivíduos pela maior parte inexperientes, que, não tendo seguido nenhum curso oficial, se apresentavam simplesmente ao exame, reduzido, por vezes, a uma ilusória formalidade»¹⁴⁹, princípios estes que o preâmbulo do alvará de criação explicitava, como vimos. Por outro lado, iniciava-se 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 1866 os licenciados pelas Escolas de Lisboa e Porto serão oficialmente equiparados para efeitos de

¹⁴⁷ PITA, João Rui - *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Minerva, 1996. p. 437-457.

¹⁴⁸ Para uma perspectiva de síntese sobre as políticas preventivas da saúde, cf. FERRAZ, Amélia Ricon - *Protecção da Saúde em Portugal: O Exemplo Portuense*. 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.

¹⁴⁹ MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926, p. II.

concurso público, acabando-se com a superioridade dos formados pela Universidade. Mas estes eram em pequeno número e não cobriam, de forma alguma, as necessidades do País, que, por essa razão, continuava a ser um vasto mercado (embora de fracos recursos) não só para os cirurgiões das novas escolas como para os vulgares profissionais das artes de curar.

Sublinhe-se que nada constava ainda sobre «cursos para parteiras» nos regulamentos dados em 1825 às Régias Escolas de Cirurgia. Indirectamente, no entanto, o caminho de valorização da cirurgia, com a formação de cirurgiões de um novo tipo, repercutiu-se inevitavelmente não só sobre a actividade das parteiras como sobre todas as artes de curar. O ordenamento da área da saúde viveu, então, um salto qualitativo, pois a criação das Régias Escolas de Cirurgia trazia consigo as sementes da aplicação do modelo moderno de formação médica, a da ligação medicina-cirurgia, há muito reclamado em Portugal, a exemplo do que já se fazia no estrangeiro. Mas faltava dar ainda o passo decisivo, a de consagrar institucionalmente essa ligação disciplinar.

Outra dimensão que importa relevar é a irrupção de um poder médico-cirúrgico que, com base na função oficialmente atribuída de ensino e de investigação que o devia acompanhar, entrou nos hospitais com uma legitimidade acrescida, com a delegação de um poder simbólico que recebeu do Estado, enquanto 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, passou a ser gerido por uma junta, em que estava um vogal da Misericórdia, um vogal que representava o corpo clínico, sendo o terceiro vogal o director escolar. Mas na prática era o conselho escolar que detinha a autoridade científica, que estabelecia os exercícios clínicos e as modalidades de aprendizagem e requisitava os produtos (remédios, instrumentos e outros) que julgava úteis, sendo a Misericórdia a responsável pela parte financeira. Não admira, assim, que surgissem notícias de vários conflitos¹⁵⁰, que levaram a Escola a solicitar, recorrentemente, a criação de um novo hospital, do domínio público, para ali funcionar o ensino médico em toda a sua amplitude, solução que só ocorreu muito depois, já no nosso tempo, com a criação do Hospital de S. João (1958).

¹⁵⁰JORGE, Ricardo - *Ob. cit.*, p. 112.

Entretanto, no que se referia à formação médica, sobretudo numa primeira fase, as alterações qualitativas não poderiam ser muito significativas do ponto de vista científico, bastando afirmar que os três primeiros mestres do quadro da Escola Régia do Porto eram os três cirurgiões do antigo curso prático ministrado no Hospital de Santo António. O mesmo já não se dirá do ponto de vista organizativo, pois da interacção Escola-Hospital derivaram rotinas importantes para o desenvolvimento do ensino médico, como os trabalhos práticos e a dissecação cadavérica. Evocando de novo Michel Foucault, poderemos aqui dizer que o poder precedeu e criou as condições para o saber: estruturaram-se novas relações de poder criadas no interior do hospital, em que o médico suplantou 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 passou a ser figura tutelar. A expressão máxima deste novo poder era 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 do hospital: 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 entrar¹⁵¹.

Podemos dizer, então, que o alvará de criação das Escolas Cirúrgicas, datado de 25 de Junho de 1825 e assinado por D. João VI, foi um factor de legitimação dos novos cirurgiões, marcando desde logo a sua superioridade legal face aos «cirurgiões práticos», abrindo-lhes as portas dos hospitais e permitindo-lhes maiores expectativas, as da aproximação ao estatuto dos médicos da Universidade, em relação aos quais ainda estavam em posição de subalternidade, sendo obrigados a esperar. A guerra civil, provocada pelos desentendimentos entre liberais e absolutistas, não foi, entretanto favorável ao desenvolvimento e consolidação destas Escolas no curto prazo. Alunos e professores das diversas escolas superiores envolveram-se ou foram envolvidos na mobilização militar e as escolas praticamente paralisaram entre 1828-1834.

¹⁵¹ FOUCAULT, Michel - *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p.110.

Vitória liberal: sistema sanitário, escolas médico-cirúrgicas e cursos de partos

Com a vitória definitiva do liberalismo, depois da guerra civil de 1832-34, surgem novas condições políticas e administrativas para introduzir alguma modernização na estrutura do sistema sanitário. Com a chegada dos Setembristas ao poder (na sequência da «revolução de Setembro de 1836», sob a liderança de Passos Manuel), implementam-se dois tipos de medidas no âmbito das políticas sanitárias. Uma dessas medidas consistiu na reforma do ensino médico, através da implementação de um Plano Geral de Estudos que, para além de alterações no ensino da Universidade de Coimbra, passou pela transformação das Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto em Escolas Médico-Cirúrgicas em 1836.

A outra medida setembrista a que nos referimos foi a da criação de um novo órgão coordenador do sistema sanitário, o Conselho de Saúde Pública, por Decreto de 3 de Janeiro de 1837, que funcionou durante três décadas, com funções deliberativas e executivas que o tornavam autónomo do governo. O Conselho de Saúde Pública, assumiu as antigas atribuições sanitárias distribuídas por Físico-Mor e Cirurgião Mor e pela Junta de Saúde Pública, com adaptações à nova situação política e institucional (por exemplo, o domínio do contencioso que aquelas entidades detinham, passaram para os tribunais, no âmbito da separação de poderes). O Conselho de Saúde Pública era uma entidade abrangente, composta por doze vogais (incluindo médicos e autoridades não médicas), apresentando um delegado de saúde em cada «cabeça de distrito» e sub-delegados a nível concelhio (que acumulava com as funções de administrador do concelho). As funções que lhe eram atribuídas eram classificadas em três tipos: 1) educação física dos habitantes; 2) prática da medicina, cirurgia e outras actividades médicas; 3) polícia médica¹⁵².

Por Lei de 18 de Setembro de 1844, o Conselho de Saúde Pública foi reorganizado e enquadrado como «autoridade superior» e dotado de competências específicas no âmbito da organização mais geral da Repartição da Saúde Pública, que regulamentou todo o serviço sanitário e o pessoal dela dependente nos vários níveis territoriais e administrativos. Além da criação das Estações de Saúde nos portos do litoral, foi integrada a Instituição Vacínica no Conselho de Saúde Pública. O Conselho continuou, entre as suas muitas atribuições, a fiscalizar todas as profissões médicas e

a organizar a respectiva matrícula. O artigo 160º renovava os interditos às parteiras: «as parteiras, e parteiros, que applicarem medicamentos ás puerperas, ou que usarem de instrumentos para auxiliar a parturição, serão punidos com as penas do artigo antecedente». E renovavam-se as penas previstas no regimento de 1631 e do alvará de 1810 (as penas do artigo antecedente em referência eram as applicadas ao sangrador que sangrasse sem ter carta, pagando 4\$000 réis por cada acto e se o doente morresse seria processado como presumido autor da morte)¹⁵³.

Depois de vários ajustamentos legislativos, o Conselho de Saúde Pública foi extinto por Decreto de 3 de Dezembro de 1868: criticava-se, então, o facto de a legislação de 1836 lhe ter criado um vício original, que era o de ainda acumular funções de propostas legislativas com competências deliberativas e executivas, que o tornavam autónomo do governo; essas competências passaram, pois para o governo, criando-se, em sua substituição desse Conselho, uma Junta Consultiva de Saúde Pública, que incluía várias autoridades, muitas das quais o eram por inerência dos cargos públicos, não sendo necessariamente médicos. Com a extinção do Conselho de Saúde Pública, o órgão substituto, como o nome indica, ficou com funções reduzidas a consulta e assessoria do poder executivo: «o governo, esclarecido pela Junta Consultiva, dirige superiormente o serviço de saúde»¹⁵⁴. O governo chamava a si a execução das medidas de saúde pública, o que resultava das muitas críticas que o Conselho de Saúde suscitara com medidas impositivas, em especial as medidas sobre os cemitérios fora das igrejas e as quarentenas impostas às embarcações vindas de portos considerados infeccionados, um tipo de medidas a que, nesta altura, se entendia dever dar um tratamento político.

Fixemos alguma atenção na reforma do ensino médico por ocasião do setembrismo. Num conjunto de diplomas, articulados no Plano Geral de Estudos, cuja elaboração se costuma atribuir ao médico Bernardino António Gomes (Filho), ligou-se definitivamente, no processo formativo, a medicina e a cirurgia, acabando, quase definitivamente, a velha distinção entre médicos e cirurgiões (ainda persistiam os cirurgiões que já tinham carta tradicional e era dada a possibilidade de abertura de cursos para licenciados menores ou ministrantes, cursos estes que parece não terem chegado a funcionar e foram extintos pouco depois, por Decreto de 26 de Abril de

¹⁵² BICHO, Francisco Laranja de Castro – *Organização dos Serviços Sanitários em Portugal*. Porto: 1926., p. 38-41.

¹⁵³ *Collecção de Legislação Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1844 e 1845, p. 230 -270.

1842). A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra foi reformada, no âmbito desse novo Plano Geral de Estudos, aprovado por um Decreto de 5 de Dezembro de 1836¹⁵⁵. Por sua vez, as Régias Escolas de Cirurgia foram transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas (ainda não são equiparadas à Faculdade de Medicina), por Decreto de 29 de Dezembro de 1836, que dava continuidade ao Plano Geral de Estudos, o qual visava, assim, um ordenamento geral do ensino superior.

Entrou-se, pois, numa aceleração do processo de ordenamento que legitimou a formação cirúrgica de tipo superior, fazendo apelo às concepções modernas de produzir e praticar ciência médica, com a dupla valência médico-cirúrgica (o curso de medicina, em Coimbra, passou também a incluir uma componente mais satisfatória de cirurgia). Este processo arrastou consigo alguma conflitualidade que se vislumbra logo à superfície da literatura médica da época, nomeadamente as diversas revistas especializadas que, ao longo do século XIX, se publicaram em Lisboa e no Porto por parte de médico-cirurgiões oriundos destas Escolas. Assim, ao lado da preocupação da divulgação técnico-científica, nomeadamente através da apresentação de relatórios e de casos de estudo, observou-se uma clara tendência para afirmação de duas lutas de índole profissional a travar de modo complementar.

A primeira era uma luta pela subordinação das artes de curar tradicionais, procurando-se eliminá-las ou dominá-las. Essa luta desenvolvia-se a vários níveis: era naturalmente veiculada pelas instâncias organizacionais do ensino médico (escolas médico-cirúrgicas e universidade), particularmente pelas posições dos conselhos escolares, mas também por outras formas de pressão, com relevo para as sociedades médicas e a sua imprensa que tomam posição e assumem a polémica, além de se repercutir nos debates parlamentares e nas posições governamentais e suas instâncias (Conselho de Saúde Pública) que, por último, definem as medidas legislativas. Assim, conforme os casos, podemos tipificar os destinos das diversas artes de curar em face da afirmação do novo poder médico:

- artes que foram eliminadas, desaparecendo a certificação tradicional, que se baseava na emissão de licença para o seu exercício mediante exame perante delegados do Físico-Mor ou Cirurgião-Mor; essas artes foram remetidas para a clandestinidade dos meios rurais, sobrevivendo

¹⁵⁴ *Collecção de Legislação Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1868, p. 431- 440.

em bolsas de «crendice» popular ou em locais recônditos em que não existiam alternativas médicas (é o caso dos sangradores, dos algebristas, das emplastradeiras); previa-se, contudo, a possibilidade de antigos cirurgiões poderem fazer um exame nas novas Escolas Médico-Cirúrgicas e poderem continuar a exercer o seu ofício, salvaguardando, de alguma forma, direitos adquiridos;

- artes que se autonomizaram, tendo como destino de formação uma carreira universitária paralela, ainda que só posteriormente (caso dos farmacêuticos, que ainda tiveram habilitação através de «cursos anexos» nas Escolas Médico-Cirúrgicas e na Faculdade de Medicina);
- artes que foram recuperadas pelas instituições escolares, face à dimensão do mercado e do campo de cuidados que cobrem, sendo toleradas, mas procedendo-se ao seu enquadramento técnico e ético em cursos de formação breves, tutelados pelas novas Escolas Médico-Cirúrgicas e Faculdade de Medicina (o caso das parteiras e dos dentistas).

A segunda luta a que nos referimos desenvolveu-se no interior do campo médico-cirúrgico. Os diplomados pelas Escolas do Porto e de Lisboa procuraram alcançar a equiparação oficial ao estatuto dos médicos de Coimbra. Evoluiu neste sentido a reforma do governo setembrista, em 1836, com a transformação das Escolas Régias de Cirurgia 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 persistiam ainda artigos na legislação que continuavam a garantir a primazia dos licenciados por Coimbra, numa insistência de privilégio institucional que não tinha qualquer sustentação ao nível da formação científica.

O relatório anual do Conselho Superior de Instrução Pública, relativo ao ano de 1844-1845, também sublinha queixas que recebia das duas Escolas Médico-Cirúrgicas contra o diferente estatuto que as opunha à Universidade de Coimbra e faz-se eco da sua própria interpretação, desfavorável às escolas:

As escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto ocupam uma boa parte dos seus relatórios com a reprodução da antiga rivalidade com a faculdade de medicina da universidade. A do Porto já se contenta com a concessão dos graus em cirurgia, para os seus alunos; porém, a de Lisboa tacha de injustiça manifesta tudo o que não for dar a todos igual consideração à dos da universidade,

155 *Collecção de Leis e Decretos*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1836, p. 693 -708.

com pleno exercício de medicina, sem a restrição do Decreto de 25 de Junho de 1825. Coerente com este sistema de engrandecimento, argue de insuficiente a quantidade de um conto de réis para a sustentação dos estabelecimentos de que a escola deve cercar-se; e insta pelo aumento da sua dotação, não só para sustentar os designados no Decreto de 20 de Setembro de 1844, senão também para criar muitos outros, que julga necessários depois que lhe foi concedida aquela consideração. De modo que, sendo estas escolas, na sua origem, destinadas ao ensino de cirurgia, instaram pelos estudos de medicina como auxiliares daquele; agora, depois de lhe serem concedidos, substituem os meios ao fim, trocam o acessório pelo principal, e quando o público esperava duas escolas de cirurgia, acha-se com três faculdades de medicina¹⁵⁶.

Em 1853, o médico e deputado Magalhães Coutinho chegou a propor na Câmara dos Deputados a transformação das Escolas Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Cirurgia, pois «emulações mal entendidas de classe vieram opporse a que se concedessem aos alumnos das escholas medico-cirurgicas aquellas garantias que com tanta justiça lhes pertenciam (...) os privilegios concedidos a uma classe, em prejuízo d'outra que os merece do mesmo modo, é um infracção flagrante ás idéas liberaes»¹⁵⁷.

Entretanto, durante longos anos, «choveram as representações e protestos, bradaram as corporações escolares, as sociedades científicas, os conselhos municipais; mas mau grado da boa justiça, vigoraram imunes as sedições prerrogativas, sagrando ingratos monopólios, arvorando distinções incoerentes e vexatórias»¹⁵⁸, segundo as palavras de Ricardo Jorge, ao referir-se à luta pelo pleno direito de exercício aos licenciados pelas Escolas de Lisboa e Porto em relação aos da Universidade de Coimbra.

Sublinhe-se a importância dessa luta no processo histórico da afirmação médica em Portugal, que representou um longo combate pela equiparação, só resolvido pela Carta de Lei de 20.6.1866. Esta lei era breve e incisiva, de apenas três artigos, produzido com o claro objectivo de eliminar a superioridade legal dos médicos diplomados pela Universidade de Coimbra sobre os diplomados das Escolas Médico-Cirúrgicas, mas aonde subsistia ainda 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 garantia a liberdade de exercício da medicina aos facultativos saídos das Escolas de

¹⁵⁶ GOMES, Joaquim Ferreira – *Relatórios do Conselho Superior de Instrução Pública (1844 -1859)*. Coimbra: INIC, 1985, p. 37-38.

¹⁵⁷ COUTINHO, J. E. Magalhães – *Ensino Médico. Gazeta Médica do Porto*, 1853, p. 93-94.

¹⁵⁸ JORGE, 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. 113.

Lisboa e Porto, mas um parágrafo único sublinha: «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». No artigo terceiro, contudo, anulava os princípios legislativos que, desde o diploma de 1825, discriminavam os facultativos das Escolas de Lisboa e do Porto, princípios que só lhes permitiam exercer medicina onde não se encontrassem médicos da Universidade¹⁵⁹. Note-se que a transformação das Escolas Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina só chegou muito mais tarde, em 1911, já em plena República (só então se tornou legítimo o uso do «dr.» aos médico-cirurgiões de Lisboa e Porto).

Demarcados espaços de acção e atribuições de formação médica que resultam do processo de ordenamento verificado, preocupemo-nos agora apenas com a problemática da formação das parteiras no âmbito do ensino médico, retornando à reforma setembrista de 1836. O processo burocrático para a integração das parteiras no novo ordenamento do ensino médico parece ficar definido a partir desta data, num processo de ruptura com o modelo anterior da parteira apenas «examinada». O modelo de formação oferecido pelas escolas médico-cirúrgicas e universidade passa pela ministração de um «curso de partos» destinado a candidatas a parteiras, com componentes teórica e prática e submissão a exames escolares, que ultrapassados com sucesso, permitiam à parteira receber a sua carta de curso. Estas escolas, onde se desenvolvia a «arte obstétrica» (com esta ou outra designação) como disciplina também para os cursos médico-cirúrgicos, aplicavam naturalmente essa valência para ministrarem a componente teórica dos «cursos de partos», geralmente com lições específicas e em separado para as parteiras, conferindo a prática nas enfermarias hospitalares. Com este novo modelo de formação, que passava por um processo de escolarização, certificava-se uma nova forma de acesso à profissão, que podemos denominar de «parteira diplomada», para efeitos de distinção, ainda que elas recebessem como documento final também uma «carta de parteira», designação de continuidade que então cobria a «carta de curso».

¹⁵⁹Esta 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.

A estruturação de um currículo destinado ao curso de partos, ainda que elementar, funcionou também aqui como «veículo e portador de prioridades sociais»¹⁶⁰, representadas, neste caso, pela necessidade de transmitir saberes formais, derivados da revolução científica médico-cirúrgica, a pessoas que passariam a desenvolver a actividade de parteiras. Lançava-se, assim, um novo modelo de formação para a actividade de parteira, cuja inserção profissional se passava a fazer em subordinação às novas configurações do campo médico-cirúrgico. Ao assegurar os cursos de partos, a nova medicina passou a tutelar definitivamente a formação de mais um segmento das tradicionais artes de curar, em nome da urgência social a favor da saúde das mães e recém-nascidos. Na verdade, o grupo profissional dos médicos-cirurgiões, em tempo oportuno, chamara a si a produção de conhecimento na área da obstetrícia, desenvolvendo-o no seio da articulação institucional universidade-hospital, e era ele quem alcançava, no decorrer do século XIX, os saberes teóricos e práticos para permitir ultrapassar os problemas de mortalidade materna e neo-natal.

Assim, a Universidade de Coimbra, cuja reforma atingiu as diversas faculdades, viu-se compelida a incluir na Faculdade de Medicina, de uma forma decidida, a cirurgia no âmbito da estrutura curricular respectiva. O seu curso de Medicina passou a ter sete anos de duração, sendo os dois primeiros preparatórios, dando lugar à aquisição de um conjunto de saberes que funcionavam como condição necessária, introduzindo os códigos de leitura da ciência moderna (química, aritmética, álgebra, geometria, física experimental). No terceiro ano iniciavam-se, então, as cadeiras médicas (anatomia e fisiologia comparadas), que se prolongavam nos anos seguintes. Só no sétimo e último ano surgia a 7ª cadeira ligada às questões da maternidade, designada de «Partos, Moléstias das Mulheres de Parto e dos Recém-Nascidos».

O já referido Plano Geral de Estudos, aprovado por Decreto de 5 de Dezembro de 1836, estabelecia para a Universidade, em paralelo com uma Escola de Farmácia, um «curso de Arte Obstetricia», destinado a parteiras, a ser dirigido pelo lente de Partos, que deveria ler as aulas teóricas a alunas que, por sua vez, tinham de apresentar como requisitos apenas o saberem ler e escrever. A diferença de requisitos revela as diferenças de nível que se perspectivavam entre os cursos: aos alunos do curso médico exigia-se uma postura activa, de leitura dos manuais e de trabalho experimental que suscitasse a reflexão sobre práticas; às alunas do curso de partos

¹⁶⁰ GOODSON, Ivor F. – *A Construção Social do Currículo*. Lisboa: Educa, 1997, p. 79.

pedia-se uma postura passiva, de audição da lição, prescrevendo-se em complementaridade o tirocínio da prática, de natureza executiva ou ministrante, sem outras preocupação reflexivas. De facto, as alunas praticariam paralelamente nas enfermarias do hospital, para, no final do biénio, se sujeitarem a exame final:

Artigo 85°. 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 matrícula, 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 Parteira¹⁶¹.

Registe-se este vago enunciado do «curso de Arte Obstetricia» como a primeira medida de criação oficial de um «curso de partos» para parteiras, em Portugal (embora seguida de perto por cursos idênticos nas novas Escolas Médico-Cirúrgicas do Porto e de Lisboa, no âmbito do mesmo «Plano de Estudos»). Note-se que a designação deste curso na Universidade se afasta da denominação popular (curso de partos) para assumir contornos mais eruditos, o que, simbolicamente, pode significar alguma resistência por esta Faculdade, de tradição aristocrática, se ter visto obrigada a institucionalizar um tipo de formação eventualmente considerada menor. Era, naturalmente, um «curso menor» relativamente ao de medicina, desde logo na duração, de apenas dois anos e com a particularidade de introduzir as mulheres na universidade¹⁶². De qualquer forma, os «cursos de partos» vinham agora para a Universidade, sendo ministrados pelo lente de partos, ou seja, a sua responsabilidade era atribuída, em princípio, à pessoa da instituição mais qualificada neste domínio. E até pelo facto de ser ministrado na universidade (embora sem grau universitário) este curso não deixaria de representar um elemento de valorização social da «parteira diplomada» perante a sociedade em geral, ainda que o discurso médico, em artigos e relatórios, continuasse a tradição de desvalorizar e menosprezar as parteiras,

¹⁶¹ *Collecção de Leis e Decretos*. Lisboa: 1836. p. 698-699.

¹⁶² Este pormenor de as candidatas a parteiras serem as primeiras mulheres a ingressarem em cursos, ainda que menores, na Universidade e nas Escolas Médico-Cirúrgicas não é normalmente considerado, falando-se apenas nas mulheres que entraram nas décadas de 1880-1890 para diversas licenciaturas. Sublinhe-se que foram acompanhadas nesta precocidade por farmacêuticas, outra profissão com forte tradição feminina. Ver ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles da - *Ob. cit.*, p. 520-521. No caso concreto da Universidade de Coimbra a primeira aluna matriculada numa licenciatura foi Domitila Carvalho, em 1891, no 1º ano de Matemática. Cf. SANTOS, Cândido - *A Mulher e a Universidade do Porto - A Propósito do Centenário da Formatura das Primeiras Médicas Portuguesas*. Porto: UP, p. 30.

apresentado-as como «ignorantes» (talvez esta situação, conjugada com a tradicional irreverência estudantil, explique os escassos resultados do curso em Coimbra, com muitos anos em que nem sequer funcionou).

Pouco depois, surgia o Decreto de 29 de Dezembro de 1836, que reformava as Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto e as transformava em Escolas Médico-Cirúrgicas. Se comparamos os «planos de estudos», observamos que os cursos de medicina (o da universidade e os das duas escolas) eram idênticos no elenco das disciplinas, embora os cursos das escolas se cumprissem em cinco anos, uma vez que 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 Recemnacidos». Também nestes estabelecimentos se criava uma «Escola de Farmácia»¹⁶³. E, do mesmo modo, 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 exame, cuja passagem era necessária para a atribuição da «carta de parteira», a qual conteria a cláusula proibitiva do uso de instrumentos cirúrgicos.

**Plano de Organização das Escolas Médico Cirúrgicas de Lisboa e Porto - 1836
Do Curso de Parteiras**

Artº 140º. Haverá em cada uma das Escolas Medico-Cirurgicas 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 preceder, 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 exame¹⁶⁴.

¹⁶³Quatro anos após este decreto, nenhuma botica poderia ser aberta sem que o farmacêutico fosse aprovado por esta via escolar.

¹⁶⁴ *Collecção de Leis e Decretos*. Lisboa: 1836, p. 823-824.

Em 1840, as Escolas Médico-Cirúrgicas foram dotadas de um Regulamento, em continuidade das medidas anteriores, mais explícito e minucioso na precisão dos métodos a seguir, consagrando a lei uma significativa minúcia, quando comparada com o «plano de estudos» de 1836. Essa minúcia vai desde a ordenação do conselho escolar, à secretaria ao gabinete anatómico e à casa das dissecações.

No que se referia aos conteúdos ministrados na sexta cadeira do curso médico-cirúrgico - «Partos, Moléstias das Mulheres de Parto e de Recem-nascidos» (artigos 92-94 do Regulamento), o programa era estruturado em duas partes: uma com duração de quatro meses, a outra a ocupar o tempo restante do ano lectivo. Na primeira parte, tratava-se da Obstetria, «cuja parte anatómica será demonstrada no Cadáver, e em Preparações secas ou artificiais». Os conteúdos referentes ao mecanismo do trabalho parto, operações manuais e instrumentais, o conhecimento dos órgãos geradores nos diferentes períodos da gravidez, bem como o «antes e depois della», tudo deveria ser explicado e demonstrado através de manequins, estampas ou «no cadáver, e no vivo», sendo que para a demonstração ao vivo deviam-se aproveitar todas as ocasiões apropriadas de acordo com a frequência hospitalar. A segunda parte do programa da cadeira consistia em lições sobre as moléstias de parturientes, paridas e recém-nascidos e de uma lição semanal sobre a parte de Medicina Legal ligada aos fenómenos da reprodução.

Mas o programa da sexta cadeira, quando aplicado aos cursos de parteiras poderia ser mais reduzido, o que ficava ao critério do «professor de partos», pois o regulamento salvaguardava: «para as parteiras constará unicamente daqueles objectos que lhes forem necessário». Ou seja, o Professor poderia incluir ou excluir determinadas matérias que, no seu critério, fossem desaconselháveis ou desnecessárias às parteiras, atribuindo-se-lhe um arbítrio que, decerto, variava com as respectivas concepções do papel de parteira, incluindo o padrão hierárquico desejado, bem como as óbvias representações de género. Também haveria dias diferentes consoante os sexos e/ou os estatutos dos alunos. Assim, na primeira parte do ano, as segundas, quartas e sextas-feiras seriam dias de lição para «os estudantes»; terças e sábados para as «parteiras»; o calendário era alterado na segunda parte do ano, ficando as candidatas a parteiras com aulas teóricas às terças-feiras, sendo os sábados reservados para exercícios no manequim. 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. Naturalmente, o estudo clínico de partos deveria ser realizado na «enfermaria de parturientes» dos respectivos hospitais (art. 125º). As provas práticas dos exames de partos consistiam em exercícios no manequim (art. 139º). Repare-se também na dimensão simbólica da distinção entre os dois tipos de alunos: os do curso médico-cirúrgico, eram «estudantes», as que estudavam para parteiras eram simplesmente designadas de «aspirantes» ou mesmo de «parteiras», não sendo referenciadas como estudantes.

O Regulamento apresentava uma «secção IV» relativa aos «cursos anexos» à Escola Médico Cirúrgica, estatuto de que desfrutavam o «Curso Pharmacêutico» e o «Curso das Parteiras». Assim, para além das disposições dispersas relativas ao ensino da obstetrícia e matérias conexas, que temos vindo a referenciar, o Curso das Parteiras era ainda objectivo de um conjunto de quinze artigos, agrupados no «título II» desta secção do Regulamento.

Regulamento para as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto
(23.4.1840, DG. Nº 289, de 5 de Dezembro)
Do Curso das Parteiras

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)

Artº 193º. As aspirantes ao Curso de partos deverão juntar ao requerimento, feito ao Director para se matricularem, Certidão de idade de 20 anos, atestação de vida e costumes, e Certidão de saber ler 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 ano; 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 pejudas, 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-Cirúrgica, 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 ano o Curso de partos da Escola; se for porém reprovada segunda vez, não será mais admitida á matricula nem a exame.

Artº 205º. Todo o Curso de Parteiras é gratuito; as aspirantes não pagarão nada por matrículas, por exames, nem por Cartas¹⁶⁵.

O articulado relativo ao «Curso das Parteiras» apela, como vemos, a jovens, com mínimo de 20 anos, de bom comportamento social, com conhecimentos de leitura e escrita atestados por professor público e sujeitos a exame. Procura-se, como já referimos atrás, um novo perfil para a parteira, que a torne mais acessível à nova cultura científica e ao poder médico. Por isso, toda a matéria teórica e prática, incluindo prelecções nas enfermarias, lhes era ministrada sob responsabilidade do professor de partos, sendo o respectivo ensino feito em separado dos alunos do curso médico-cirúrgico. Sublinhem-se as características do tirocínio a fazer pelas alunas na enfermaria, em grupo, por turnos de 24 horas, estando aí subordinadas à Parteira Superior: assistir, vigiar, prestar socorros, fazer registos, enfim, acompanhar os partos, eis a gradação da iniciação prática ao saber, no âmbito das novas rotinas hospitalares, que implicaria sempre, com a obrigação dos registos e anotações de ocorrências, alguma produção e formalização de saberes num registo letrado. A inserção no exercício prático integrava a dimensão formativa, mas sem a componente experimental e de reflexão orientada. Os saberes adquiridos nestas condições, na complementaridade teórica e prática possível, depois de sustentados em exame perante professores da Escola, traduziam-se no direito de acesso ao exercício profissional, através da concessão de carta de parteira, que inseriria sempre a «clausula prohibitiva do uso de instrumentos cirurgicos» sem a assistência do Professor. Esta cláusula é inovadora, pois permitiria às parteiras com este curso bial o uso de instrumentos, embora sob responsabilidade do Professor, situação que quase só poderia ocorrer em meio hospitalar (recorde-se que o uso de instrumentos era

proibido a todas as demais parteiras encartadas). Finalmente, mas ainda aspecto muito importante, o curso era totalmente gratuito, ao contrário dos cursos das outras áreas disciplinares, o que revelava desde logo alguns sintomas:

- a consciência, por parte do Estado, da necessidade social de atrair candidatas à profissão, debaixo dos novos princípios médicos;
- a tradição de as parteiras serem de extracção pobre, sendo esta actividade profissional pouco atraente para pessoas com estatuto social elevado (na altura, as «mulheres de condição» não trabalhavam fora da esfera doméstica);
- a menorização social do curso, com consequências ao nível da qualidade de formação, pelo que a parteira seria sempre uma solução de recurso, perante a impossibilidade de chamar um médico parteiro.

Este «curso menor», com o estatuto de adstrito à Faculdade de Medicina e às Escolas Médico-Cirúrgicas, não parece ter sido encarado com grande fervor por parte das instituições de acolhimento, não obstante o conhecido e louvável empenho de alguns «lentes de partos». Já atrás referimos o facto de o parto normal não merecer uma grande atenção por parte da cultura obstétrica dos médico-cirurgiões, mais preocupados com as anomalias e os grandes problemas (embora a diminuição imediata da mortalidade materna e neo-natal estivesse ao alcance da mão, nas regras de higiene, por exemplo, mas só a difusão posterior da microbiologia provaria este facto). A subalternização da formação das parteiras aos novos cirurgiões destas Escolas produziu, regra geral, uma delimitação estreita na construção do seu saber, uma vez que eram orientadas em particular para formas de tratar e para a detecção de complicações obstétricas, aspectos indispensáveis mas que excluía uma abordagem em termos cuidativos, virada para o bem-estar da parturiente e da criança. Por outro lado, a motivação médica para o ensino das parteiras não seria grande, atendendo-se ao facto de ser uma actividade desenvolvida por mulheres, numa altura em que as representações sociais e mesmo científicas sobre as capacidades do sexo feminino continuavam a colocar dúvidas sobre as suas capacidades naturais. Mesmo quando, nas décadas de 1880-1890, se matricularam as primeiras alunas no curso médico-cirúrgico da Escola do Porto era hábito dispensá-las de algumas pontos programáticos ou mesmo de algumas cadeiras pelo facto de serem mulheres!

¹⁶⁵ *Collecção de Leis e Outros Documentos Officiais*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1840, p. 122-123.

Neste contexto, as expectativas em promover parteiras diplomadas em número elevado que pudessem ir para «os campos» levar a nova ajuda obstétrica saíram goradas, formando-se apenas um número reduzido, a maior parte das quais ficava pela cidade, praticando a profissão em exercício liberal ao domicílio, abrindo as suas próprias casas de partos ou assalariando-se em instituições hospitalares. Podem equacionar-se várias razões para a fraca adesão das mulheres aos cursos de partos: a inserção das mulheres numa actividade exterior ao seu domicílio era, então, apenas uma necessidade de mulheres pobres, sem condições materiais nem tempo disponível para aprofundarem conhecimentos; os cursos decorriam na cidade, o que dissuadia as mulheres da província de se matricularem pela deslocação e custos que comportava; os cursos não conseguiam aliciar jovens mulheres de condição social relevante, para o que contribuíam as representações sociais da profissão e as condições de exercício; as escolas médicas viam na formação de parteiras uma obrigação legal e um formalismo temporário, que seria superado gradualmente com a formação de médicos; o espaço da gravidez e do parto era gradualmente atribuído aos médicos, perante os avanços de conhecimento científico e de capacidade de intervenção, e constituía um segmento do seu território profissional (então em construção) que a classe não queria alienar.

Mas surgiam também razões ao nível do quadro legislativo que não incentivavam o ingresso nos cursos de partos, entrando em choque com os padrões do ensino superior. Aparentemente, a habilitação com estas cartas de parteira conferidas pelas escolas médicas deveria surgir como suficiente para iniciar o exercício profissional. Mas, na realidade, não era assim, pois as parteiras tinham ainda de obter a nomeação por parte do Conselho de Saúde Pública, o órgão de cúpula da estrutura sanitária, para poderem iniciar a sua actividade. Assim, entre outras funções administrativas que assumia, cabia ao Conselho atribuir as licenças de exercício às candidatas a parteiras, como a outras actividades de saúde, no âmbito das suas funções sanitárias: esta situação era um dos argumentos longamente esgrimidos contra a existência daquele Conselho pelo poder médico, na medida em que também permitia a continuação dos exames e atribuição das cartas tradicionais (ainda que o processo estivesse em declínio), sustentando deste modo a existência de uma carreira paralela à dos diplomados escolares, retirando espaço e credibilidade a estes (para quê investir tantos anos a estudar, quando com alguma formação se obtinha a carta e se podia exercer? – perguntava-se). Alguns textos falam do abandono de alunos nos primeiros anos de medicina para em seguida fazerem exame e começarem a exercer uma arte de curar,

ainda que mitigadamente, antes portanto dos colegas que prosseguiam até final do curso. Em 1870, ainda se legislava sobre sangradores e ministrantes!

Em 13 de Janeiro de 1851, houve uma regulamentação sobre as funções de concessão de licença do Conselho de Saúde Pública. No que respeitava às parteiras, assumia as seguintes disposições:

1 - As aspirantes a parteiras em Lisboa, Porto e Coimbra teriam de se habilitar perante os delegados do Conselho de Saúde Pública, só sendo admitidas a exame, a realizar em hospitais, desde que fizessem prova de frequência regular dos cursos das Escolas Médicas, sendo-lhes então passada uma carta para o exercício da actividade;

2 - As aspirantes a parteiras que pretendessem exercer a sua actividade exclusivamente em lugares onde não existisse alguma parteira habilitada pelas Escolas Médicas podiam fazê-lo, sem dependência do requisito do curso bienal, mas submetendo-se a exame perante o Conselho de Saúde Pública; estes exames a realizar seriam do mesmo tipo dos acima citados, sendo que as cartas a conceder conteriam uma nova cláusula, a saber, a designação do lugar onde exclusivamente lhe era permitido o exercício da profissão¹⁶⁶.

Continuava, pois, a aceitação oficial de dois tipos de parteiras, com formação/habilitação completamente distinta. Certo que esta legislação assumia um carácter de transição e procurava resolver problemas particulares de algumas localidades, conferindo uma licença apenas para esse local. Mas a afirmação das novas parteiras diplomadas com curso bienal era, como se vê, muito lenta, embora com uma legitimidade de carácter universal. No concreto, havia sempre uma razão forte para a sua falta de afirmação: as parteiras diplomadas com os cursos das Escolas Médicas eram em número muito reduzido, como veremos adiante, não constituindo uma resposta suficiente para satisfazer a procura inerente a uma cobertura nacional. Os velhos métodos tinham de persistir perante as necessidades sociais e a incapacidade de o sistema sanitário em assegurar, com eficácia, o novo modelo, pelo que as excepções particulares acima referidas multiplicavam-se. O problema continuava mesmo para além dessas tradicionais «parteiras examinadas», pois as populações rurais mais afastadas das grandes cidades ou inseridas no interior

¹⁶⁶ *Collecção de Leis e Outros Documentos Officiais*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851, p. 8 -9.

profundo tinham de continuar com as suas devoções tradicionais e a socorrerem-se de «mulheres curiosas».

De resto, persistia a ideia de que o «curso de partos» era ainda pouco qualificante. Vejamos uma informação sobre as parteiras que nos chega a propósito de um comentário médico sobre a hipótese de se lhes permitir o exercício da vacinação no âmbito sífilítico. O autor era de parecer que essa atribuição lhes devia ser negada, dada a fragilidade que as vacinas então apresentavam, provocando frequentes contágios, ao que se dizia, por má administração, ocorrendo essa situação quando se inoculava a «linfa» misturada com sangue. A avaliação negativa da formação das parteiras radicava quer na base teórica seguida, quer na instrução muito focalizada no parto, com apenas alguns tópicos sobre a sangria e forma de aplicar a vacina, que o autor considerava insuficientes. As suas considerações fornecem-nos um «flash» representacional da formação recebida no «curso de partos» respectivo:

Nas escolas de medicina são obrigadas a ter dois anos de frequência, 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.¹⁶⁷

Em qualquer caso, a nova legislação que criou os cursos de partos representou um momento-chave na construção social da parteira profissional. Esta passou a ter formação escolar no âmbito do ensino médico, a um ritmo próximo dos estudantes de medicina no domínio da obstetrícia, embora com a salvaguarda de lhes serem exceptuadas algumas matérias. Assim, as novas «parteiras diplomadas» passaram a ter uma diferente legitimidade na sua apresentação ao público, demarcando-se das tradicionais matronas ou mesmo das velhas «parteiras examinadas» segundo o antigo modelo regimental.

Na década de 1860, uma obra de tipo doutrinário como a do lente coimbrão José Ferreira de Macedo Pinto, *Medicina Administrativa e Legislativa*¹⁶⁸, publicada em 1863, fornece-nos alguns comentários sobre o quadro de formação das parteiras e

¹⁶⁷CAMPOS, Alexandre José da Silva - Dos Inconvenientes que Pode Haver em Permitir-se às Parteiras o Exercício da Vaccinação. *Jornal das Sciencias Médicas de Lisboa*. (1864).

¹⁶⁸PINTO, 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.

elabora algumas sugestões no sentido da sua valorização. Assim, para além das escolas de parteiras organizadas segundo a legislação 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 (decreto de 3.1.1837, artº 16, §15, decreto 18.9.1844, artigo 29, portarias de 12.5.1845, de 13.1.1851 e de 9.9.1852). Macedo Pinto adiantava: «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 maneiras mais delicadas e natural afabilidade» estariam mais predispostas a exercerem determinados ramos da medicina, nomeadamente o dos partos, daí concluindo pela necessidade de boas escolas de parteiras e enfermeiras. E afirma, relativamente ao domínio 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, obedecendo ao critério dualista, então vulgar, no pensamento administrativo, ou seja, um curso mais qualificado e exigente (em tempo, saberes e custos), que pode ser classificado de 1ª classe, destinado a formar profissionais para assistirem as elites com capacidade económica, e outro com menos exigências, um curso menor ou de 2ª classe, para assistência das classes populares, economicamente fracas.

1º - 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 anatómico-fisiológica à obstetrícia.

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

2º ano - 2ª cadeira - Arte obstétrica e tocologia forense.

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

3º ano - 3ª cadeira - Moléstias de mulheres grávidas, puérperas e de infantes, terapêutica 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.

Os cursos deste tipo teriam lugar em escolas próprias junto da faculdade de medicina e das escolas «cirúrgico-médicas» (*sic*, porque para Macedo Pinto as escolas médico-cirúrgicas não deviam trair o seu objectivo inicial, devendo apostar mais na valência cirúrgica), só para ministrar a 1ª e 3ª cadeiras, podendo as restantes cadeiras ser frequentadas nos cursos médicos já existentes da Faculdade ou das Escolas. Era, portanto, um curso para as parteiras das grandes cidades (Porto, Coimbra, Lisboa), de carácter superior, com mais duração (sabe-se como a duração dos cursos é um factor influente na sua avaliação e prestígio sociais!), mais exigente em capital escolar, aparentemente propiciador de maior autonomia na acção profissional da parteira.

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. Deveria exigir-se um exame de ler, escrever e contar, feito perante um mestre de instrução primária e um professor da escola de parteiras a criar. Este curso de parteiras duraria dois anos, com a seguinte distribuição lectiva:

1º ano

1ª cadeira - Noções de anatomia e fisiologia necessárias para inteligência de obstetria, 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 puérperas e de infantes

2º ano

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

Tal como o próprio autor sugere era um curso para implementar nos hospitais de província e do Ultramar, ciente de que as parteiras da cidade nunca iriam, de forma significativa, para o campo ou para as colónias. Mais rápido, menos exigente,

continuava a sustentar uma relação de dependência face ao «facultativo superior» na acção prática.

As propostas de Macedo Pinto nunca foram aplicadas, embora se lhes possa reivindicar uma influência difusa na formulação de representações positivas sobre o papel social das parteiras, 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. Antes de mais, há da parte do autor um reconhecimento da «especificidade feminina», que seria mais adequada ao cuidar, dada a proximidade emocional resultante da identidade 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 relação aos homens médicos. Por outro lado, há pela primeira vez uma proposta de ligação entre as parteiras e a enfermagem, pois as candidatas a parteiras de segunda classe teriam de fazer «exercício de enfermeira» durante um ano, mas nesta altura a enfermagem ainda titubeava, pelo que este requisito deveria, sobretudo, ter como objectivo a introdução da candidata ao trabalho hospitalar e habituá-la a desenvolver as funções de serviço menor, ligado à limpeza e apoio aos doentes. Mas como o autor já defendia escolas para enfermeiros, então ainda inexistentes, poderemos pensar que estas parteiras de 2ª classe, destinadas às populações rurais, deveriam ter uma formação mais abrangente, capacitando-as para uma assistência mais generalista (sempre atentas à eventualidade de pedir a assistência do médico), enquanto as de 1ª classe aprofundariam mais a sua área de especialização, embora numa acção mais restrita, com mais capacidade de intervenção e autonomia. Finalmente, as palavras de Macedo Pinto evidenciam a incapacidade das novas escolas de parteiras formarem profissionais em número suficiente para cobrirem as necessidades do País, daí a persistência das curiosas ou empíricas, ou seja, das que praticavam apenas algum tempo em clínicas ou hospitais ou no domicílio rural, situação que, segundo ele, urgia ultrapassar.

Neste contexto, se integrava a proposta dualista de Macedo Pinto, inerente ao modelo de política sanitária por si defendida, com duas categorias em cada tipo profissional (o que não acontece só para as parteiras, pois na sua obra propõe

«diversas ordens» para a formação nas várias áreas, recordando e defendendo a existência legal de cursos de ministrantes em cirurgia, que nunca chegaram a funcionar por oposição dos conselhos escolares). Na verdade, Macedo Pinto considerava a evolução das escolas cirúrgicas para médico-cirúrgicas «em desacordo com as necessidades públicas», pois «muitas povoações ruraes, em atenção aos seus poucos recursos, só podem ter facultativos de segunda ou terceira classe, cuja habilitação seja económica, para que elles se sujeitem a pequenos partidos»¹⁶⁹. E via assim a estrutura do ensino médico: «uma faculdade de sciencias médicas, escholae cirurgico-médicas de primeira e segunda ordem, escholae de pharmacia, também de primeira e segunda ordem, e escholae de tocologia para o pessoal feminino e de enfermeiros para ambos os sexos, podem habilitar o pessoal necessário para a administração sanitária e para o tratamento dos enfermos». Contra os que negavam as vantagens das escolas de segunda e terceira ordem, já que tanto cidadãos como rurais teriam direito a ser tratados por facultativos de primeira ordem, Macedo Pinto, numa preocupação essencialmente administrativa, dava o exemplo de países civilizados e evoluídos que seguiam a política de promover «diversas ordens» nas profissões médicas, como era o caso da França. Encarava essa política como transitória, enquanto o Estado não conseguisse produzir facultativos de 1ª classe em número suficiente e criar «partidos» (lugares de nomeação) de primeira ordem necessários para uma cobertura sanitária geral. O dualismo, criando «facultativos de meia-ciência» (expressão irónica dos opositores) seria uma forma de não deixar as aldeias sem assistência por parte de profissionais sem formação científica, afastando «o povo de curandeiros, benzedores e mezinheiros», entregue a «curandeiros sem instrução alguma»¹⁷⁰.

O dualismo então defendido e corrente nos meios da administração derivava de diversas preocupações que se cruzavam, tais como a «policia higiénica», ou seja, a cobertura sanitária, as razões económicas (a pobreza das aldeias face à riqueza da cidade) e uma representação elitista da sociedade, dividida numa classe aristocrática e burguesa com meios económicos e numa classe popular desprovida de meios. Por outro lado, a persistência da considerada necessidade de facultativos menores como meio para a substituição de curiosos e curandeiros mostra que, regra geral, a população não aderiu de imediato à pretensa superioridade das novas profissões

¹⁶⁹ PINTO, José Ferreira de Macedo - *Ob. cit.*, 2º vol., p. 757.

científicas, de que a medicina era o melhor exemplo, problema de receptividade social que afectaria a inserção no mercado de todos os novos profissionais com formação superior (não só na saúde, como, por exemplo, na engenharia, derivada esta das Escolas Politécnicas), bloqueando o desenvolvimento das novas profissões.

Também a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1867, num parecer do seu conselho tendente a uma reforma escolar, se ocupava, do curso de parteiras, ao lado de outros. 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, apesar de algumas mostrarem «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 que apesar de nos casos difíceis deverem ser chamados os médicos-parteiros, a verdade é que muitas destas parteiras ou *aparadeiras* nem sempre saberiam avaliar a complexidade do parto e por vezes desenvolveriam manobras intempestivas que poderiam complicar as situações¹⁷¹.

A proposta da escola para o curso de partos estava estruturada da seguinte forma, num quadro trienal:

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.

O que a Escola de Lisboa propunha era uma formação repetitiva, aparentemente limitada, virada sobretudo 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. O propósito de promover o «internado» surgia, assim, como uma espécie de bolsa de estudo, garantindo alojamento e remuneração como forma de assegurar candidatas à formação para

¹⁷⁰ PINTO, José Ferreira de Macedo - *Ob. cit.*, 2º vol., p. 683-684.

produção de profissionais, resolvendo um conjunto de dificuldades importantes às alunas pobres e de origem exterior à cidade.

Esta formação em número insuficiente de profissionais das artes médicas, nos diversos domínios e não só das parteiras, era, na segunda metade do século XIX, um problema persistente mas complexo, como vimos através das propostas de Macedo Pinto, e tornou-se um problema de discussão recorrente: valeria a pena formar «quadros» de elevada formação para prestar cuidados na área da saúde, de acordo com os padrões da ciência positivista quando o mercado nacional, dada a pobreza e o obscurantismo, apontava no sentido contrário?

Essa problemática já atravessava a legislação setembrista de 1836 (decretos de 5 e 29 de Dezembro), que acautelava uma possibilidade que muito polémica se tornou: o Plano Geral de Estudos permitia à Universidade de Coimbra conferir «cartas de licenciados menores», ditos ministrantes, os quais deveriam frequentar apenas algumas cadeiras consideradas indispensáveis ao seu objecto (art.83). Esta possibilidade tinha sido depois anulada pelo Decreto de 26 de Abril de 1842, com o argumento de que os médicos e cirurgiões da Universidade e das Escolas Médico Cirúrgicas eram «suficientes para suprirem as precisões da população enferma; e que a multiplicação de indivíduos autorizados a curar sem os estudos e habilitações necessárias pode ser muito funesta à saúde dos Povos»¹⁷². Depois de múltiplas discussões e pareceres favoráveis da Universidade, emitidos em 1852 e 1861, a possibilidade de abrir novamente cursos para licenciados menores ou ministrantes foi reposta mais tarde, pelo Decreto de 22 de Junho de 1870 (é nesta altura que se criam também os cursos para dentistas, pela Portaria de 13 de Julho de 1870). Renovava-se, mais uma vez, mas já fora do tempo apropriado, a esperança nos «ministrantes» como um meio para neutralizar a abundância de curandeiros e curiosos, que a autoridade administrativa se considerava incapaz de extinguir, pois «a opinião pública é naturalmente indulgente» nestas situações. Estes médicos «de segunda» poderiam, assim, 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 (Decreto de 13 de Julho de 1870), permitindo-se o seu exercício apenas aos que já se encontravam legalmente habilitados ou aos que o fizessem no prazo de

¹⁷¹ Parecer 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.

três meses perante a Faculdade de Medicina ou as Escolas Médico-Cirúrgicas. António da Costa Macedo, então à frente do efémero ministério da Instrução, no governo ditatorial do marechal Saldanha, estabeleceu mesmo regulamentos para novos exames para dentistas, parteiras, e depois também para os sangradores que os quisessem requerer dentro dos noventa dias acima referidos, tornando legais os praticantes de um exercício ilegal. Ou seja, passaria, também por esta via, a haver profissionais de primeira e segunda classes, embora com estes últimos a serem preteridos nos concursos quando aqueles concorressem. Mas não consta que se tenham realizado cursos deste tipo em medicina ou cirurgia, a cuja possibilidade sempre se opuseram os corpos docentes das Escolas Médico-Cirúrgicas.

Neste clima político e segundo as disposições do Decreto de 13 de Julho de 1870, renovava-se também a possibilidade de um exame às parteiras «curiosas», para que, através da demonstração pública dos seus saberes adquiridos informalmente, pudessem legitimar o exercício da sua actividade, aceitando-se, deste modo, a existência de parteiras de segunda ou menores. As que não seguissem os cursos bianuais nas escolas de partos da Faculdade de Medicina ou das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, era-lhes, pois, 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 revelavam outras tantas exigências consonantes:

- 1- Certidão de terem 21 anos de idade;
- 2- Atestados de bons costumes, passados pelo pároco e administrador do concelho;
- 3- Certidão de facultativo em como não padeciam de moléstia contagiosa e de 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;

¹⁷² *Collecção Official de Legislação Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1842, p.182

- 2- Do parto natural nas diferentes apresentações e posições;
- 3- Dequitadura e regimento;
- 4- Conhecimento dos obstáculos que se podem opor ao parto.

Um parágrafo único estipulava, exemplarmente, que o exame nestas matérias seria «vago».

Os júris seriam sempre de três membros, todos médicos (as parteiras habilitadas não tinham aqui espaço para serem examinadoras...), sendo presidente nas Escolas 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, reconhecendo-se-lhes apenas, de forma gradualista, uma competência restrita: 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». Uma vez aprovadas no exame, os delegados de saúde passavam-lhes uma licença provisória para exercerem no próprio distrito durante um ano, só depois lhes era passada a carta de habilitação se, pela prática, provassem competência. Também nessas cartas se lhes registava proibição de exercerem a sua arte em concelhos onde existissem parteiras habilitadas com frequência e exame dos cursos de parteiras da Faculdade ou Escolas Médico-Cirúrgicas¹⁷³.

Só mais tarde, por Portaria de 19 de Maio de 1875, foi expedido o modelo oficial de carta para as parteiras habilitadas nas condições acima citadas, ou seja, em exame perante a Faculdade de Medicina ou Escolas Médico – Cirúrgicas, modelo que vale a pena transcrever, na medida em que o seu formulário passou a ser igual nesta modalidade para as diferentes escolas, constando do seguinte teor:

Modelo de carta de parteira

Nós o reitor e o conselho da faculdade de medicina da universidade de Coimbra (ou nós o director e conselho da escola médico-cirúrgica de...), fazemos saber que F..., filha de ..., natural de..., apesar de não ter frequentado os cursos theoreticos e praticos em alguma das escolas na conformidade do decreto de 29 de Dezembro de 1836, foi, segundo o disposto no decreto de 3 de Dezembro de 1868, artigo 53º, e na portaria de 13 de Julho de 1870, admittida a exame publico perante o jury especial d'esta escola, no dia... de... de 18... e foi approvada.

¹⁷³Colecção de Leis e Regulamentos Geraes de Sanidade Urbana e Rural. Lisboa: tomo II, 1878. p. 109-111.

Pelo que, em conformidade dos artigos 11º e 15º da citada portaria, a declaramos habilitada para exercer a arte de parteira, mas somente nos concelhos onde não existir parteira habilitada com frequência provada e exame na faculdade de medicina ou nas escolas medico-cirurgicas de Lisboa, Porto e Funchal, e sendo-lhes ainda assim prohibido empregar instrumentos, provocar manualmente o parto, e prescrever tratamento algum no estado de gravidez, parto e puerpério.

Pagou a quantia de ... importância da propina do exame, e dos addicionaes correspondentes nos termos da legislação vigente, como mostrou pelo conhecimento passado pela repartição competente.

Dada em ... de... de 18...

O reitor ou director da escola

F...

Assim se oficializavam, mais uma vez, dois tipos de parteiras encartadas: 1) as diplomadas com curso bienal; 2) as que faziam somente exame perante a autoridade médica. As primeiras eram preferidas no serviço público, as segundas eram um recurso perante a ausência das primeiras, recuperadas de uma prática ilegal.

Os finais do século XIX apontavam já para a criação das especialidades médicas, afinal uma tendência do positivismo científico (já muito discutida na época). Essas especialidades não estavam, porém, institucionalizadas, tudo se conglomerando como clínica geral, mas vislumbrava-se um sentido da especialização na prática de alguns médicos que se tornavam conhecidos pela sua concentração em determinadas áreas e aí demonstravam alguns êxitos, tornando-se procurados pelo público. De entre as diversas especialidades, uma das que emergia com mais nitidez era a de obstetrícia, pelas suas características específicas e pelas modalidades de intervenção médica entretanto desenvolvidas, embora essa área ainda fosse envolvida na clínica cirúrgica geral. Em 1898, a classe médica promoveu um Congresso Nacional de Medicina, aprovando duas recomendações no domínio da obstetrícia:

1 – Organizar maternidades em condições higiénicas e estatísticas de morbidade e mortalidade por infecção puerperal;

2 – Criar partidos de parteiras e reformar o seu ensino¹⁷⁴.

Era finalmente o reconhecimento de que o parto, mesmo quando se apresentava como natural, se inseria num contexto de risco passível de ser controlado e que por isso deveria ser apoiado sanitariamente por parteiras cientificamente preparadas, devidamente enquadradas numa nova cultura obstétrica. Podemos dizer que este

¹⁷⁴ MIRA, M. Ferreira de – *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, p. 485-486.

congresso marcou o início de uma campanha pela melhoria da assistência às situações de maternidade que havia de dar resultados, embora tardios, no âmbito da qual se destacaram alguns médicos que privilegiavam a área obstétrica, com relevo para Alfredo da Costa¹⁷⁵, cujo nome seria dado à principal maternidade de Lisboa, bastantes anos mais tarde (1932), invocando-se para isso a sua acção como promotor da ideia, entre nós, da criação de maternidades e da promoção da saúde materna.

Quanto ao ensino das parteiras, as alterações vieram mais rapidamente, aplicando-se, pouco depois, já nos inícios do novo século um novo regulamento para os diversos cursos de parteiras, a que nos referiremos em capítulo da segunda parte deste trabalho.

Cursos de parteiras: alguns resultados

Uma das evidências resultantes do Plano Geral de Estudos, com a reforma setembrista de 1836 no ensino médico, era a autonomização da área de obstetria, que ganhava estatuto disciplinar, separando-se da cadeira de operações. O ensino da área obstétrica para os estudantes de medicina e cirurgia passou de seis semanas para um ano, o que revelava a afirmação da especialidade no meio académico, procurando corresponder aos avanços científicos respectivos que já decorriam no estrangeiro.

Mas, para as parteiras, o que passou a funcionar foram «cursos de parteiras», numa actividade paralela ao do ensino médico, considerados como «cursos menores». Não existia uma escola de parteiras autónoma, embora a expressão seja por vezes utilizada. Procuraremos referenciar alguma informação sobre o que se passou na Escola Médico-Cirúrgica do Porto e no hospital a ela adstrito – o Hospital da Misericórdia (Santo António), de acordo com a escassa informação que foi possível obter.

A primeira pergunta parece óbvia: que ensino podiam fornecer os médicos do hospital e lentes da Escola nos seus inícios? Que potencialidades ofereciam nesta área? Uma descrição inserta na Gazeta Médica do Porto sobre a influência da implantação escolar na vida do hospital dá-nos uma imagem testemunhada do que

¹⁷⁵ A acção de publicista de Alfredo da Costa (falecido em 1910) deve ser sublinhada, destacando-se obras como: *A Protecção às Mulheres Grávidas* (1906); *L'Orientation Foetale et la Loi de Pajot* (1906); *Sobre a Natureza da Febre Puerperal* (1887).

seriam as rotinas médicas em vários domínios, incluindo o da obstetrícia, antes e depois da organização escolar, tomando como referência o ano de 1825:

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 dependurados 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!!!

A primeira vez que o lente de obstetrícia da eschola usou do forcepes na enfermaria de paridas do hospital real de Santo António do Porto, as velhas enfermeiras se benzeram: por não terem ainda visto semelhante instrumento. As parturientes tinham em lugar de camas uma especie de berços cheios de palha coberta com um lençol de estopa grossa, com uma velha manta por cima; a fim de não sujar a roupa que naturalmente se devia molhar com o sangue e excreções do parto. Quando a palha se humedecia substituiu-se por outra nova, como se costuma fazer aos animaes que se acham nas mesmas circunstancias!!!

A enfermaria de paridas era escura, fria, humida, e immunda; o que contrasta com o aceio, ventilação, luz e agasalho que a actual enfermaria de paridas oferece hoje, cujas camas são as melhores e mais acciadas de todo o hospital: tendo cada uma duas andainas de cobertas proprias, com a marca da enfermaria; além de muitos lençoes e roupa de sobrelente.

A verdade e o reconhecimento mandam declarar, que grande parte destes melhoramentos se devem ao zelo, pericia e solícitude do actual lente de obstetrícia o illm^o. Snr. J.G.L. de C. Sinval.

As parteiras eram tão ignorantes e supersticiosas, que quando se demoravam mais as secundinas, mandavam assentar a parida em uma cadeira de braços com um chepeo de homem na cabeça, e uma garrafa vasia na mão, por cuja boca mandavam assoprar a parturiente com quanta força tivesse, fazendo grandes bochechas, afim de facilitar a sahida destas. Era nesta ridícula postura que quasi sempre encontrava alguns doentes a quem fiz a extracção das secundinas¹⁷⁶.

A adaptação do Hospital de Santo António em hospital escolar, com a administração clínica a ser conferida à Escola deve ter melhorado as instalações hospitalares, que, gradualmente, passaram a organizar-se em função de novas rotinas, muitas das quais tinham por função servir o ensino que a Escola Médico-Cirúrgica tinha como missão implementar. No que se refere à obstetrícia, 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 na melhoria das enfermarias de cujas condições higiénicas as gazetas e memórias diziam o pior possível. As sucessivas polémicas

entre o Conselho Escolar da Escola Médico-Cirúrgica do Porto e a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que assumia a gestão financeira do Hospital, desenrolavam-se, muitas vezes, em torno do volume de investimentos e despesas a efectuar, que saíam dum fundo de receitas que constituíam o bolo comum da Misericórdia para todas as suas funções de assistência nas múltiplas dimensões.

Entretanto, no âmbito do quadro institucional já referenciado atrás, o Conselho da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, em reunião de 15 de Setembro de 1837, estabeleceu que, para cumprir a 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.

Não existem informações relativas a quaisquer inscrições neste curso e referências posteriores confirmam que efectivamente não houve matrículas, pelo que aquele que seria o primeiro curso afinal não chegou a funcionar. Mas a Escola não se demitiu do seu desiderato de formar parteiras. Perante o facto de o curso ficar deserto, o Conselho da Escola Médico-Cirúrgica insistiu, procurando realizar quanto estivesse ao seu alcance para «promover e facilitar a instrução das pessoas examinadas, ou não examinadas que exercem a profissão de parteira». Nesse sentido, decidiu, em 31 de Outubro de 1837, publicar uma circular a convidar estas pessoas a frequentarem um curso gratuito, de seis meses, a contar de 15 de Novembro seguinte. A circular, procurando atrair candidatas, salientava que as alunas não eram «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»¹⁷⁷.

Após esta insistência houve resultados, ainda que escassos. Os livros da Escola registaram, 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. Mas o movimento posterior de matrículas nos cursos anualmente abertos só muito lentamente alcançou relevo quantitativo. Mas, dizia o Professor Assis Vaz, no

¹⁷⁶ X- A Anatomia e a Cirurgia no Porto em 1825. *Gazeta Médica do Porto*, 1850 (6), p. 24.

¹⁷⁷ Museu Maximiano Lemos (U.P). *Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Livro de Registo Geral, 1º Livro (1825-38)*, p. 87-91.

discurso de abertura da Escola Médico-Cirúrgica de 7 de Outubro de 1839, que, desta forma, se encontrara o meio de acabar com o «estado de infância e abandono em que se achava no País o ramo de cirurgia exercido pelas Parteiras». O que Assiz Vaz apresentava, para além de reivindicar para a cirurgia o ramo da actividade das parteiras, era, contudo, a expressão de um desejo, sob a forma de um programa, dada a escassa frequência que os cursos tinham:

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 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 frequência 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 solicitude atenta que anima, e ao mesmo tempo o saber que dá resolução e coragem!¹⁷⁸

O que se procurava operacionalizar era, de algum modo, o modelo que já nos finais do século XVIII se applicava em alguns países europeus, cuja matriz passou para a legislação portuguesa. É altura, no entanto, de nos interrogarmos sobre os resultados deste cruzamento entre a predominância dos saberes médicos e a disponibilidade das candidatas a parteiras. As alunas, a quem se ministrava um breve curso teórico, através de prelecção semanal (3^a feira e alguns sábados), eram remetidas para a prática hospitalar das enfermarias de maternidade, espaço de experiência que permitiria a produção e a formação de «saberes práticos». Esta dimensão da prática sempre foi muito relevante e insubstituível na formação profissional nas áreas da saúde, embora necessariamente controlada e disciplinada pelos saberes teóricos, ainda que estes sejam mais contingentes e sujeitos a uma maior obsolescência¹⁷⁹.

¹⁷⁸SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. p. 19-20.

¹⁷⁹BERNADOU, Alain - *Savoir Théorique et Savoirs pratiques*. L'Exemple Médical. BARBIER, Jean-Marie - *Savoirs Théoriques et Savoirs d'Action*. Paris: PUF, 1996, p. 29-42.

Em termos de modelo de formação, concentrava-se, pois, o essencial da atenção na prática obstétrica hospitalar, com ministração paralela de uma carga horária ligeira de lições teóricas, sendo os saberes e competências adquiridas avaliados por um exame final. Fazer sentar as candidatas a parteiras no banco da escola médica era, como se vê pelas palavras de Assis Vaz, um objectivo explícito dos médicos, produzindo-se, assim, a «violência simbólica», na acepção de Bordieu, de as tornar receptoras de um discurso que, como acto de enunciação, fornecia representações especializadas de um outro grupo profissional. As futuras parteiras deveriam ouvir, divulgar e aplicar essas representações, de acordo com a sua capacidade de apreensão (o nível de saber letrado exigido era mínimo). Pensava-se que o efeito disciplinador seria mais eficaz através da rotina hospitalar, introduzindo as alunas nos contextos do trabalho médico intensivo, que funcionariam como lugares de inculcação durável e estruturada de saberes práticos, de disposições e de operadores ideológicos, com vista a transmitir-se essencialmente um saber fazer.

Naturalmente que, como em todas as situações organizacionais, as candidatas a parteiras que recebiam formação em meio hospitalar, fazendo turnos de 24 horas, comungariam da margem de liberdade de acção das colegas em exercício no espaço da prática, tanto mais que as alunas estariam, durante o turno, dependentes da parteira-chefe. Assim, não podemos esquecer, neste contexto, o efeito organizacional na produção de saberes próprios derivados das rotinas das próprias parteiras, segregando outras disposições que podiam afrontar ou superar as inculcações médicas.

Neste jogo de acção organizacional, a componente curricular do estágio na prática hospitalar actuaria como um elemento disciplinador complexo, contribuindo para que as parteiras adquirissem uma cultura obstétrica que nem sempre coincidiria com a perfilhada pelos médicos, considerando-se os efeitos do ensino em locais de trabalho e do conseqüente contacto com diversos tipos de agentes, na linha do que afirma o sociólogo Madureira Pinto, relativamente a outros contextos de trabalho:

A vivência durável dos locais de trabalho faz aprender a reconhecer (no duplo sentido da palavra) configurações físicas e formas organizativas associadas a uma dada cultura técnica (naturalizando e por vezes sacralizando umas e outras), faz disciplinar o corpo, a atenção, e a vontade de acordo com modelos de racionalidade técnico-económica dados, faz interiorizar uma espécie de pulsão produtiva não consciencializada que, tendencialmente, conduz não apenas à necessidade subjectiva de trabalhar, como ao desejo de o fazer em condições de consenso integrador e securizante. Trata-se de processos de assimilação, por experiência, de saberes

práticos, saberes-ser, disposições e automatismos com eficácia económica própria (criadores de valores de uso e de mais-valia); mas também de assimilação de crenças, de representações e outros operadores de racionalização das condições de existência em organização¹⁸⁰.

As parteiras, em todo o caso, passaram a estar mais dependentes do médico que lhes ministrava a formação e os seus modelos de saber-fazer e, em última instância, as examinava e decidia da sua aprovação. O simples facto de assistirem às aulas de médicos e de aceitarem as regras escolares por aqueles instituídas acentuava a sua dependência, tanto mais que era notória a discriminação entre estudantes de cirurgia e candidatas a parteiras (nunca apresentadas como estudantes), com estas a terem uma versão aligeirada da teoria que era ministrada àqueles, embora tivessem mais trabalho na enfermaria. As que não tivessem desenvolvido este percurso formativo seriam sempre remetidas para o domínio da ilegalidade, situação passível de actuação jurídica (salvaguardando-se, no entanto, a possibilidade legal de, sem frequentarem o curso, fazerem exame perante os delegados do Conselho de Saúde, como já vimos). A menorização da teoria na estrutura curricular destes cursos (referenciados mesmo como «cursos menores») não pode, portanto, ser esquecida. Como nos lembra José Alberto Correia, o tipo de conteúdos curriculares seleccionados sempre obedeceu a uma «hierarquização social dos diferentes saberes disponíveis num determinado contexto sócio-histórico, cuja legitimidade não radica apenas em razões de carácter epistemológico», pois tal selecção «constitui um importante instrumento simbólico de consolidação das relações de poder num dado contexto social», nomeadamente para assegurar a «visibilidade social de certos saberes profissionais em detrimento de outros», com consequências ao nível da produção das identidades profissionais e de género¹⁸¹.

Relacionando o curso de parteiras com o curso médico, poderemos dizer que o primeiro foi concebido de forma a valorizar as «mãos» e o segundo a «cabeça»¹⁸², harmonizando-se a retórica que podemos designar de curricular (de que é exemplo o claro discurso de Assis Vaz) com as representações dominantes que equacionam a formação médica como um ensino de elite. Numa atribuição a que não são estranhas

¹⁸⁰ PINTO, José Madureira – *Escolarização, Relação com o Trabalho e Práticas Sociais*. STOER, Stephen (org.) – *Educação, Ciências Sociais e Realidade Portuguesa*. Porto: Afrontamento, 1990, p. 15-32.

¹⁸¹ CORREIA, José Alberto - *A Análise de Necessidades na Formação Profissional de Professores: da Identificação das Carências ao Sentido das Experiências*. CORREIA, José Alberto; LOPES, Amélia; MATOS, Manuel – *Formação de Professores. Da Racionalidade Instrumental à Acção Comunicacional*. Porto: Asa Editores, 1999, p. 20.

as representações então dominantes sobre a natureza feminina e a origem social das candidatas, ficava reservada para a parteira uma formação que visava a aplicação directa ao trabalho manual, do domínio exclusivo da execução, coarctando-lhe as possibilidades de reflexão sobre o seu próprio saber-fazer, limitando-lhe, pela supressão da reflexão teórica, as capacidades de interpretação e de decisão perante os casos concretos, as quais só seriam adquiridas mitigadamente através da experiência posterior.

Para além da prática obstétrica em contexto hospitalar, que configurava em si mesma um grande laboratório de aprendizagem, o equipamento escolar era mínimo. Para o ensino obstétrico, em 1843, a Escola Médico-Cirúrgica do Porto 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 alguns instrumentos, onde se distinguiam 10 fórceps. Havia também um livro de registo, para a estatística obstétrica da prática clínica, na qual se anotava a 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)¹⁸³.

Mas de quantas parteiras estamos a falar? Qual o sentido quantitativo destes modelos de formação de parteiras com currículo bienal nas Escolas Médico-Cirúrgicas? Em busca de alguns dados esclarecedores, procurámos os livros da antiga Escola-Médico Cirúrgica do Porto, existentes no Museu Maximiano Lemos, para obtermos 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 (há indicadores no registo que desaparecem de repente, como é o caso das idades), é possível formular algumas configurações quantitativas sobre as parteiras em formação.

Numa primeira observação (Quadro II), vejamos indicadores simples, mas elucidativos: as matrículas efectuadas e os diplomas atribuídos, em série anual (1837-1907). Os números apresentados tem uma expressão anual muito reduzida, às vezes mesmo nula. Durante os primeiros cinquenta anos, as parteiras formadas por esta Escola eram mais uma expressão discursiva do que uma realidade, pois ficavam, antes

¹⁸² GOODSON, Yvor – *A Construção Social do Currículo*. Lisboa: Educa, 1996, p. 97.

¹⁸³ SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926, p. 18 -19.

da década de 1890, pelas duas ou três unidades anuais. Só nesta altura se atingiram valores próximos da dezena, ganhando algum significado quantitativo.

Quadro II – Registo de matrículas e de diplomas de parteiras na 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

Parece, pois, que os cursos representavam mais uma disponibilidade da Escola, de acordo com a norma legal, do que uma prática com resultados visíveis. Pode perguntar-se se o curso de parteiras funcionava apenas para a Escola cumprir a lei, sem que o corpo médico-docente se empenhasse a fundo na sua produtividade, ou se havia algum tipo de retracção que impedisse as mulheres de se matricularem nestes cursos, demasiado longos para mulheres pobres e pouco atraentes para mulheres de

outra condição social. A resposta parece estar, antes de mais, na existência paralela das «parteiras examinadas» e das curiosas, que prejudicavam o objectivo profissional, não compensando o esforço e o dispêndio na formação.

De qualquer modo, com os quantitativos finais deste processo de formação nunca 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 pelas instituições de natureza hospitalar.

Esta situação verificada no Porto era isolada, circunscrita? Na realidade não era. Os números que, dispersamente, podemos colher revelam-nos que a formação de parteiras em geral era muito reduzido e que, portanto, não existia uma política deliberada de cobertura sanitária nas situações de maternidade. 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 maior eficiência, também não representa uma quantidade expressiva atendendo ao maior volume populacional da capital.

Por sua vez, o *Anuário Estatístico de 1885* fornece-nos os números para os anos próximos da data a que corresponde a edição (Quadro III)¹⁸⁴.

Quadro III : Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa: parteiras (1880-1885)

Anos lectivos	Alunas matriculadas nos dois anos	Aprovadas em exame
1880-1881	14	4
1881-1882	11	8
1882-1883	12	2
1883-1884	18	7
1884-1885	15	7

Não existem sequer quaisquer referências a cursos de parteiras na Universidade de Coimbra para esta altura, mas para a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa os números confirmam a tendência acima sugerida.

E recorde-se que os médicos formados nas duas Escolas também raramente excediam a dezena anual em cada uma delas, pela mesma altura. Procurando números que nos forneçam uma ideia do volume nacional de formação de parteiras na transição do século, teremos de ir um pouco mais além no tempo, fixando-nos, por exemplo, no

¹⁸⁴ *Anuario Estatístico de Portugal, 1885*. Lisboa. Imprensa Nacional, 1887. Inicialmente não se verificou uma edição anual em continuidade deste anuário.

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)¹⁸⁵, números que correspondem já a uma fase de maior preocupação sanitária por parte da política nacional, após a reforma do curso que se verificou em 1903, aspecto a que faremos referência mais adiante.

Recorrendo à informação sobre idades das alunas matriculadas, podem tirar-se outros tipos de ilações (Quadro IV). Como se pode ver, a maioria das alunas matriculadas no curso de partos da Escola do Porto 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.

**Quadro IV - Idades nas matrículas do curso de partos -
Escola Médico-Cirúrgica do Porto - 1837-72 e 1873-1898**

Grupos de Idade	1837-1872		1873-1898	
	Nºs	%	Nºs	%
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

Pode afirmar-se que uma das condições para que o número de alunas crescesse foi a admissão de mulheres etariamente mais maduras. Porventura, poderá residir aqui um dos factores (embora não único) de desmotivação social perante o curso: verificando-se uma tradição histórica de parteira como mulher consciente dos problemas pela sua prática de ser mãe múltiplas vezes, como «mulher velha e sabida»,

¹⁸⁵ *Anuário Estatístico, 1904-1905*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908. p. 361-375.

haveria oportunidade social e de mercado para jovens inexperientes nessa outra dimensão que era a arte de ser mãe?

Não conseguimos obter grande informação sobre a estrutura curricular do curso no século XIX, para além das indicações genéricas da legislação, uma vez que o curso era dependente da vontade e da responsabilidade total do lente de partos. Sabemos que se seguia um compêndio para as aulas teóricas, sendo que neste aspecto os textos de Joaquim da Rocha Mazarém, da Escola Médica de Lisboa, nomeadamente o seu *Quadro Elementar Obstétrico para Instrução de Aspirantes a Parteiras*, tiveram uso, pois era um autor vulgarmente citado para esse efeito nos domínios da obstetrícia, nos primeiros tempos das Escolas Médico-Cirúrgicas. O uso de compêndio era mesmo obrigatório em todas as cadeiras das Escolas Médico-Cirúrgicas, segundo o regulamento de 1836.

Para mais tarde, já se conhecem alguns pormenores¹⁸⁶. Assim, no ano lectivo de 1884-1885, e durante alguns anos, o lente de partos da Escola do Porto era o Doutor Agostinho António do Souto, que anunciava como bibliografia da sua cadeira, duas obras em francês: Despine et Picot – *Maladies des Nouveaux Nés*; e Delore et Lutaud – *Traité Pratique de l'Art des Accouchements*, Paris: 1882. Obras indicadas naturalmente para os alunos do curso médico-cirúrgico, que eram obrigados a saber francês. Mas era da autoria do próprio Agostinho António do Souto uma obra em português, um resumo traduzido das anteriores, intitulado *Manual de Tocologia, Compêndio de Obstetrícia para Thema das Lições do Curso de Parteiras* (Porto:1882).

Com a nova regulamentação publicada oficialmente em 1903, os currículos dos cursos para parteiras ganharam uma maior formalização, como veremos em capítulo posterior.

Da informação indiciada pode retirar-se a ilação de que a preocupação médica do século XIX se centrou essencialmente nas complicações obstétricas que surgiam no hospital: resolvê-las foi um longo problema de aprendizagem da própria Escola e da ciência médica em geral. Neste contexto, o curso de parteiras mantinha um estatuto de curso menor. Só depois de superada esta incapacidade técnico-científica se pensou noutros tipos de problemas, nomeadamente o de um enquadramento mais lato dos problemas obstétricos, numa perspectiva de cuidados integrados sustentada pela

puericultura. E, nesse novo contexto, também foi reequacionada a formação das parteiras, apontando-se-lhes um novo posicionamento profissional, o da convergência com a enfermagem, posições que se tornaram evidentes com a alvorada do século XX.

¹⁸⁶ JORGE, Ricardo – Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. In *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*, Agosto de 1885, nº 8, p. 238.

CAPÍTULO VII

PARTEIRAS E SABERES OBSTÉTRICOS NOS FINAIS DO SÉCULO XIX

Durante muito tempo, as representações veiculadas por alguma literatura de médicos e/ou cirurgiões sobre as parteiras surgiram, muitas vezes, eivadas de imagens caricaturais, traduzindo, sobretudo, situações de impotência, em face das quais não faltariam histórias de horror. O exagero caricatural até se poderia compreender se os cirurgiões procurassem, através dos seus escritos, propugnar por reformas profundas na área comum de actividade: a caricatura poderia criar maior sensibilidade nos leitores e produzir reflexos nos meios do poder político! Tudo indica que não era tanto assim, mas antes o efeito de uma estratégia de territorialização, que produzia um efeito arrasador nas representações sobre a parteira. Ora, em termos de comparação, as imagens mais dramáticas, no que concerne à medicalização dos partos, pertenciam claramente aos cirurgiões, a quem, por determinação legal, cabia a resolução dos casos complicados, para os quais durante muito tempo não tinham soluções técnicas, nem instrumental adequado, nem a correcta percepção dos fenómenos em curso. E descrições de mães estropiadas ou fetos despedaçados por efeito das intervenções dos cirurgiões são abundantes na imprensa médica do século XIX¹⁸⁷, não faltando ainda hoje, sobretudo nos meios rurais, memórias femininas terrificadas pela utilização dos «ferros», numa reminiscência do uso pouco adequado do fórceps pelos médicos que trabalhavam a domicílio.

A questão das parteiras e dos novos modelos de formação que lhe vão ser atribuídos deve, pois, colocar-se numa perspectiva cujo horizonte nos coloque para lá da rivalidade cirurgiões vs. parteiras, duas categorias das artes de curar que vão ser submersas pela nova medicina científica, de base experimental, a qual tanto se informa a partir dos livros que preservam a memória do conhecimento, como induz a partir dos casos concretos que lhe surgem pela frente. A situação formativa e profissional da parteira a partir da segunda metade do século XIX transforma-se radicalmente pela evolução do contexto cultural e científico. Se durante muito tempo, a parteira e o cirurgião tradicionais apresentavam um estatuto social equilibrado e o saber fazer não era muito distante e, sobretudo, estava compartimentado, a partir de

¹⁸⁷ Veja-se, para o caso do Porto, o artigo de autor anónimo: A Anatomia e a Cirurgia no Porto em 1825. *Gazeta Médica do Porto*. nº 195 (15.2.1850), p. 22-24. Mas muitas outras publicações médicas trazem vários casos, não raro comentados em tom deplorável.

meados de oitocentos tudo se alterou. A medicina aliada à cirurgia apresentavam um estatuto social completamente diferente, que remetia os médicos para a elite de uma sociedade que seguia as crenças positivistas, acreditando nas possibilidades do conhecimento científico, a cujos protagonistas cria condições sociais para produção e exercício desse saber. A medicina, pela dupla função social que protagonizava - a resposta imediata ao sofrimento individual e o papel de prevenção que assegurava à sociedade - foi colocada no topo dos novos agentes sociais da modernidade. Mas a medicina não aplicava apenas receitas nesta época heróica de afirmação, produzia conhecimento, discutia as aplicações e divulgava soluções e possibilidades. A prolífica imprensa médica de oitocentos e dos inícios de novecentos dá-nos conta desse afã que se traduz na difusão de uma nova cultura científica, na qual a obstetria e as áreas afins (ginecologia e pediatria) ocupam um lugar de relevo. Configuram-se, assim, diferentes culturas obstétricas, no sentido de diferentes sistemas de conhecimento e de significado¹⁸⁸, umas de feição científica e eruditas, outras ainda imersas numa dimensão popular.

A parteira, enquadrada por um modelo de formação pouco ambicioso, através de «curso menor» criado por lei a partir de sugestões vindas das organizações do ensino médico, com pré-requisitos de acesso muito limitados (apenas saber ler e escrever), com programas reduzidos e circunscritos à sua função estrita e limitações de acção no campo prático, ficou longe desta ebulição cultural e o processo do seu afastamento na aquisição de competências acentua-se brutalmente na comparação com os médicos. Com o desenvolvimento da prática de medicalização do parto, a parteira foi sendo remetida para posições cada vez mais subalternas, tolerada apenas como solução barata em meios sociais ou zonas geográficas que não constituíssem mercado aliciente para os médicos, ou, cada vez mais, enclausurada nos meios hospitalares, embaratecendo os custos organizacionais, desenvolvendo trabalhos em equipas tuteladas por cirurgiões-parteiros, numa lógica de organização que implica perda de visibilidade profissional.

Como se configuram, no contexto aludido, a prática profissional da parteira e a cultura obstétrica em que está envolvida a sua acção, qual é a sua margem de manobra? Vejamos alguns aspectos destas problemáticas a partir do exemplo do Porto no domínio da acção obstétrica.

¹⁸⁸ FREIDSON, Eliot - *La Profesión Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978, p. 287.

O exercício de partear: uma perspectiva a partir do Porto

Antigamente, o parto no hospital não era habitual senão para as mulheres pobres e desprotegidas, pois nenhuma consolação a parturiente podia ir lá buscar, que não fosse uma enxerga e um tecto. Era isto o que se verificava no Porto, onde a enfermaria de partos do novo Hospital de Santo António nada tinha de convidativo, como vimos em texto anterior. Mas, com o decorrer do século XIX, o crescimento demográfico da cidade e a percepção de alguma eficácia nos serviços obstétricos, a hospitalização para efeito de parto passou a ter um maior significado quantitativo. Números dispersos apontam para as décadas de 1860/1870 cerca de 150 partos anuais nas enfermarias do Hospital de Santo António, enquanto em 1910 esse número já atingia exactamente 734 parturientes, segundo o Anuário da nóvel Faculdade de Medicina.

Se ao Hospital de Santo António recolhiam essencialmente mulheres pobres, havia ainda a considerar os hospitais das Ordens Terceiras, para os quais iam, em princípio, as «irmãs», ou seja, as associadas que pagavam as respectivas quotas para usufruírem dos benefícios laicos ou religiosos que essas Ordens prodigalizavam. Mas o parto em casa era a norma das mães de família e não se devia abusar da hospitalização. Era isto, porém, o que estava a acontecer no Hospital da Ordem do Carmo, segundo acta da sessão na sua mesa administrativa de 24 de Abril de 1831, que refere a ausência de determinações relativas a admissões de grávidas de irmãs da Ordem, exactamente porque a hospitalização era uma situação pouco habitual. Queixava-se, então, a mesa da Ordem:

Sendo o Regimento do nosso Hospital abundante em providencias para o seu regimen, não se encontrava nelle detreminação alguma que regulase a admissão das nossas Irmans gravidas, que no Hospital vão ter o seu parto; 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 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 administrativa, para além da demonstração de ser irmã da Ordem, passava a exigir às candidatas à entrada documentação de pobreza e autorização do Prior da Ordem para ser internada (que poderia ser negativa) e recomendava ainda aos facultativos para serem mais «economicos nos alimentos

que mandam dar ás nossas irmans gravidas; porque os alimentos de galinha e vinho generoso, só se deve aplicar na proximidade do parto, e em algum tempo depois d'elle, sendo que outra molestia não exhiba»¹⁸⁹.

Este exemplo mostra que a hospitalização para o parto continuava a ser encarado como uma obra de caridade, não se destinava a todas as mulheres, muito menos às que tinham posses económicas. O que se verificava, entretanto, na área dos partos era aquilo que podemos designar como actividade liberal. Algumas parteiras certificadas abriam «porta» ou anunciavam os seus serviços para o exercício legal da sua actividade. Note-se que, para exercerem, as parteiras, tal como os outros profissionais das artes de curar, eram obrigadas a efectuar registo nas administrações de concelho, no âmbito da legislação sobre o serviço de saúde (Decreto de 3.1.1837, reformado em 3.12.1868), tradição que remontava aos velhos regimentos. A não inscrição na repartição administrativa era punível com pena de prisão de três a trinta dias e multa de 10\$000 réis. O Código Penal de 1852 referia ainda outras medidas específicas contra as parteiras, no âmbito dos seus deveres de socorro e da sua postura ética, estipulando penalidades: 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 réis¹⁹⁰.

O exercício liberal da profissão de parteira, para além do trabalho ao domicílio, podia comportar, como já dissemos, a abertura de «casas de parto», clínicas onde as parturientes podiam dar à luz os seus filhos. Em 1865, por ordem do governador civil do Porto, foi publicado um «Regulamento para as casas de partos», visando a «inspecção da autoridade administrativa», estabelecendo algumas regras numa altura em que se procurava controlar e diminuir o movimento de expostos, que culminaria mesmo com a extinção das «casas da roda» em 1868 (também, em 1865, se publicou uma «circular às parteiras» a pedir-lhes que desenvolvessem um papel de moralização e de convencimento das mães para que evitassem o abandono de recém-nascidos). Definidas como «casas em que sejam recebidas, mediante retribuição, mulheres grávidas para se alliviarem», as «casa de partos» obedeceriam a alguns procedimentos para a abertura e funcionamento, nomeadamente a apresentação da carta de habilitação, atestados de comportamento civil, moral e religioso e indicação sobre a

¹⁸⁹Transcrito por MONTEIRO, Hernâni – *Ob. cit.*, p. 129-130.

morada do estabelecimento, número máximo de parturientes a alojar, relação de criadas e ajudantes. À vista do requerimento e documentos anexos, a casa era depois vistoriada pela autoridade de saúde para avaliar das condições apresentadas. Obtida a licença de porta aberta, a autoridade emitia o respectivo alvará, sendo obrigatório para o funcionamento um livro de registo para a identificação de cada parturiente alojada e obedecer às indicações da autoridade na sequência da avaliação realizada na visita. O administrador do bairro poderia inspeccionar a casa quando entendesse para verificar o cumprimento do regulamento, mas «durante esta visita as parturientes, que não quizerem ser reconhecidas, podem velar a cara»¹⁹¹.

Por via desses processos para obtenção da licença de porta aberta, ficaram alguns registos de alvarás no fundo arquivístico do Governo Civil do Porto, que fornecem mais alguma informação sobre as «casas de parto»¹⁹². Veja-se um caso, suficiente para nos apercebermos dessa realidade, pois a natureza burocrática dos registos leva a uma repetição em que só os dados particulares de identificação e residência se alteram. Assim, em 28 de Novembro de 1866, o Governador Civil concedia licença a Maria Delfina de Abreu, parteira diplomada pela 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 instrumentos exigidos pela Delegação de Saúde. Que instrumentos? Uma lista anexa elucida-nos dos elementos necessários a uma 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 contentorias;

¹⁹⁰ *Código Penal*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1852.

¹⁹¹ Junta Geral do Distrito do Porto – *Novas Providências e Documentos acerca dos Expostos Mandados Publicar por esta Junta na Sessão Annual de 1866 e Colligidos pelo Dr. José Fructuoso Ayres de Gouveia Osório*. Porto: 1866, p. 40-45.

¹⁹² Arquivo Distrital do Porto, Fundo do Governo Civil - *Livro de alvarás*, nº 22.

- 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.

Utensílios de limpeza, higiene e conforto, um mínimo de instrumentos para irrigações e suturas, além de óleos para massagens. De entre os diversos objectos que apetrechavam a clínica da parteira, sublinhe-se a cadeira de partos, um elemento simbólico na literatura sobre a maternidade, a que já nos referimos em páginas anteriores, a propósito das propostas de Melo Franco para uma cadeira articulada, apresentada, em 1815, na Academia Real das Ciências. As cadeiras obstétricas foram, depois, objecto da atenção de alguns médicos vocacionados para a história da medicina e da etnografia. 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 parecia 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 perpendiculares, modelos simples e baratos, sem grandes preocupações ergonómicas¹⁹³.

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, normalmente transportada por um galego, como a produzida por Gervásio Lobato (in «Lisboa em camisa»)¹⁹⁴. A cadeira obstétrica era, então, um instrumento típico, pelo qual se identificava a parteira, mas que também pode interpretar-se como um símbolo de respeito pelas posições tradicionais assumidas no parto. O uso da cadeira foi

¹⁹³SACADURA, Costa; SAAVEDRA, Alberto - *Cadeiras Obstétricas de Portugal e Espanha*. Lisboa: 1948.

¹⁹⁴GOMES, 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).

ultrapassado 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 desencadeia, mas com resultados muito discutíveis para a parturiente. Alguns vêm na rotina desta posição um elemento simbólico de um exercício de poder¹⁹⁵.

Se tentarmos uma aproximação quantitativa, que números tínhamos para as parteiras em exercício no Porto? Uma resposta, com alguma aproximação, pode ser fornecida pelos almanaques da Cidade do Porto para vários anos, uma publicação regular, que nos permite seguir a evolução não só da identificação das parteiras e dos seus endereços, como também para as outras artes médicas. Note-se que os almanaques eram uma forma de anúncios classificados da época (tipo «páginas amarelas» de hoje). Contabilizando os nomes aí insertos, temos o Quadro V, que evidencia o facto de trabalharmos, ao nível local, sempre com um número reduzido de profissionais, apresentando uma relativa estabilidade que só dobra com a passagem do século. Esta tendência multiplicadora no dealbar do século XX também se verifica em relação aos médicos, dentistas e farmacêuticos, a acompanhar naturalmente a evolução demográfica da Cidade e também a difusão das preocupação higienistas, além de melhores resultados de formação ao nível da Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

Quadro V - 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, inferior durante muito tempo às duas dezenas, as parteiras não tinham uma vida

¹⁹⁵KITZINGER, Sheila - *Ob. cit.*, p. 76.

profissional fácil. O parto sempre foi um acto doméstico e as entreadjudas da vizinhança costumavam resolver as situações de normalidade. A medicalização só acontecia com as famílias de mais elevado estatuto social ou para ocorrer em situações de grande 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, deu-nos conta¹⁹⁶ 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. Sublinhe-se que a lei para a criação das associações de classe tinha saído em 1891 e borbilhava então o movimento associativo¹⁹⁷, pelo que este pedido, mostrando alguma consonância conjuntural, não deixa de revelar algum espírito de grupo e de alguma consciência profissional. Vinte e tal parteiras participaram então numa reunião (21 de Dezembro de 1896), aonde 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 erradas ou pela ingestão despropositada de remédios do tratamento de cá de fora». Administração intempestiva da cravagem do centeio, socorros tardios ou manobras erradas eram situações frequentes provocadas pelas «curiosas», testemunhadas por Maia Mendes¹⁹⁸.

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 para com as «curiosas» e a preparação rudimentar

¹⁹⁶MENDES, A. Maia - As Parteiras do Porto. *A Medicina Moderna*. Vol. II (Dez. 1896), p. 3.

¹⁹⁷ Pelo Decreto de 09.05.1891 regula-se a criação de associações de classe.

¹⁹⁸ Artur Maia Mendes (1857-1920) foi um dos mais talentosos médicos-parteiros do Porto, tendo entrado como clínico interno para o Hospital de Santo António em 1883, onde aperfeiçoou a sua prática cirúrgica e obstétrica que o tornou um «parteiro magistral e um ginecologista distinto». Em 1893, «bem conhecedor já dos segredos da arte obstétrica, para que a Natureza parecia tê-lo dotado com uma mão especialmente adextrada, criou um curso livre e retribuído de partos, primeiro e único deste género até hoje havido no Porto. Embora não tivesse o cunho oficial, esse curso funcionou durante uns poucos de anos e por ele passaram individualidades hoje em destaque no professorado médico e na clínica. O seu falecimento impediu-o de publicar, como tencionava, essas lições de partos, certamente vasadas hoje em novos moldes e acrescidas dos ensinamentos que a sua prática de então para cá lhe havia de ter proporcionado». Chefe de clínica e professor na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, promoveu, em 1910, o movimento para a primeira Maternidade do Porto, instituição de assistência particular de filantropia que funcionou antes da Maternidade Júlio Dinis. Cf. *A Medicina Moderna*, nº 317, Maio de 1920.

das parteiras diplomadas: por um lado, dado as escolas não exigirem preparatórios mais do que o saber ler e escrever, aconselhava a criar maior exigência 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:

- 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*;
- empenhar-se para dificultar o acesso à formação, pelo menos no que respeitava a requisitos «preparatórios»;
- 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 século XX, como vimos, o número de parteiras em exercício no Porto duplicara, numa multiplicação que era 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. Mas a crise destas «parteiras diplomadas» era, como já vimos, mais complexa, o efeito de multiplicação de profissionais era relativo, só ganhando expressão quando conjugado com a concorrência das «curiosas» e a fraca procura social em relação às profissionais cuja acção era encarada como não indo muito além das curiosas nos partos naturais e não dispensava o recurso ao médico-cirurgião nos casos patológicos. Depois, a falta de espaço para as novas profissões médicas ou paramédicas era, de facto, um problema geral e sério. O tipo de preocupações daí derivadas pode observar-se num jornal como *A Medicina Moderna*, que nos apresenta, durante a década de 1890, uma série de artigos contestando a nova «contribuição industrial» que se abatia sobre a classe médica e formula um discurso anti-fiscal, procurando justificá-lo com as dificuldades de trabalho e remuneração que então se sentiam. Neste contexto, 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 mútuos 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 diminutas anuidades; e se tal circunstância, barateando estes serviços, redundava em grande benefício do público, actua também, e inversamente, na depressão dos proventos clínicos da classe medica.

A acumulação dos médicos 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 exercício profissional. Não se conhece hoje no Porto ninguém que tenha avantajado fortunas pelo simples exercício 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 insuficiência dos rendimentos da profissão.¹⁹⁹

A prática do mutualismo, que as classes operárias desenvolviam para cobrir as contingências inesperadas da desgraça e da doença, também cobria os cuidados da maternidade, havendo mesmo algumas associações só com esta finalidade. O efeito sobre o mercado das parteiras seria naturalmente o mesmo que os médicos apontavam em relação a si. Desconhecendo nós eventuais movimentações das parteiras neste contexto, assinalemos, contudo, que a movimentação da classe médica, com um sentido neo-corporativo, se organizou em torno da *Sociedade União Médica*, uma sociedade de cariz até aí científico e que, segundo uma reunião de 14 de Fevereiro de 1896, 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 critica do movimento científico. Propunha-se mesmo que houvesse «sessões económicas» alternando com sessões científicas. Falava-se 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»²⁰⁰. O problema foi tratado em vários outros números dessa publicação, surgiam títulos de artigos como «o proletariado médico» e defendia-se de uma forma geral o associativismo profissional.

¹⁹⁹Representação. *A Medicina Moderna*. Vol.I (1894 -1896), p.79.

Pouco depois, numa nova reunião da *Sociedade União Médica* (9 de Março de 1896), era já a classe dos farmacêuticos que achava necessário 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 altura²⁰¹. 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 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 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 Correia²⁰², ambos conhecidos médicos do Porto.

Uma nova cultura obstétrica

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 descobrir, no decurso das operações que realizavam, as principais técnicas que vieram a revelar-se decisivas na salvação da mãe e da criança em situações extremas. Mas devemos notar que as grandes descobertas cabem, sem dúvida às novas gerações de médicos-cirurgiões,

²⁰⁰Sociedade União Médica. *A Medicina Moderna*. Vol. I (1894-96), p. 228.

²⁰¹Sociedade União Médica. *A Medicina Moderna*. Vol. I (1894-96), p. 236-237.

²⁰²Associação de Classe dos Médicos do Norte de Portugal. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1910), p. 29-30.

esse produto novo da medicina moderna, que realiza a síntese entre o médico dotado de cultura erudita e o cirurgião próximo do doente, que fala a língua corrente e cruza a cultura médica com os cinco sentidos na percepção da doença.

A separação tendencial da obstetrícia (e depois da ginecologia) do domínio da cirurgia geral ao longo do século XIX, criando-se cirurgiões especializados nesta área, ajudou a sistematizar observações e a extrair daí algumas conclusões que, no debate de ideias que circulavam no âmbito da sociabilidade científica, permitiram encontrar soluções com eficácia que se difundiram e melhoraram as condições gerais da prática obstétrica. Assim, depois de reconhecida a importância de técnicas obstétricas simples desenvolvidas no século XVIII e inícios do século XIX, tais como o «toque» que permitiu detectar a dilatação do colo uterino e a apresentação/posição fetal, a auscultação fetal (1816), a pelvimetria, justifica-se agora uma referência às novas descobertas técnicas que, pela sua eficiência, ajudaram a superar as complicações da natureza nos partos, criando uma nova cultura obstétrica, baseada num conhecimento mais preciso do mecanismo do trabalho de parto. Entretanto, a obstetrícia beneficiou do desenvolvimento da ginecologia, que aos poucos ganhou capacidade para conhecer e tratar a genitália feminina, e, obviamente, da prática operatória geral que habilitou a cirurgia a interferir no corpo humano minimizando as suas consequências.

O controlo das infecções puerperais e o desenvolvimento de capacidades de extracção do feto sem riscos para a mãe e para a criança constituíram as dimensões fundamentais de uma nova cultura obstétrica, que tornou inevitável e desejado o papel do obstetra junto das parturientes, contribuindo para normalizar e delimitar espaços profissionais que antes eram essencialmente conflituais. Consolidando o tradicional ordenamento das artes de curar, produziu-se uma nova legitimidade para a divisão do trabalho já experimentada: à parteira foi-lhe definitivamente entregue a função de assistir aos partos ditos naturais e aos médicos-parteiros coube-lhes resolver os casos complexos, pela administração das novas técnicas obstétricas, em processo de refinamento crescente.

Tratou-se, no fundo, de cristalizar uma divisão de trabalho segundo uma matriz de género: a parteira-mulher cuidaria da parturiente, acompanhando-a mais longamente nos seus esforços para parir, numa função ligada a um conceito que hoje, em enfermagem, designamos por «cuidar», isto é, uma atitude virada para a atenção global ao bem-estar da parturiente, incluindo os aspectos subjectivos da situação, só devendo chamar o cirurgião-parteiro na previsão de complicações no parto; o

cirurgião, quase sempre homem, dispondo de técnicas rápidas que permitiam a intervenção cirúrgica, resolvia os partos complexos, numa função ligada ao «tratar», ou seja, procurava solucionar os aspectos que se apresentam problemáticos, visando a sua rápida superação. O aparecimento de algumas mulheres no campo da cirurgia, desde os finais do século XIX, ajudou a diluir as marcas pesadas desta distinção de género, desviando a discussão para o campo de uma competência científica, no acesso à qual não se verificava uma igualdade de oportunidades segundo o sexo (aqui como noutros sectores profissionais).

No Porto, por exemplo, surgem mulheres médicas em 9 de Novembro de 1891, com a apresentação das dissertações de fim de curso por parte de duas irmãs: Aurélia Morais Sarmiento, cujo «acto grande» versa a *Higiene da Primeira Infância*; Laurinda Morais Sarmiento, que equaciona *Breves Considerações sobre o Vestuário Feminino*. E, em 1892, é a vez de Maria Paes Moreira defender a *Higiene da Gravidez e do Parto*, para abrir depois consultório na cidade, dirigido para doenças de mulheres. Outras se seguiram, vocacionadas para as doenças femininas e a maternidade, ainda que em número escasso relativamente aos homens: 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.

O argumento da maior aproximação emotiva da parteira junto da mulher, derivada da identidade de sexo, relativamente ao papel do cirurgião, começava a diluir-se, porque as mulheres poderiam ter junto de si, vigiando a sua maternidade, outras mulheres com conhecimentos aprofundados de obstetrícia, de ginecologia e de pediatria, que eram as mulheres médicas.

Entretanto, a nova cultura obstétrica, como ramo especializado da medicina, difundia-se com rapidez ao longo do século XIX, por via da circulação de ideias que as escolas universitárias, as academias e as associações promoviam. Verificava-se uma preocupação de divulgação num tempo de culto da ciência e da técnica, com a imprensa médica a permitir que as novas concepções chegassem aos pontos mais remotos através da acessibilidade de que se revestia. Uma revista médica portuense – *A Medicina Moderna* – fazia-se eco desta vaga ascendente e exaltante da ciência médica:

A segunda metade do século XIX rasga na história médica um panorama resplandecente, em que a medicina e a cirurgia se disputam a primazia dos progressos em benefício dos enfermos. D'um lado, a medicina, armada de finíssimos meios de investigação physiologica e de experimentação therapeutica, enriquecida com preciosas alfaías fornecidas pelas sciencias auxiliares e esmaltada com a brilhante legião de substâncias medicamentosas, extrahidas umas do reino animal, tiradas outras do reino vegetal e trabalhadas outras, e essas em avultadíssimo número, nos laboratórios chimicos – a medicina, diziamos, está n'um subido grau de aperfeiçoamento, um pouco tolhida talvez pelo somenos cuidado que se costuma votar ás intrincadas questões de pharmacoterapia – a parte mais desprezada na litteratura médica.

D'outro lado, a cirurgia, devendo o seu brilhantismo e credito actual ao fervoroso culto pela trindade que synthetisa as grandes conquistas realizadas – anesthesia, antisepsia, forci-pressura – avança na exploração das mais reconditas regiões do organismo que o genio adivinhativo dos Bichat, a sapiencia analítica dos Sappey e dos Testut e o methodo descriptivo dos Tillaux patentearam francamente à complicada engrenagem dos instrumentos manejados pelos Péan, Lawson, Tait, Billroth.

E não é só lá fora que as sciencias médicas estão n'um contínuo progredir e que a imprensa medica registra o sinuoso traçado do movimento scientifico respectivo²⁰³.

No campo obstétrico, as novas possibilidades do uso do fórceps, as incidências da anestesia, o significado da assepsia e da anti-sepsia, as novas virtualidades da cesariana ou as possibilidades de promover o «parto provocado» eram os principais tópicos de discussão no tempo de viragem do século XIX para o século XX.

O fórceps

Se podemos remontar a invenção do fórceps ao século XVI, como já referimos em capítulo anterior, deve dizer-se que o seu uso era restrito e muito traumatizante para a mulher e para o feto. Há estudos médicos que revelam fotografias de crianças com crânios irremediavelmente deformados pelo uso indiscriminado e inadequado do fórceps. Só no decorrer do século XIX o fórceps ganhou formulações mais eficazes, com relevo para o «fórceps de tracção», de Tarnier (1877).

A discussão das técnicas de manipulação do fórceps surge na Escola Médico-Cirúrgica do Porto como objecto de várias dissertações («acto grande»), em épocas distanciadas entre si, revelando-se como um tema recorrente, que suscita novas abordagens, o que ocorre também em revistas médicas. Se a tese de Júlio da Costa Peixoto – *Do Fórceps* (1861) nos revela um uso ainda débil deste instrumento, já,

²⁰³ O Nosso Jornal. *A Medicina Moderna*, Janeiro de 1894, p.1.

duas dezenas de anos após, a de Júlio Estevão Franchini — *O Forceps e a sua Aplicação na Inércia Primitiva* (1880) se revela perfeitamente actualizada. Aí se discutem, por exemplo, as diversas formas de actuação do fórceps (como instrumento de tracção; por compressão e redução; como alavanca; como estímulo de contracções uterinas) e, sobretudo, aborda-se a polémica entre os defensores do fórceps clássico e o novo modelo de Tarnier, cuja análise comparativa se efectua, bem como se explica o seu funcionamento e se discutem as 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 fórceps de Stephen Tarnier considerado como um importante salto qualitativo.

«O meu fórceps 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 fórceps». Assim se exprimia o célebre médico-parteiro do Porto, Maia Mendes, já em 1907, num artigo²⁰⁴ 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 as consequências mais habituais em resultado da aplicação do fórceps.

A anestesia

«Parirás na dor», 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 anestesador: 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, mostrou-nos essa preocupação de sempre com as dores do parto, para que concorriam superstições, amuletos, talismãs e beberragens descontroladas, numa tentativa para as eliminar ou aliviar²⁰⁵.

Nos meados do século XIX, ocorreram importantes desenvolvimentos da química, que se tornaram decisivos para a construção científica da anestesia,

²⁰⁴MENDES, A. Maia - Protecção aos que Nascem. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1907), p. 24 -33.

realizando-se uma velha aspiração que levou a múltiplas tentativas e experiências ao longo dos tempos. Tentativas de adequação de drogas diversas não faltaram, mas só algumas tiveram desenvolvimentos cientificamente estruturados e aplicações recomendadas. A aplicação do éter surge nos Estados Unidos, por via de um químico que confidenciou a um dentista a descoberta de um medicamento que entorpecia a sensibilidade, efeito logo experimentado na extração de alguns dentes. Esta acção foi publicitada em 1846, propagando-se a notícia de imediato a Inglaterra e depois a França (sendo 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 parece, numa inspiração de momento, quando se viu obrigado a operar uma apresentação 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) foi 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 circunspeção na 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, que levou mesmo à utilização do termo cloroformização como sinónimo de anestesia.

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, em 1848, o lente de partos e médico do Hospital de Santo António, José Sinval²⁰⁶, publicou *Aplicação do clorofórmio em uma parturiente instrumental. 1º caso deste género em Portugal*, numa afirmação de pioneirismo nacional que disputou com Magalhães Coutinho, o qual, em Lisboa, também aplicou, pela mesma altura, o clorofórmio. Se a isto acrescentarmos que um português, Francisco Luís Gomes,

²⁰⁵ COSTA-SACADURA, S.C. da - *No Centenário da Anestesia pelo Éter (1846 -1946)*. Lisboa: 1947. Em apêndice o autor apresenta uma larga bibliografia sobre a anestesia em Portugal.

²⁰⁶ *Gazeta Médica do Porto*, 1848, p. 80-81.

apresentou tese na Universidade de Montpellier, em 11 de Agosto de 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 dia²⁰⁷.

Essa rapidez de transmissão 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 à anestesia em situações de parto, 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 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, diremos hoje uterinas. Mas não faltava quem pensasse que pequenas dosagens de opiácios poderiam ter efeitos analgésicos no parto, problema discutido por António Manuel Pires Moreira na sua tese - *Emprego do Ópio na Prática Obstétrica* (1863).

²⁰⁷Arquivos de História da Medicina. Vol.III, p. 127.

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*²⁰⁸, 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: «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 desenvolvia-se à medida que crescia o conhecimento sobre a 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. Na Escola Médico-Cirúrgica do Porto são várias as teses que abordam a problemática da anestesia. Rómulo Farne Ribeiro revelava já um grande conhecimento da matéria e das disputas teóricas que a este respeito circulavam entre os principais médicos estrangeiros, defendia a possibilidade de a anestesia ser aplicada em todos os partos, mesmo nos normais, sem quaisquer riscos. Formulava, embora, a doutrina de que não havia necessidade de ser utilizada na maioria das situações de parto, dada a inexistência de problemas nos partos normais e por estes serem assistidos por parteiras, «a quem de modo nenhum permitiríamos fazer uso do clorofórmio»²⁰⁹.

²⁰⁸ *Gazeta Médica de Lisboa*. Tomo V (1857), p. 328.

²⁰⁹ RIBEIRO, Farne - *Da Anesthesia em Obstetria*. Porto: 1878, p. 55.

A anestesia tornou-se moda na obstetrícia, por parte dos médicos, mesmo quando nada parecia aconselhá-la. É um facto que sumidades médicas ao nível da obstetrícia aconselhavam este «sono tão doce» (Simpson) em todos os tipos de partos, incluindo os naturais e regulares (salvaguardadas as contra-indicações). 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, de tipo placebo. Era esta uma das posições defendidas, em 1878, por Farme Ribeiro, na sua tese *Da Anesthesia em Obstetrícia*, o qual reconhecia que a anestesia não suprimia as contracções, não exercia acção perigosa sobre a saúde da mãe e do filho, mas não deveria 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 fórceps e cesariana). Era 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»²¹⁰.

Nos finais do século, a anestesia surge como tema que suscita várias dissertações, com novas abordagens. A aplicação de clorofórmio surgia como uma solução defendida e discutida para as dores do parto e para as intervenções operatórias respectivas. Para além das teses já citadas, referenciem-se ainda algumas de Lisboa, que tiveram alguma repercussão na literatura médica da época: José Clemente dos Santos - *O Cloral Durante o Trabalho de Parto* (Lisboa, 1870); 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»²¹¹, embora o éter também tivesse os seus cultores.

A partir de 1890, surgiram na imprensa médica artigos sobre novas formas de anestesia²¹² e, pouco depois, desenvolveram-se teses com base nas novas soluções anestésicas, com relevo para trabalhos sobre a cocaína. Nesta sequência, a imprensa

²¹⁰ RIBEIRO, Farme - *Ob. cit.*, p. 76.

²¹¹ COSTA-SACADURA, S. C. da - *No Centenário da Anestesia pelo Éter (1846 -1946)*. Lisboa: 1947.

médica informava que, já em 1901, através de Cândido de Pinho, se aplicara em Portugal a raquianestesia, a partir de injeções de cocaína, em situações de «extracção manual de feto e numa aplicação de fórceps». Depois Júlio Franchini aplicara estovaína para uma laparatomia.

Em 1911, era Roberto Frias que utilizava, pela primeira vez em Portugal, para efeitos de anestesia local, a novocaína em injeção lombar para uma colpo-perineorrafia, ao que parece, com evidente sucesso. Depois de relatar 43 casos, Roberto Frias 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 de explosão 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 Roberto Frias, numa evidente euforia com o progresso técnico, sem deixar de referenciar algumas contra-indicações²¹³.

Os percursos anestésicos não pararam por aqui. Com o avançar do século XX surgiam 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. Era apenas o culminar das conquistas dos finais do século XIX.

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.

Assepsia e anti-sepsia

Durante muito tempo atribuída a situações extravagantes, a infecção puerperal, designada assim por ocorrer no período de puerpério, tornara-se o horror das parturientes que acorriam aos hospitais, sendo apontada como um dos grandes

²¹² VIEIRA, Lopes – A Anestesia Local pela Cocaína. *Coimbra Médica*, 1890, p. 87.

factores da mortalidade materna, através da expressão imprecisa «febre puerperal», datada dos inícios do século XVIII. Expressa-se por duas formas dominantes: a retenção dos loquios, daí também a designação de *febre loquial*; o transvio do leite, daí a *febre leitosa*. Esta «febre aguda das mulheres paridas» foi um dos males mais persistentes e incontroláveis, «um dos mais terríveis acidentes que se seguem à veneranda prova da maternidade», em relação ao qual pouco se podia fazer, porque não se conseguia compreender o fenómeno. 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 era antiga, típica da divisão entre as correntes essencialista e localista da medicina e constituiu «um verdadeiro cisma entre os naturalistas»: os essencialistas eram incapazes de fixar as alterações produzidas nestas situações e, na linha da atribuição das doenças aos humores, remetiam-na para a sua essencialidade, fornecendo explicações vagas; os localistas, apoiados na anatomia-patológica em desenvolvimento, a partir da observação de cadáveres, defendiam a explicação do problema como uma inflamação do útero.

A discussão arrastou-se durante quase dois séculos, em aproximações sucessivas, embora, nos meados do século XIX, já se admitisse que o problema entre as lesões da puerpera e as de um outro indivíduo operado eram idênticas e se observassem analogias entre a febre puerperal e a febre das operações ou febre traumática, sugerindo-se mesmo que não existia afinal febre puerperal ou febre traumática, mas tão só febre, designações aquelas que só o amor pela teoria da localização podia justificar. São estes os pontos essenciais da dissertação de Figueiredo Magalhães, que vimos seguindo, reveladora da incapacidade explicativa e das insuficiências neste domínio, mas também da preocupação ainda reinante na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, na década de 1860, sobre este problema.

Ao longo do século XIX, alguns autores começaram a identificar 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 contraída por um médico-assistente após

²¹³ FRIAS, Moraes - Sobre Rachianestesia em Obstetrícia. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1912). p.

uma autópsia eram idênticas às das puérperas que morriam da dita febre puerperal, e que esta ocorria com mais frequência nos hospitais 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 e faziam o toque às parturientes sem lavarem as mãos.

Segundo Castiglione, Semmelweis 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. Mas 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 essa denúncia, que radicava a elevada mortalidade na falta de assepsia das condições operatórias, tornou-lhe a vida infeliz, acabando por morrer louco num asilo de alienados.

Em 1857, Tarnier atribuiu a febre puerperal a um germen patogénico. Em 1869, Goze e Feltz, em Estrasburgo, detectaram no sangue de cadáveres de mulheres mortas de febre puerperal um grande número de bactérias mas, em especial, o estreptococo²¹⁴. Finalmente, na década de 1860, Lister, impressionado com a elevada mortalidade após as amputações e tendo em conta as teorias de Pasteur, passou a esterilizar o campo operatório, utilizando várias substâncias antisépticas, fixando depois na vaporização do ácido carbólico não só para o campo operatório como para toda a sala de operações (1865). Seguem-se discussões e experiências variadas, embora só na década de 80 as posições favoráveis à assepsia e à antisepsia tivessem aceitação geral. Passou, então, a praticar-se um conjunto de técnicas simples, evidentes e ao alcance de todos para diminuição da mortalidade²¹⁵, com vista à destruição dos

115 -124 e 135 -138.

²¹⁴ GUIMARÃES, Narciso da Silva - *Algumas Palavras Sobre o Tratamento da Septicemia Puerperal pela Raspagem do Útero*. Porto: dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, 1894, p. 35-37. E ainda MEDEIROS, Pedro Celestino Goulart - *Breves Apontamentos sobre Assepsia e Antisepsia em Obstetrica*. Porto: dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, 1895.

²¹⁵ CASTIGLIONI, Arturo - *História da Medicina*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947, vol. I p. 265-67.

microorganismos na superfície das feridas ou ao emprego de meios que evitem a sua deposição nas mesmas, ou seja, desenvolveram-se técnicas de prevenção.

Estas posições só seriam, pois, 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. Estava 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 obstetrícia»²¹⁶.

Com a aceitação das teorias da infecção purulenta, surgiram 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 suscitava novas dissertações médicas no Porto, sublinhavam-se os cuidados a ter nas operações:

Na prática duma 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 térmicas²¹⁷.

Na campanha pela higienização do acto médico, preconizaram-se ainda as salas operatórias próprias²¹⁸, iluminadas, arejadas, com os móveis apenas estritamente

²¹⁶ PEREIRA, Alexandre de Sousa - *Breves Considerações Sobre Patogenia Microbiótica e Antisepsia*. Porto: 1888. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 26.

²¹⁷ PEREIRA, Alexandre de Sousa - *Ob. cit.*, p. 49.

²¹⁸ Sobre 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».

necessários, as desinfecções regulares, a esterilização 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). Sugeriam-se produtos, produziam-se tabelas de soluções químicas para obter eficácia em diversas situações e fazia-se pedagogia sobre a classe médica, pois não faltavam os que achavam que com todos estes cuidados as atenções se desviavam para o micróbio em desfavor do doente, afinal o objectivo essencial da cirurgia. Descreviam-se experiências sobre os diversos modos de lavagem das mãos e a observação de eventuais culturas bacterianas posteriores a essa lavagem. Difundia-se o emprego da gaze e do algodão esterilizado. E, em 1892, no Porto, já se proclamava 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 *Assepsia e Antisepsia em Cirurgia*.

O desenvolvimento das técnicas anti-sépticas alargou rapidamente 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, apareceram 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»²¹⁹.

PIMENTA, António Coutinho de Araújo - *Assepsia e Antisepsia em Cirurgia*. Porto: 1892. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 70.

²¹⁹SEARA, Aurélio Augusto Rodrigues - *Alimentação da Criança e seus Perigos (breves considerações)*. Porto: 1898. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, p. 96.

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, o que era inelutável face à ausência da anestesia, das práticas anti-sépticas e de outras técnicas como a hemostase. Daí a razão para a cesariana só se efectuar em parturientes já cadáveres, embora haja uma ou outra notícia envolta em lenda sobre casos de sucesso, quando aplicada em parturientes vivas, segundo informações que alguns historiadores da medicina procuraram recolher e sistematizar. Mas as disposições médicas eram claras a este respeito: o médico francês François Mauriceau, em 1668, no seu «*Traité des maladies des femmes grosses et celles que sont nouvellement accouchées*» recomendava que, a não se poderem salvar a vida aos dois, se devia sempre preferir a da mãe à da criança, «por várias razões que todos os bons teólogos» sabiam, razão pela qual nunca se devia empreender a operação cesariana, porque causaria de certeza a morte da mãe; em seu lugar, a mãe deveria ser socorrida por especialistas que, após baptizarem a criança no caso de ainda estar viva, a fariam sair pelas vias ordinárias e naturais, mesmo aos bocados se fossem obrigados a tal para salvar a vida da mãe²²⁰.

Mas a ideia de fazer cesarianas em vida da mãe já surgira no horizonte como uma possibilidade. Assinalando as obras de Rousset que, já em 1581, marcaram os princípios que conduziam à cesariana, Silva Carvalho recorda ainda o célebre português Rodrigues de Castro que, em 1662, publicou em Hamburgo um tratado de medicina, no qual a recomendava para os casos em que não se devia hesitar em salvar o filho e em sacrificar a mãe, salientando que a operação se devia fazer com a mãe ainda viva, pois caso contrário corria-se o risco de recuperar o feto já morto. Rodrigo de Castro enumerava utensílios, pensos, posições, topografia da região, condições para decisão e todo o restante processo cirúrgico, bem como o tratamento farmacêutico consecutivo²²¹. 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 o feto também. De resto, a cesariana ou histerotomia estava geralmente conotada com situações horríveis e raras. Veja-se como Feliciano de Almeida a explica (*Cirurgia Reformada*, 1738):

²²⁰ LEBRUN, François – *Se Soigner Autrefois. Médecins, Saints et Sorciers aux XVIIe et XVIIIe Siècles*. Paris : Éditions du Seuil, 1995, p. 131.

A causa porque se institue operação tão perigosa, he para quando o feto é demasiadamente grande, por cujo respeyto 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” 222.

Não admira assim que as restantes recomendações deste autor para a tomada de decisão relativa à cesariana eram a de que se estivesse a mãe viva e quisesse a operação, assim como o marido e parentes, nessa sequência se lhe deveriam ministrar os 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 sobre a cesariana, em 1816, quando fazia a apologia da sua cadeira obstétrica que facilitava a utilização do fórceps, dada a possibilidade de um assento para o parteiro que uma das tábuas podia constituir²²³. Ao evocar a acção do seu professor Osiander num parto, no qual se esfalfou em 140 tracções com o fórceps, o que o levou à exaustão, tendo de ser substituído por um assistente, que, salvando a mãe, finalmente trouxe a criança viva (embora só sobrevivesse algumas horas). 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 vitimas.

Pelos meados do século XIX, surgiam notícias de cesarianas em que uma ou outra mãe sobrevivia, tanto no estrangeiro como em Portugal, mas ainda se discutia

²²¹CARVALHO, A. Silva - História da Operação Cesareana em Portugal. Separata de *A Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1935.

²²²Feliciano de Almeida, *Cirurgia Reformada*, 1738, cit. por CARVALHO, A. Silva, ob. cit., p. 10.

²²³FRANCO, Justiniano de Mello - Memoria sobre a Descrição, 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, 1827 (apresentada em 1816), p. 22-39.

muito a legitimidade de efectuar esta operação. Em 1864, ainda se afirmava, solenemente, numa tese da Escola Médico-Cirúrgica do Porto: «a operação cesariana só deve praticar-se depois de provada a morte da parturiente»²²⁴. 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»²²⁵.

Mas havia normas, em alguns países, no sentido de obrigar os médicos a praticarem a cesariana em mulheres mortas nos últimos meses de gravidez, como parecia ser o caso de uma lei de 1740 na Sicília. Embora haja notícias (muitas delas inverosímeis) de cesarianas em vida, eram referidas como executadas fora do âmbito médico, praticadas por familiares ou curiosos. Só na década de 1870 a cesariana moderna começou a aplicar-se regularmente em casos de parto distócico, conjugando-se 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 cesariana; 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 das parturientes. 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 Regalo²²⁶.

Segundo investigações de João de Meira, até 1908, a cesariana apenas se teria praticado em Portugal cerca de duas dezenas de vezes²²⁷. Mas o ritmo modificava-se,

²²⁴MAGALHÃES, Francisco Bento Alexandre de Figueiredo - *Breves Considerações sobre a Febre Puerperal Destinadas a Provar que Ela não é Essencial*. Porto: Tese apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. 1864, p. 60.

²²⁵GONÇALVES, José António - *Retroversão do Útero Durante a Prenhez*. Porto: 1867, p. 46.

²²⁶REGALO, José Maria da Fonseca - *Cesariana*. Porto: dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica, 1865.

²²⁷MEYRA, João Monteiro de - *O Parto Cesareo, sua Historia, sua Thecnica, seus Accidentes e Complicações, suas Indicações e Prognostico*. Porto, 1908. LIMA, J. A. Pires de - *A Operação Cesariana em Portugal antes do século XIX. Arquivos de História da Medicina Portuguesa*, 1914, p. 184 -195.

ainda que moderadamente, com o dealbar do século XX. Mostrando-se contra a sinfisiotomia ou o procedimento alternativo - a hebotomia (corte da arcada púbica ao lado da sínfise) - que médicos de Lisboa como Alfredo da Costa e Costa-Sacadura preconizavam num Congresso de Medicina, o médico-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 morrerá por já vir infectada e em estado desesperado para o hospital. E, no seu típico estilo didáctico, traçava o quadro aconselhável, num artigo da *Gazeta dos Hospitais do Porto*:

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 fazer a versão: como se há-de tirar o feto vivo e viável? Responde-se: - Pela operação cesariana conservadora²²⁸.

Pouco depois, outro médico do Porto, Morais Frias, publicava na mesma revista «Um caso de operação cesareana sob raquianestesia»²²⁹, revelando a crescente actualização neste domínio.

O parto provocado

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 defesa, 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, ou seja, completar o tempo habitual²³⁰.

Mas o acompanhamento clínico da gravidez permitia detectar anomalias de diversos tipos, passando alguns médicos a defenderem uma 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

²²⁸MENDES, A. Maia - Um Problema de Partos. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1909, p. 281-284.

²²⁹FRIAS, Manuel Morais - Um Caso de Operação Cesareana sob Raquianestesia. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1911, p. 195.

²³⁰RIBEIRO, 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

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 assumiam formas diversas. A solução farmacológica era uma delas. Por exemplo, a dissertação de Augusto Domingues de Araújo, *A Cravagem do Centeio - Acção Physiologica e Emprego Therapêutico*, apresentada em 1880, mostra-nos como já era habitual a prática da utilização de pequeníssimas quantidades daquele produto para uso obstétrico, afinal um produto muito usado nos meios populares, que passou a ter utilização nas novas práticas médicas, através de estudos minuciosos sobre os seus efeitos e posologias, 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 deste produto, que remontava ao século XVII, nomeadamente nos efeitos de provocar contracções uterinas, sendo conhecido pelas suas funções abortivas como «pó do parto», mas vindo também a ter depois uma aplicação terapêutica muito alargada, nomeadamente nas hemorragias de diverso tipo, dados os seus efeitos hemostáticos. Nos finais do século XIX, a sua apresentação farmacológica (ergotina, retirada da cravagem) já surgia sobre três formas de administração - «via gástrica, injeção hipodérmica e injeção intersticial». No campo da obstetria, as aplicações da ergotina eram, pois utilizadas, tanto em situações de hemorragias, quer puerperais, quer consecutivas ao aborto, ou em situações de morbidez uterina (pólipos, fibromas, molas, etc.), quer nas designadas «inércias primitivas como meio expulsor do produto da concepção». Nesta última aplicação havia, contudo, grandes discussões sobre eventuais efeitos no feto, devendo verificar-se determinadas graduações e condições (por exemplo, que não existissem obstáculos à expulsão do feto, pois um excesso de contracções uterinas poderia provocar compressões graves no feto).

Em 1894, a dissertação de Eduardo Maia, intitulada *O Parto Prematuro Artificial*, sistematizava toda esta problemática, cujas primeiras iniciativas, para obviar a situações de aperto da bacia, remetia 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, tendo o governo «de intervir para moderar o furor operatório dos seus médicos». 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 de Março de 1837, um médico português, João Joaquim Figueira, natural da Madeira, defendeu em Montpellier a tese *Étude de l'Accouchement Prématuré Artificiel*²³¹.

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 mínimo viável para a sobrevivência da criança, contando com a acção das «criadeiras» (incubadoras), bem como um quadro das patologias que o justificavam. 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 materna nestas situações: «em Viena e Paris não se perde hoje uma só mulher em que se pratique o parto prematuro artificial». No que se referia ao filho, surgiram as criadeiras ou incubadoras com a função 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, constituindo um 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.

²³¹Arquivos de História da Medicina, Vol. III, 1888-89, p.170.

As dissertações da Escola Médico-Cirúrgica do Porto

Ao longo das páginas anteriores, temos vindo a fazer referência às teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto como um dos pontos de apoio para apreendermos a nova cultura obstétrica que se desenvolveu a partir dos meados do século XIX, nas suas repercussões sobre a formação médica ministrada nesta cidade. A tese, também designada por «dissertação inaugural» ou «acto grande», era um trabalho de aluno-finalista que, desde a criação da Real Escola de Cirurgia, em 1825, precisava da sua apresentação pública para ter direito ao diploma que lhe conferia a licença profissional. Não são trabalhos de investigação e inovação, mas sim trabalhos de recensão que deveriam conter explanações temáticas para serem arguidas publicamente perante o júri docente designado pelo Conselho Escolar. Essa característica de recensão faz destas dissertações verdadeiros indicadores da difusão da cultura médica então dominante, revelando o nível de formação actualizada com que os alunos entravam na vida profissional. Naturalmente, a dinâmica da cultura obstétrica não se quedava por estes trabalhos escolares, sendo muito mais interessantes os pequenos artigos disseminados pelas revistas médicas da autoria de profissionais consagrados.

Tendo como apoio inicial um catálogo²³² das teses inserto no Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto para o ano de 1907-1908, procedemos a um levantamento das teses desta Escola Médica, com vista à equação de temas obstétricos, das quais fotocopiámos as que nos pareceram mais interessantes, algumas das quais temos vindo a utilizar. Só foi possível conhecer sistematicamente os títulos a partir de 1863 numa série que se prolongou até 1908 (antes desses períodos só são conhecidos escassos títulos para 213 teses, de cuja maioria só se sabe o nome do autor). Ainda assim, e tendo em conta estas lacunas, mas considerando as 1325 dissertações inaugurais que fazem o cômputo total desde 1827 a 1908, podemos classificar 190 como tratando temas ligados ao parto ou estreitamente conexiões com ele, como são as relativas a afecções ginecológicas ou problemas de recém-nascidos. A gradação quantitativa desta produção torna-se visível no Quadro VI, que, ao registar o número total de teses apresentadas, nos dá também o número de médicos, permitindo-nos

²³² *Catálogo das Theses Defendidas na Escola Médica do Porto desde 6 d'Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908. Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Ano lectivo 1907-1908.* Porto, 1909, p. 189-255.

ainda avaliar o peso relativo da temática obstétrica (por defeito, dado desconhecerem-se muitos dos títulos mais antigos).

Quadro VI – Escola Médico Cirúrgica do Porto: «actos grandes» e temáticas obstétricas, 1827-1908

Anos	Actos Grandes - totais	Temática Obstétrica	% do Total
1827-1829	10	?	?
1830-1839	31	?	?
1840-1849	86	?	?
1850-1859	36	7*	19,4*
1860-1869	126	28*	22,2*
1870-1879	157	17	10,8
1880-1889	202	30	14,9
1890-1899	306	54	17,6
1900-1908	371	54	14,6
Totais	1325	190	14,3

*São poucos os títulos conhecidos para estes períodos (até 1863).

Dado que a Escola formava apenas clínicos gerais, a temática das teses não corresponde a uma especialidade precisa, mas tão só a uma preferência dos seus autores. Assim, muitos dos médicos que inicialmente optaram por apresentar outras temáticas para dissertações acabaram por ter de executar partos e serviços afins no decorrer da sua prática clínica. De qualquer modo, a obstetria atraía, ao nível do final do curso, cerca de 14% dos médicos formados, que depois se espalhavam pelo país, a maioria pelo Norte de Portugal. Se, na década de 1860, a média anual de teses obstétricas era inferior a 3, na década de 1890 essa média era já superior a cinco, saltando para 6,75 nos oito anos dos inícios do século XX. Revela-se, assim, em números absolutos, uma apetência crescente pela temática obstétrica, a que não serão estranhas as conquistas técnico-científicas que se iam alcançando.

Neste conglomerado das 190 teses de temática obstétrica, quais são os tópicos mais abordados? Uma breve categorização a partir dos títulos permite uma distribuição de frequências dos sub-temas que nos revela os principais problemas abordados no âmbito das teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (Quadro VII).

Assim, as problemáticas ligadas à gravidez, parto, puerpério e primeira infância surgiam como as mais tratadas (no conjunto, chamam a si 62,1% dos títulos das

teses), revelando uma aproximação que o termo de puericultura, então emergente, pretendia abranger. Os aspectos ginecológicos mereciam também a focalização dos jovens médicos, numa época em que o pudor feminino se desvanecia ante a possibilidade de cura de múltiplos problemas. O sistema reprodutor concentrava, cada vez mais, múltiplas abordagens clínicas, começando a tomar forma uma cadeia de cuidados em torno da mulher e das suas funções de maternidade, o que revelava a superação das representações tradicionais sobre o parto natural, assumindo-se agora a possibilidade de uma intervenção humana mais profícua.

Quadro VII – Escola Médico-Cirúrgica do Porto: tópicos de abordagem nas teses de temática obstétrica (1850-1908).

Sub-temas	Nº de teses	%
Aborto/aborto terapêutico	8	4,2
Anestesia	12	6,3
Assepsia	4	2,1
Auscultação fetal	2	1,1
Cesariana	1	0,5
Fecundação	1	0,5
Fôrceps	3	1,6
Ginecologia	41	21,6
Gravidez	26	13,7
Parto/ pós-parto	51	26,8
Primeira Infância	27	14,2
Problemas puerperais	14	7,4
Totais	190	100,0

É este tipo de «cadeia de cuidados» que uma jovem médica da Escola do Porto já mostrava ter apreendido em 11 de Julho de 1892, quando apresentava à discussão uma das melhores dissertações ali existentes de temática obstétrica, que nos fornece uma ideia precisa sobre o que deveria ser o parto devidamente assistido nessa época. Falámos de Maria Paes Moreira, com a tese *Higiene da Gravidez e do Parto*. Perante o esquecimento da anti-sepsia em Portugal, a médica-parteira debruçava-se sobre a higiene a ter perante o processo de maternidade, assumindo como princípio que «na arte dos partos a ciência de prevenir é bem mais eficaz que a de curar»²³³. A tese constituía uma sensibilização no sentido de se evitar a infecção puerperal, cuja superação histórica descrevia, desde as experiências de Semmelweiss, aos resultados obtidos com as práticas anti-sépticas em diversos hospitais europeus cujas taxas de mortalidade materna, em consequência, desceram drasticamente. Remetia, assim, a

²³³ MOREIRA, Maria Paes – *Higiene da Gravidez e do Parto*. Porto: 1892, p. 2.

responsabilidade das febres puerperais para as intervenções dos médicos e das parteiras e para a falta de higienização hospitalar, que considerava, respectivamente, como agentes e meio de propagação das infecções. A sua tese, estruturada em três partes, configurava-se como um verdadeiro manual para os cuidados higiénicos da gravidez e do parto.

Na primeira parte, tratou da anti-sepsia obstétrica: abordou os vários tipos de anti-sépticos disponíveis, o seu papel, os efeitos, as posologias indicadas e as condições de aplicação, numa preocupação de «luta permanente contra a invasão dos micróbios». Discutiu e incentivou a anti-sepsia do parteiro: «infringir, no estado actual da ciência, as regras da anti-sepsia é um verdadeiro crime», defendendo a especialização médica na obstetrícia, como forma de evitar contágios e agentes de transmissão; abordou a necessidade de anti-sepsia sobre «arsenal obstétrico», ou seja, sobre o instrumental de intervenção (ferros, agulhas, irrigadores) e de apoio (recipientes, esponjas, tesouras), colocando-o em água a ferver ou passando-o pela chama do álcool e mergulhando-o a seguir numa solução anti-séptica, não iludindo a ironia dos colegas que falavam sibilinamente destes actos como de «cerimónias de culto»²³⁴.

O título da segunda parte é «Da higiene durante a gravidez». Maria Pais Moreira, que, de passagem, condenava o aborto artificial por razões morais e higiénicas, fazia o elogio da mulher que assumia a maternidade, mas responsabilizava-a no sentido de empregar todos os esforços para não comprometer a sua gravidez. Recomendava cuidados praticamente durante toda a gestação, de forma a evitar problemas, o que, em várias situações, só seria possível com observações atempadas. Para isso, aconselhava o acompanhamento clínico, insistindo numa falta de hábito das mulheres portuguesas: «a mulher, que tenha uma pessoa instruída para a aconselhar durante a prenhez e assistir-lhe ao parto e que a examine durante os últimos meses da gravidez, pode, por este facto, pôr-se em condições tão boas quanto possível para prevenir terríveis complicações. Certamente a mulher não poderá evitar muitas das complicações: mas o parteiro, tendo conhecimento d'ellas, pode mais facilmente preveni-las». Para o desenvolvimento de uma gravidez saudável, desfiava depois uma série de regras para a higiene corporal da mulher grávida, desde a limpeza dos seios, ao vestuário, aos banhos, alertando para patologias paralelas à gravidez, para os

²³⁴ MOREIRA, Maria Paes – *Ob. cit.*, p. 21-70.

efeitos nefastos de viagens, de alguns tratamentos médicos ou de intervenções cirúrgicas²³⁵.

A terceira parte, finalmente, trata da higiene do parto²³⁶. Apresenta as condições desejáveis quanto a instalações (quarto, cama, iluminação, etc.) e os vários preparativos de higienização com elas relacionadas. Indica minuciosamente as várias operações a desenvolver à medida que surgem as várias fases do parto: dilatação, expulsão, recepção do recém-nascido, dequitação, o «sobreparto». Por fim, diga-se que é uma das poucas teses que apresenta uma listagem bibliográfica, com cerca de 30 títulos, entre livros e publicações periódicas, sobre a qual se apoiou para prescrever as suas medidas de higiene que constituem uma verdadeira fórmula de *educação para a saúde*, para usarmos a terminologia actual.

Importa, ainda, citar os aparelhos e medicamentos considerados indispensáveis para uma intervenção eficaz por Maria Pais Moreira, constituindo aquilo que ela achava dever constituir o «arsenal obstétrico» de todo a parteira ou parteiro e compará-la com uma 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 de 1860 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, os objectos que, segundo Maria Pais Moreira, «mais precisos que têm de servir ou estar de prevenção» são:

- 1) Um estetoscópio obstétrico para auscultação dos ruídos fetais;
- 2) Uma seringa para esvaziamento do recto;
- 3) Algodão anti-séptico;
- 4) Irrigador e cânulas 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;

²³⁵ MOREIRA, Maria Paes – *Ob. cit.*, p. 73 -151.

²³⁶ MOREIRA, Maria Paes – *Ob. cit.*, p. 153 -189.

- 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 anti-séptica 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 (cocaína);
- 4) Os ecbólicos 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).

A listagem impressiona em si mesma, pela panóplia de materiais de que o médico-parteiro se deveria munir e aprender a usar, mas a maioria desses instrumentos ou fármacos estavam vedados ao uso da parteira. Novos equipamentos e novas atitudes no campo da assepsia e anti-sepia era o que agora se exigia, como via para se ultrapassarem as fórmulas primitivas que tinham o condão de transformar muitos partos normais em situações patológicas e trágicas. Neste contexto de modernidade médica, a tradicional função de parteira surge cada vez mais isolada, não dispondo já de respostas para muitas das solicitações levantadas por mulheres em situação de maternidade, surgindo como uma solução pobre e de recurso para quem não tinha acesso a outros protagonistas das artes médicas, mais ao serviço das elites. Com o desfiar do século XX chegava um novo tempo para mais uma reconfiguração dos saberes da parteira e, logicamente, da sua formação, no jogo de novos posicionamentos dos poderes sanitários.

CONSIDERAÇÕES GERAIS DA 1ª PARTE

O desenvolvimento de práticas de cuidados em torno da maternidade, tendo como fenómeno central o parto, deu lugar à criação de um espaço social de qualificação de saberes que se corporizaram durante largo tempo na actividade de parteira, conferindo-lhe um lugar profissional.

Trabalhando essencialmente com as mãos na ajuda que prestava à parturiente, a parteira, na hierarquia do trabalho medieval, foi identificada corporativamente no âmbito das artes mecânicas (ofícios), por oposição às artes liberais (intelectuais), numa sociedade que se representava a si mesma a partir da «distinção entre corpo e alma, cabeça e mão», como assinala Maria Cristina Rocha a propósito dos farmacêuticos²³⁷. E, tal como os farmacêuticos, também o percurso da actividade da parteira se confrontou com a «construção da sociedade letrada» e as suas novas formas de organização e racionalidade, nomeadamente as que se observaram no seio das artes médicas e das artes de curar, regionalidades do saber e do saber-fazer que desenvolveram processos conflituais de convergência²³⁸.

Nesse processo de confronto, a que subjaz a emergência de novos ordenamentos da área sanitária em que se inscrevia a sua actividade, a parteira acabou por se transformar, ao longo do tempo, numa entidade simultaneamente combatida (por serviços condenados, onde sobressaía o aborto, ou por reconhecida incapacidade de resposta às complicações obstétricas) e desejada (pelo serviço de assistência prestado), em relação à qual se pedia essencialmente subordinação. Este objectivo de subordinação, expresso pelo controlo de entidades exógenas (cirurgiões, igreja, poder político), ganhou visibilidade na fórmula regimental associada ao ordenamento do seu ofício, que impunha exame certificado (carta), juramento e atribuição de licença para o exercício da actividade, num ritual que significava integração nos ofícios de arte de curar, com as inerentes restrições.

O parto não era apenas a expressão de um acto fisiológico de dimensão individual, mas assumia uma forte carga de interesse público que se exprimia de

²³⁷ ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles da – *Da Oficina à Universidade: Continuidades e Mudanças na Construção da Profissão Farmacêutica*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, dissertação de doutoramento, 1999, p. 54 -57 e 144 -149.

²³⁸ DUBAR, Claude – *La Socialisation. Construction des Identités Sociales et Professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991, p. 131-151.

diversas formas, consoante os contextos históricos. Por outro lado, ao nível individual, o parto, bem como todo o processo de gravidez que lhe é inerente, não é um acto fisiológico vulgar nem rotineiro ganhando dimensões complexas (embora só gradualmente reconhecidas) que arrastam perturbações e podem trazer patologias. Por estas razões, crescentemente, o parto deixou de ser um assunto de gineceu para se plasmar como acontecimento de referência no meio social, quer na perspectiva da salvação dos corpos, quer na da salvação das almas. E os vários círculos sociais interessam-se não só pelo parto em si, mas também pela parturiente e pelo recém-nascido, de que o parto é apenas o momento do calendário reprodutivo marcado para a separação biológica, um acontecimento que urge ultrapassar de forma satisfatória nas suas eventuais consequências, acompanhando clinicamente o designado «trabalho de parto». A família, a comunidade (ou grupos no interior da comunidade), a Igreja, o Estado, em comunhão ou mesmo em conflitualidade, cercam esse cenário de «trabalho de parto» e os seus protagonistas, para que tudo possa decorrer de acordo com as normas vigentes e não ocorram desvios que, ainda que puníveis por lei, podem trazer perdas sociais ou sofrimento para o círculo restrito inerente à reprodução (tais como o aborto, perigo de vida para a parturiente ou recém-nascido, transvio deste, que era habitual sob a forma de exposição ou enjeitamento).

Estas escassas linhas circunscrevem um processo histórico inerente a toda a civilização ocidental, que apostou na valorização do homem, quantitativa e qualitativamente, sobretudo, à medida que a sociedade se urbanizou e a troca substituiu a guerra. A emergência dos sistemas sanitários respondeu a essa necessidade inicial de articular saberes e poderes, de introduzir um ordenamento no sentido de melhor prevenir as perdas humanas a que os ciclos epidémicos emprestavam configurações de catástrofe humanitária. Aos poucos, esses sistemas foram cercando quase tudo o que era do domínio do biológico, no sentido de preservar as situações de equilíbrio no domínio da saúde, num processo de controlo que não deriva apenas de racionalidade mas também do imiscuir de interesses profissionais. Mas as questões da reprodução populacional não fogem a essa vontade de controlar, com a higiene e a medicalização a surgirem como estratégias da biopolítica, na acepção que Michel Foucault confere a este conceito.

Neste contexto, a actividade de parteira tinha de ser circunscrita e qualificada. E foi, quer nos principais países europeus, quer em Portugal, que seguia aqueles com reconhecido atraso. Examinar, circunscrever, rodear, vigiar, eis formas de expressão

para esse desejo de exigir competência à parteira, de a colocar ao serviço da biopolítica, transmitindo-lhe uma mensagem de «como fazer» ou «dever ser». Como na Europa, em Portugal, as primeiras fórmulas dessa mensagem para a parteira tinham o formato das prescrições regimentais: exigir-lhe comportamento moral compatível com as normas sociais dominantes, examinar-lhe o saber pelos padrões do costume como condição para a atribuição de carta, condicionar-lhe o exercício de actividade através de licença, estabelecer-lhe limitações no seu campo de acção e apontar-lhe a hierarquia para recorrer, fazê-la jurar sobre os livros sagrados o cumprimento das normas impostas, penalizá-la pelas infracções.

As exigências num primeiro tempo eram, sobretudo, do domínio da moral. No campo da formação, tudo se deixava ao informalismo das relações do companheirismo corporativo. O saber adquiria-se segundo os usos e costume, aprendia-se a fazer vendo fazer, seguindo as práticas de aprendiz de ofício perante mestres experimentados, segundo o modelo das corporações. Assim, acontecia com as parteiras nos tempos das artes mecânicas, tirocinando no ofício junto das «mestres velhas», num processo em que o saber se adquiria pelo trabalho, sem activar capacidades enunciativas, ou seja, sem articular saberes teóricos. Processo idêntico se verificava nas outras artes de curar, cobertas elas também pelas prescrições regimentais. Mas estes regimentos traziam já consigo o gérmen da modernidade, o princípio da centralidade, que atribuía a um centro, junto do poder político absoluto, o direito de desenhar, atribuir e julgar a aplicação do «dever ser» aos protagonistas das artes de curar.

No quotidiano, a parteira, simples «curiosa» ou examinada (a diferença era mínima, na perspectiva do saber-fazer, que não da legitimidade oficial para exercer) via-se, entretanto, manietada pelo posicionamentos de conquista de um território profissional por parte de cirurgiões, não obstante estes desconhecerem ainda soluções obstétricas que contornassem as complicações da natureza, para as quais eram obrigatoriamente chamados. Mas a afinidade de sexo e a ignorância dos cirurgiões conjugavam-se para assegurar às parteiras o controlo da sua área de actividade e aplicar os seus saberes práticos.

Porém, pelos meados do século XVIII, os «saberes segundo o costume» de parteiras, cirurgiões e demais artes de curar, na medida em que não realizavam os objectivos da biopolítica, foram considerados obsoletos pela irrupção de uma nova forma de olhar a realidade, de uma ciência moderna, que trazia consigo um novo

discurso, ou seja, uma capacidade de enunciar novas representações e de (re)construir o real. Cartesiana e experimentalista, esta nova ciência reconfigurou a medicina, deu-lhe outra capacidade de intervenção, obrigou-a a centrar-se exclusivamente sobre o corpo e a apreender a sua realidade física e química, agilizou a relação medicina-cirurgia, conferiu novos contornos ao sistema sanitário e à preparação dos seus agentes. Uma das valências que experimentou um grande desenvolvimento, na conjugação de diversas descobertas e aproveitamentos de outras áreas científicas, foi precisamente a obstetrícia.

É este novo contexto que explica a responsabilidade do sistema sanitário na atribuição de um novo «saber» à parteira, no sentido de lhe conferir novas capacidades para «saber-fazer», sob a pressão dos novos intelectuais das «luzes», de sábios iluminados pelas ideais do racionalismo emergente e da nova medicina, socialmente mais convincente. As primeiras versões deste processo de transmissão de um saber com origem exógena (médica) chegam sobre a forma de «instruções» ou cartilhas elementares que levantam problemas e aduzem respostas, para as parteiras que saibam ler ou saibam ouvir quem possa ler. Depois, à medida que surgem os novos hospitais, pautados pelas rotinas dos novos médicos, as parteiras deveriam desenvolver a sua aprendizagem prática junto dos cirurgiões, em estreita dependência dos clínicos, vislumbrando ainda alguns princípios de anatomia. A actividade de parteira vê-se, no longo prazo, perante um claro processo de desqualificação dos seus saberes e modalidades de acção, seguido de outro processo de requalificação²³⁹ que introduzem novas formas de interpretar e de actuar sobre a realidade circunscrita que é a sua área de intervenção, o qual passa a ser implementado por um novo modelo de formação baseado nos «cursos de partos».

Mas foi só com o século XIX, em 1836, que, em Portugal, se operacionalizaram soluções que, em países estrangeiros (caso da França) já vinham do século XVIII. As novas parteiras faziam cursos de partos, como saber inicial, sob forma escolar, com componente teórica na Escola e componente prática na enfermaria hospitalar. Estes cursos menores, organizados pela Universidade e Escolas médicas como cursos anexos, só ganharam frequência significativa na segunda metade do século XIX, quando as descobertas médicas permitiram consolidar o saber obstétrico e ganharam evidência técnicas e procedimentos que, efectivamente, ajudaram a diminuir

drasticamente a mortalidade materna e neo-natal. Tais cursos, pontualmente ajustados, introduziriam as jovens candidatas a parteiras na nova cultura obstétrica, mantendo embora todo o tipo de limitações que vinham de antigamente. Para elas, como para todos os médicos, as referências a assepsia e a anti-sepsia passaram a ser palavras de ordem, um combate higienista que só por si garantia um maior número de vidas na nova forma pasteuriana de encarar a realidade na sua dimensão invisível.

Mas, no meio 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 teria uma formação reduzida, especialmente preparada para ela, excluída das aulas de partos destinadas aos médicos. Sob pretexto de falta de requisitos que o poder médico não lhe exigia, abreviar matéria teórica, sonhando novidades científicas reservadas só 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 estruturar o modelo de formação das parteiras, de forma a garantir a docilização e a dependência perante o poder médico. 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.

Com efeito, a nova cultura obstétrica radicava também sobre outras formas de intervenção, soluções instrumentais (novas formas de fórceps, cesariana) ou farmacológicas (anestesia, parto provocado) às quais não era permitido o alcance da parteira que, assim, ficava, cada vez mais, distante das capacidades científicas que o médico-parteiro, brevemente médico-puericultor, poderia exercitar. A parteira submetia-se, assim, aos planos de paramedicalização que o poder médico desenvolveu para enquadrar todas as outras actividades que se desenrolavam no campo da saúde.

Perante as novas conquistas científicas no domínio da obstetrícia dos finais do século XIX e inícios do século XX, chegava o tempo de os formadores de parteiras lhes apontarem um novo caminho profissional, começando a incluir na estrutura curricular do curso preocupações de enfermagem, indicando uma convergência que os próprios médicos se vão encarregar de instituir.

²³⁹ DUBAR, Claude – *La Socialisation. Construction des Identités Sociales et Professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991, p. 160 -166.

Sem autonomia, com uma tradição de dependência do cirurgião, com restrições de intervenção instrumental e de prescrição farmacológica, impossibilitadas de organizarem e construir o seu próprio poder/saber, as parteiras apresentam-se no final do século com uma formação clínica de tipo residual, rodeadas pelas suspeições de sempre, indagando novos caminhos.

Esses caminhos teriam de passar, necessariamente, pelo reconhecimento profissional dos médicos e da supremacia do seu poder na área dos cuidados de saúde. Segundo Jacques Saliba, o médico apropriou-se de um território, produziu e monopolizou um saber esotérico, de forma tal que o controlo da sua autonomia profissional, da sua independência e do monopólio passou a ser garantido pelo Estado, que assegurou a exclusão de «profanos»²⁴⁰. Naturalmente que a emergência do poder médico foi um elemento integrante dos processos de profissionalização que integraram a modernidade, nos esforços de racionalização para dominar o mundo através da técnica, da previsão e do cálculo, isto é, na imagem weberiana, para a sua «intelectualização e desencantamento», nos quadros da divisão do trabalho e da organização burocrática da sociedade que conferiam uma legitimidade tecnocientífica. Por todas estas razões, por estar estruturalmente dependente do poder médico e cirúrgico desde os tempos medievais, ocupando um lugar que, sendo inicialmente dela, passou a ser-lhe atribuído, o percurso profissional e formativo da parteira é indissociável da história da afirmação médica e da sua conflitualidade interna e externa.

²⁴⁰ SALIBA, Jacques - Les Paradigmes des Professions de Santé. AIACH, Pierre; FASSIN, Didier - *Les Métiers de Santé : Enjeux de Pouvoir et Quête de Legitimité*. Paris: Anthropos, 1994. p. 50-51.

2ª PARTE

A ENFERMEIRA-PARTEIRA

Formação para um novo paradigma sanitário

O Papel Social da Parteira

Nasceu a mulher para ser mãe e, sob o ponto de vista moral, nenhuma missão mais nobre do que essa, porque o seu papel não acaba quando dá à luz [...] Para a auxiliar no partejamento, ministrando-lhe os socorros necessários [...] recorre em geral à parteira que, se possuísse noções nítidas dos seus deveres, uma educação profissional completa e a consciência do papel social que lhe incumbe, inestimáveis serviços poderia prestar à colectividade.

De facto, quem melhor do que ela poderia vigiar a higiene da gravidez, assistir ao parto como enfermeira inteligente, rodeando o útero dos cuidados de que tanto carece, guiar a mãe na higiene da primeira infância, nas regras essenciais da amamentação ou da alimentação artificial, etc.?

Quem melhor do que ela poderia transformar-se num elemento vivo de propaganda da higiene e da puericultura?

Exercendo a sua missão como um sacerdócio, quem mais do que ela poderia prestar à Pátria e à Humanidade relevantes serviços no combate à despopulação pelo aborto criminoso, tornando-se digna do respeito e da simpatia dos médicos e concorrendo com eles para a obtenção desta dupla finalidade: conservar o indivíduo e conservar a espécie?

Se é nobre a profissão de enfermeira, a de parteira (enfermeira também afinal) muito mais nobre é ainda, muito mais elevada pela alta missão que lhe cabe desempenhar no largo período que vai desde a gestação ao parto, desde o parto ao fim da primeira infância.

Por isso mesmo se à enfermeira se deve exigir uma certa cultura de ordem geral, à enfermeira-parteira maior bagagem profissional é indispensável, pois que a sua acção deve estender-se, numa assistência persistente e inteligente, desde o início da gravidez até ao fim da primeira infância. Assim, além dos seus conhecimentos de enfermagem geral, deve ter uma boa aprendizagem obstétrica e noções profundas de puericultura ante-natal e pós-natal. Tem de exercer a sua profissão como um sacerdócio, ensinando, educando pela palavra e pelo exemplo.

COSTA-SACADURA – *O Papel Social da Parteira*. Lisboa: 1933, p. 5-6.

O alvorecer do século XX trouxe consigo um novo paradigma sanitário de cuidados integrados ao qual se ajustou gradualmente a actividade de parteira. Em consequência das novas perspectivas sanitárias, a formação que passou a ser exigida para o exercício da actividade sofreu sucessivos ajustamentos, apontando para um novo perfil. Na reorganização de poderes e saberes inerentes ao campo sanitário e consequente redistribuição de papéis, a nova profissional passou a configurar-se cumulativamente como enfermeira e parteira, assumindo a designação de «enfermeira-parteira».

A epígrafe acima utilizada, retirada de uma conferência realizada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Lisboa, Novembro de 1933), ajuda a apreender, de uma forma mais clara, o novo quadro ordenador que começou a implementar-se desde os finais

da segunda década do século XX. Revela, simultaneamente, a ambição de atribuir alguns novos papéis à parteira, desenhando, num registo condicional, um modelo idealizado e marcado por traços de dinamismo e de intervenção, defendendo novas competências, colocando uma ênfase especial no seu papel moral, enquanto elemento de educação geral pelo exemplo da sua acção. Defende uma nova qualificação da respectiva área de cuidados, entendidos estes como contributos para concretizar os objectivos gerais de «conservar o indivíduo e conservar a espécie». Essa qualificação passaria pela clarificação dos «deveres», por uma «educação profissional completa» e pela «consciência do papel social», trilogia que aparece assim como condição para uma nova moldura da actividade da parteira e que podemos traduzir para três valências formativas: deontologia, aprofundamento científico e empenho profissional. E ao nível das funções, a sua acção, enquadrada pelos princípios da puericultura, seria sentida em três vertentes:

- Mãe: prestando cuidados na gravidez, no parto, no puerpério e ao recém-nascido;
- Comunidade: através da propaganda da higiene e da puericultura;
- Pátria e Humanidade: combatendo a «despopulação pelo aborto criminoso».

Ou seja, a acção desejável da parteira não poderia ser neutra, numa preocupação exclusivamente técnica do domínio obstétrico, mas implicaria o envolvimento, a militância e a função de propaganda em diferentes domínios distantes entre si, pois iriam desde preocupações de saúde (obstetrícia) até ao domínio político (combate à despopulação),

Na valorização do discurso inscrito na epígrafe, não podemos esquecer que estamos perante as palavras de Costa-Sacadura¹, um obstetra determinante no

¹ Sebastião Cabral da Costa-Sacadura, nascido em Mangualde em 1872, formou-se em 1898 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, desenvolvendo uma longa e diversificada carreira médica, cujos pormenores não cabe aqui enunciar. Discípulo de Alfredo da Costa, foi cirurgião de banco no Hospital de S. José e, desde 1903, professor de clínica obstétrica na Escola Médico-Cirúrgica (depois Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Em 1 de Julho de 1902, abriu no Hospital de S. José uma consulta externa de grávidas e crianças recém-nascidas que apresentava como «a primeira consulta pré-natal em Portugal». Desde 1907, enquanto Inspector Sanitário Escolar, realizou várias visitas de estudo ao estrangeiro para analisar os progressos realizados em Higiene Escolar, Pedologia, Museus de Higiene, Maternidades e Consultas a Recém-nascidos, Obstetrícia, etc, correndo os principais países europeus. Na década de 1920, pela sua ligação à criação das maternidades, foi nomeado para múltiplas missões de estudo com o fim de conhecer os últimos desenvolvimentos nessa área hospitalar e na obstetrícia (em Espanha, França, Itália, Suíça, Bélgica, Alemanha, Hungria, Suíça, Áustria). Em 1927, assumiu a direcção da Enfermaria Magalhães Coutinho, para no ano seguinte, como encarregado de organizar os serviços de Obstetrícia e Puericultura do Hospital, transformar aquela Enfermaria em Maternidade Magalhães Coutinho. Desde 1914, que passou a integrar a comissão para a criação da Maternidade Alfredo da Costa e depois (1931) para a sua comissão directora. Foi nomeado, em 1918,

ordenamento do sector durante as primeiras quatro décadas do século XX, em Lisboa, professor e responsável por escolas de enfermagem e de cursos de parteiras, que, assim, nos fornece um conjunto de representações sobre os novos posicionamentos institucionais relativos à problemática em questão. Estamos, pois, perante a proposta de uma nova e profunda reconfiguração profissional que alteraria substancialmente o campo de intervenção da parteira, apontando novos limites de acção, novos focos de atenção, novo posicionamento profissional.

Se, na essência e na tradição, a focalização da parteira recaía essencialmente sobre o trabalho de parto, agora pretendia alargar-se o seu campo de acção, destinando-se-lhe o acompanhamento da higiene da gravidez, a assistência no momento do parto, a higiene da primeira infância, nomeadamente a instrução sobre regras de amamentação ou de alimentação artificial, isto é, preconizava-se-lhe uma assistência na perspectiva veiculada pelo conceito de puericultura. E procurava-se torná-la uma propagandista das novas posições médicas e sanitárias num posicionamento natalista, ou seja, uma militante contra as diversas fórmulas de neomalthusianismo. A preparação da parteira para o combate ao aborto dito «criminoso» (isto é, voluntário) tornava-se também um novo objecto formativo e profissional (que era incluído explicitamente em tópicos gerais do currículo, como se verá adiante), devendo ela encarar a sua actividade como uma «sacerdócio», isto é, «ensinando, educando pela palavra e pelo exemplo». Devia, pois, comportar-se como um modelo de virtudes, para conseguir tornar-se «digna do respeito e da simpatia dos médicos», expressão que, por si só, expressa o sentido das relações de poder, sublinhando a fonte de legitimação do saber e da acção da enfermeira-parteira que o médico representava para estas parteiras diplomadas em escolas cujo corpo docente era constituído por médicos e passariam a exercer a sua acção em meios essencialmente hospitalares.

No domínio da aquisição de saberes para a concessão das respectivas credenciais, a parteira teria de apresentar uma formação prévia de enfermagem, ou seja, a candidata a parteira deveria demonstrar competências na área dos cuidados² gerais de

director da Escola Profissional de Enfermagem (desde 1931, Escola de Enfermagem Artur Ravara), cargo que exerceu até 1924, para voltar em 1928 até 1937. No âmbito da Faculdade, foi, desde 1930, encarregado da regência do curso de parteiras, sendo um dos mais fervorosos militantes pela criação de maternidades e do movimento natalista. Cf. *Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, Fascículo III, 1942, p. 17-69.

² O conceito de «cuidado» em enfermagem assume uma significação complexa e não muito definida no campo lexical da actividade. O tema mereceu um estudo aprofundado a Collière, que relaciona o

saúde e de ambiência hospitalar como condição para poder aceder ao conhecimento e práticas de cuidados específicos relacionados com o parto, agora numa acepção mais lata, na medida em que se alargaram formalmente esses cuidados à gravidez, ao puerpério e ao recém-nascido. Foi esta uma linha determinante na reconfiguração da trajectória de formação das parteiras em Portugal, num percurso gradualmente aprofundado. O texto de Costa-Sacadura apresenta-nos, assim, em breves palavras, o novo perfil para a parteira que vinha sendo defendido desde os inícios do século XX nos meios médicos de vários países e que foi adoptado de uma forma mais clara, pelo regime político da altura - o Estado Novo.

No novo paradigma profissional, desenvolvia-se um processo de trabalho colectivo complexo, que veio a ganhar maior densidade com o correr do tempo: centrado na organização hospitalar, o campo dos cuidados médicos, incluindo o obstétrico, tornou-se cada vez mais um trabalho interdependente, em face da especialização crescente, o que conduzia à constituição de equipas de trabalho, comandadas por médicos que assumiam a responsabilidade do serviço e delegavam funções para a prática de cuidados na enfermagem. A enfermeira-parteira teve de integrar essas equipas, adequar-se às rotinas implementadas e comungar da cultura dominante, tanto nos aspectos técnicos como éticos e morais. Sabe-se como, nas condições hospitalares, o elemento conceptual que emerge como pedra de toque na divisão do trabalho é o de «acto médico», em relação ao qual a medicina cura e a enfermagem cuida, numa hierarquia clara. Mas um parto não se configura normalmente como uma situação patológica perante a qual aquela divisão se torne evidente: o parto é um fenómeno fisiológico normal (eutocia) que pode evoluir ou não para uma patologia (distocia), num processo dependente de um diagnóstico de processamento sucessivo que, inicialmente, compete à parteira realizar, mandando ou

conceito com as práticas ligadas à satisfação de necessidades com vista à manutenção da vida, algumas das quais seriam inerentes à enfermagem. A identificação desses cuidados faz-se em contexto, variando de acordo com a evolução do ciclo de vida e do estado de saúde do paciente e com a concepção de enfermagem prevalente. Dois sentidos são decisivos nessa distinção: cuidados quotidianos e habituais ligados às funções de manutenção e de continuidade da vida (*care*, em inglês) e os cuidados de reparação (*cure*, em inglês). A tendência actual é para considerar que são os primeiros os específicos da enfermagem, sendo os segundos recebidos por delegação do médico, de quem são específicos. Nesta perspectiva, «cuidar não é tratar», definindo-se a identidade da enfermagem em torno da clarificação do «cuidar», conceito em construção, que demonstra um esforço para a «desmedicalização» da enfermagem. Mas existem ainda ou emergem em novos segmentos concepções mais tecnológicas que valorizam a área do «tratar», ainda que sob a forma de trabalho delegado (caso do segmento dos cuidados intensivos). COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, p. 229-242.

não chamar a equipa cirúrgica conforme a sua avaliação. Tanto o diagnóstico da parteira, como o do cirurgião quando presente, comportam sempre grande subjectividade na decisão de intervenção instrumental (que pode acontecer pela ponderação de razões muitas diversas), resultando alguma indefinição na delimitação do acto médico, geradora de eventual tensão (não faltam casos de partos eutócicos que são intervencionados para exemplificação em contexto educativo ou partos induzidos por conveniências de calendário...). Daí que a identificação da parteira com a enfermagem e, sobretudo, a diluição das suas funções num campo de acção mais alargado e mais difuso, mas de natureza delegada, nos surja como um elemento fundamental no ordenamento do campo hospitalar na área obstétrica. Essa identificação funciona no sentido do reforço do campo médico, não obstante a argumentação aduzida e indiscutível relativa ao processo histórico de sanitização da parteira, no sentido de a fazer partilhar dos padrões científicos da obstetrícia, recuperando-a das práticas tradicionais para a integrar nos novos ambientes hospitalares. Mas, como sublinha Graça Carapinheiro, não podemos esquecer que o serviço hospitalar é sempre um «campo de conflito e negociação entre diferentes poderes-saberes, estrategicamente orientados por formas de poder médico nucleares na lógica da produção e reprodução dos serviços hospitalares»³.

De notar que a matriz conceptual que subjaz às posições profissionais na área médica, se encontram também em posições doutrinárias mais vastas, com relevo para as posições católicas sobre a mulher e a família, definindo-se estas a partir das encíclicas papais que enquadraram o designado «catolicismo social» (*Rerum Novarum*, 1891, *Casti Connubii*, 1930, e *Quadragesimo anno*, 1931). Daí que a argumentação que encontramos nos textos médicos portugueses sejam o reflexo e/ou o debate daquelas posições mais vastas, citando com frequência afirmações natalistas desenvolvidas sobretudo nos países católicos⁴, nomeadamente a Espanha, França⁵ e a Itália⁶.

³ CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1993, p. 165.

⁴ Uma forma de acedermos ao campo das atitudes morais e legais neste domínio, é recorrermos ao livro de um jesuíta professor na Faculdade de Medicina de Madrid que, em sucessivas edições, servia de manual de deontologia para médicos e enfermeiras durante o período do Estado Novo: PEIRÓ, Francisco – *Deontologia Médica*. Braga: Livraria Cruz, 1951 (tradução de original espanhol).

⁵ Cf. COVA, Anne - «*Au Service de l'Église, de La Patrie et de la Famille*». *Femmes Catholiques et Maternité sous la IIIe République*. Paris : L'Harmattan, 2000.

⁶ PIMENTEL, Irene Flunser - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40. *Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 2000, p. 477-508.

Mas, numa perspectiva de longo prazo, pode dizer-se que o processo de medicalização do parto culminou nos inícios do século XX, após a consolidação do ramo obstétrico, na sequência de um século de exercícios de prática e de investigação levado a cabo pelos cirurgiões parteiros, essencialmente nas enfermarias de partos dos hospitais urbanos, aproveitando o campo de investigação que essas enfermarias constituíam, dada a acumulação de parturientes pobres e desprotegidas que se tornavam disponíveis para esse estudo.

De facto, o campo da saúde materna ou dos cuidados materno-infantis, considerado como um sub-sector dos serviços de saúde, só começou a estruturar-se pelos finais do século XIX, não obstante a literatura médica anterior sobre a criança já revelar preocupações com grávidas, parturientes e recém-nascidos. Mas só então, estas preocupações encontraram uma operacionalização hospitalar com soluções mais racionais para problemas que antes, em boa medida, se deixavam nas mãos do destino, da Providência ou da natureza. Assim, para além das transformações paradigmáticas operadas no campo do saber médico e nas organizações hospitalares, de que fala Michel Foucault, nomeadamente a transferência do poder organizacional do domínio religioso para o médico, podemos apontar algumas outras condições sócio-históricas indispensáveis para a concretização do campo de cuidados materno-infantis como área de acção médica, as quais se desenvolveram entre a segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX:

- o domínio dos principais problemas obstétricos, para os quais se encontraram intervenções eficazes, nomeadamente a optimização do fórceps, a prática da assepsia e anti-sepsia em geral e nas intervenções cirúrgicas, bem como a aplicação da anestesia (iniciada em 1847), condições estas que permitiram vulgarizar a cesariana e as técnicas do «parto provocado»;
- um novo paradigma científico que se traduziu na perspectiva articulada da gravidez, do parto, do puerpério e da higiene dos recém-nascidos, numa cadeia de cuidados de saúde a que se dava o nome de puericultura;
- a difusão de doutrinas de sentido oposto, umas a favor do controlo da natalidade (as neo-malthusianas), outras contra qualquer tipo de controlo, as natalistas, que tornaram o campo da reprodução como um alvo de debates;
- a criação de maternidades, enquanto espaços hospitalares específicos para a assistência aos problemas decorrentes das situações de gravidez, do parto e do

puerpério, dotadas de pessoal especializado e libertas dos habituais contágios que ocorriam nos hospitais comuns pela situação de coabitação do parto com situações de doenças;

- emergência de condições político-institucionais que apontavam já para o Estado-Providência, do qual surgiram indícios pela década de 1930, com a «grande depressão», embora só se institucionalizasse verdadeiramente na década de 1940, durante e após a 2ª guerra mundial: essas condições permitiram encarar a saúde materno-infantil como uma responsabilidade do Estado (ainda que em Portugal se experimentasse uma versão mitigada, que dava pelo nome de assistência social).

A estas condições, veio depois juntar-se a acção das organizações internacionais, que sensibilizam os diversos governos para os problemas de saúde, patrocinam reuniões científicas e políticas, promovem a difusão de princípios, que são depois invocados pelos governos quando accionam certo tipos de medidas que procuram um sentido de convergência. Em 26.9.1924, a Sociedade das Nações (antecessora da ONU) aprovou, em Genebra, uma *Carta dos Direitos da Criança*, que passou a ser uma espécie de cartilha para o discurso político nestes domínios. E, depois da segunda guerra mundial, em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), consagrou-se um artigo (o 25º) ao direito à saúde, com um parágrafo específico para a maternidade e a infância⁷. Mais tarde, em 20.11.1959, foi aprovada pela Assembleia Geral da ONU a Declaração dos Direitos da Criança, da qual importa destacar o artigo 4º, que renova o direito da criança a uma protecção especial que lhe permita desenvolver-se em liberdade e dignidade, o direito à segurança social, incluindo cuidados pré-natais e pós-natais⁸.

Estas posições derivavam de um clima cultural e científico que propiciou o desenvolvimento de uma nova racionalidade sobre a maternidade. Esta passou a ser encarada, na sua função de reprodução da espécie, como um espaço de intervenção técnico-científica para a promoção qualitativa da vida da mãe e da criança. Por outro

⁷ «A maternidade e a infância têm direito a uma ajuda e assistência especial. Todas as crianças nascidas fora ou dentro do matrimónio têm direito à mesma protecção social» Cit. por FERREIRA, F. A. Gonçalves - *Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Lisboa: Biblioteca CPC, 1975, p. 24.

⁸ «A criança deve gozar dos benefícios da segurança social. Tem direito a crescer e a desenvolver-se com boa saúde; nesta perspectiva deverá proporcionar-se, tanto a ela como a sua mãe, cuidados especiais, incluindo tratamento pré-natal e pós-natal». Cit. por FERREIRA, Nuno Cordeiro - *Assistência Materno-Infantil*. Lisboa: separata dos Anais da Escola Nacional de Saúde Pública, 1971.

lado, surgiam posicionamentos doutrinários favoráveis ao controlo da reprodução, sugerindo a responsabilidade da mãe ou do casal no dimensionamento da sua prole, facultada pela gradual disponibilização de soluções anti-conceptivas.

O quadro atrás descrito evidencia a prevalência médica e política no conhecimento técnico-científico, que afinal se desenvolvia desde os finais do século XVIII, mas que só no dealbar do século XX reuniu um conjunto de modalidades que o tornaram verdadeiramente eficaz. Esse tipo de conhecimento tendeu a varrer as fórmulas de trabalho que arrastavam consigo imagens de saberes populares e de tecnologias simples. A sociedade de tipo rural cedia lugar à sociedade da modernidade, marcada pela determinação da ciência e da técnica. A ocupação da parteira tradicional, ainda que «examinada», inscreveu-se nessa transição social: a parteira emergia, aos olhos do poder médico, como uma personagem marcada pelo arcaísmo e que, portanto, devia ser reconfigurada e supervisionada pela medicina. O destino a dar ao seu campo de cuidados e ao respectivo posicionamento profissional foi então bastante discutido na transição dos séculos XIX-XX (dando origem a um debate mais aceso na Inglaterra⁹), repercutindo-se sobre todo o posicionamento dos corpos profissionais na área dos cuidados materno-infantis.

A enfermeira-parteira foi uma das soluções para realizar o compromisso resultante desse debate e das realidades económicas e sociais envolvidas (mas continuou a existir a valência exclusiva de parteiras em países como a França ou a Holanda). De um modo geral, esta convergência da parteira com a enfermagem ocorreu numa época em que o campo da enfermagem acabava de sofrer transformações substanciais, cronologicamente por ocasião da primeira guerra mundial e das novas necessidades de cuidados então profundamente sentidas, que aceleraram a criação de hospitais e a necessidade de preparar pessoal mais adequado inscrito num processo de divisão do trabalho em meio hospitalar. Verifica-se então a implementação de cursos de formação para a enfermagem mais estruturados e de cariz mais técnico, em consonância com as profundas transformações organizacionais verificadas no hospital, começando-se a ultrapassar a fase de serviço doméstico e/ou serviço missionário que antes a caracterizava.

Em relação ao parto e cuidados com ele relacionados, a formação de parteiras, nas suas diversas apresentações, continuou a ser uma solução razoável, económica e

viável como medida sanitária, na medida em que o parto era essencialmente um acto natural e raramente patológico, não existindo então condições económicas para que os cuidados relativos à maternidade fossem assumidos por inteiro pelos médicos (nomeadamente em termos de remuneração e de disponibilidade de profissionais) nos hospitais e muito menos nos domicílios. Para além disso, a assistência ao parto implicou sempre um conjunto de cuidados relacionados com o conforto da parturiente (variáveis segundo a concepção prevalecente) e um tempo de acompanhamento prolongado, uma presença permanente de forma a inspirar confiança e segurança durante a sequência do trabalho de parto, garantindo-se a monitorização do processo através de algumas acções, tais como a auscultação do feto, a vigilância das contracções uterinas, a observação da dilatação e extinção do colo uterino e a realização continuada do diagnóstico do trabalho de parto. Nestas condições, um trabalho de parto natural podia durar entre 12 a 18 horas, entre o início dos primeiros sinais e o nascimento, a que se podiam acrescentar cuidados prévios e posteriores, duração incomportável para a grande maioria da população em termos de honorários médicos ou em termos de produtividade de unidades de cuidados institucionalizadas. Estas particularidades configuravam o campo de cuidados da parteira e continuaram a garantir-lhe espaço de acção profissional, mesmo com a hospitalização crescente do parto.

Assim, sob controlo médico, se gizou o novo perfil profissional da enfermeira-parteira ao longo do século XX, que impôs novos modelos de formação, ajustando-se a transmissão de saberes, normas, valores, princípios e inculcação de hierarquias, num papel de adequação da ocupação às novas formas de racionalidade.

⁹ MACDONALD, Keith M. – *The Sociology of the Professions*. Londres: Sage Publications, 1995, p. 144 -149.

CAPÍTULO I

RETÓRICAS E PRÁTICAS EM TORNO DA MATERNIDADE

Com o avançar do século XX, ganharam força as posições que valorizavam a criança e, naturalmente, o papel da maternidade, enquanto elementos decisivos do ciclo de vida familiar. Observa-se, como escreve Chiara Saraceno, uma acentuação do processo de «redefinição do lugar dos filhos» no casal, que passam de «elos da cadeia geracional que perpetua uma linhagem, ou de força de trabalho em miniatura e em formação, a centro afectivo e simbólico da própria afectividade familiar», o que implicou o redimensionamento quantitativo da família¹⁰. Em torno da maternidade e do recém-nascido passou a gravitar uma pluralidade de discursos e de práticas, renovando e ampliando preocupações que, historicamente, já vinham dos finais do século XVIII, que se desenvolveram, entre outros, em torno de fenómenos como a exposição de enjeitados e a sua institucionalização na «roda». O problema dos expostos suscitou sentimentos de comiseração para com o tráfico de crianças e as situações maternas desfavorecidas, levando ao encerramento dessas instituições¹¹ pela década de 1860 (em 1868, para Portugal). Estas atitudes de correcção de práticas tradicionais exigiram soluções alternativas que passavam pela responsabilização dos progenitores e procuravam remediar as situações de pobreza, numa perspectiva de organização assistencial para a infância desvalida.

Mas, no domínio mais geral dos cuidados relativos à maternidade, ganhava realce, pelos finais do século XIX, a literatura especializada de origem francesa (fortemente influenciadora do ensino superior português, como alguns médicos sublinhavam). Essa literatura veiculava os medos de despovoamento face ao declínio de fecundidade que se tornava já muito notado em França, comparativamente aos padrões de outros países. Levantava-se a designada «questão demográfica», problema que se tornou um tema de discussão em muitos lugares, nomeadamente em Portugal¹². Subjacente a esta

¹⁰ SARACENO, Chiara – *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa, 1992, p. 122.

¹¹ Para o caso do Porto, ver JUNTA Geral do Distrito do Porto – *Novas Providências e Documentos acerca dos Expostos*. Porto: 1866. E PINA, Luís de – *Da Roda dos Expostos à «Carta dos Direitos» da Criança*. Porto, 1964; MONTEIRO, Hernâni – Um Trecho da História da Assistência Maternal e Infantil no Porto. *Portugal Médico*, 1933, n.ºs 7,8,9.

¹² Veja-se a apreciação do médico higienista Ricardo Jorge, ao analisar a população de Lisboa e do Porto: «A capital já anda flagelada de malthusianismo. Filhos naturais dá ainda menos que no Porto, o que não será certamente por melhoria de costumes, mas sim por uma restrição análoga à que se impõem os casais legítimos». JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da Cidade do Porto*. Porto: Repartição de Saúde e Higiene da Câmara do Porto, 1899, p. 266.

questão estava o desenvolvimento de uma nova e crescente racionalidade na forma de encarar a vida sexual, emergindo preocupações contraceptivas que se vão generalizar gradualmente, dissociando-se sexualidade e reprodução. Em oposição, levantavam-se os fantasmas do «despovoamento» e do enfraquecimento da França perante a poderosa Alemanha, o que levou à criação de movimentos de valorização da «missão maternal» e do papel da família e da infância, sendo esta perspectivada como o futuro da Nação.

A infância passa a ser categorizada em diversos tipos, de acordo com a idade, prescrevendo-se cuidados especiais para cada período, de forma a preservar a vida das crianças, sob pena de se comprometer o futuro das nações, tanto mais quanto se apreendia a dimensão do declínio da fecundidade. Em França, os cuidados com a chamada «primeira infância», o período mais vulnerável, são objecto de medidas políticas e da criação de organizações para os executar (visitas de higiene ao domicílio, vigilância de prematuros, consultas de alimentação, «gotas de leite», assistência a parturientes, etc). Verificou-se um crescente investimento público neste domínio, com a aplicação de cuidados anti-microbianos aos diversos níveis, pois a obstetrícia e a puericultura foram domínios onde a aplicação dos princípios pasteurianos e listerianos foi quase imediata.

Ainda em França, alargou-se o campo de cuidados nesta área da maternidade, surgindo novas especializações na enfermagem, as «enfermeiras-visitadoras», ou a reformulação dos quadros formativos das parteiras, cujo currículo foi alargado a novas valências, tendo em conta a perspectiva integrada dos cuidados sob a influência dos princípios da puericultura. Diversas escolas ou institutos de puericultura surgiram nas duas primeiras décadas do século XX, em França, para dar sequência aos novos objectivos de formação para os diversos profissionais que deveriam prestar serviço nesta área¹³.

Procurava-se encarar de frente os elevados indicadores da mortalidade infantil e de adoptar políticas sanitárias e de assistência, encontrando formas de minorar os problemas de saúde na infância, que persistiam apesar dos discursos sobre o progresso. Essa preocupação passava muito pela difusão do higienismo, nomeadamente através da acção educativa sobre as mães e as famílias, mas também por maior apoio social, discutindo-se, por exemplo, os mínimos vitais para a

sobrevivência quotidiana, com incidência nos níveis salariais. Estas posições acentuaram-se durante o período de entre as duas guerras mundiais (1918-1939), quando se passou a defender o retorno da mulher ao lar, com o argumento de melhor cumprir a sua função de educadora das novas gerações¹⁴.

Mas, mesmo nos países onde se não observava ainda, de forma notória, a quebra de fecundidade, verificavam-se elevados indicadores de mortalidade infantil, pelo que havia razões suficientes para uma preocupação geral com o momento de maternidade e os recém-nascidos, etapas do ciclo de vida onde os problemas eram mais graves e condicionavam toda a evolução demográfica posterior.

Multiplicaram-se, então, as preocupações de tipo médico e assistencial que responsabilizavam o Estado no sentido de criar condições tendentes a minimizar os problemas relativos à mortalidade materna, neo-natal e infantil, o que explica a proliferação de estabelecimentos maternos, creches, lactários e outras instituições do género. E surgiram discursos especializados, marcadamente ideológicos, como nota Martine Segalen, formulando políticas natalistas e/ou familiares¹⁵. Vamos observar, na verdade, duas tendências contraditórias com vista à regulação da família e da sua descendência: enquanto os Estados apostam no crescimento da população, tomando medidas de alcance macro-social, que visam estimular esse crescimento, as famílias tendem a controlar a sua prole numa óptica individualista, adaptando a sua dimensão e calendarização às expectativas do casal.

Em qualquer caso, o campo da maternidade escapava, cada vez mais, ao domínio da privacidade para gerar um corupio de especialistas e de prestação de serviços institucionalizados, muito marcados pelas atribuições que o poder médico desenvolvia e controlava em nome do interesse público. Foi em função deste cruzamento de retóricas e de novas práticas que os papéis da parteira foram reequacionados, ganhando forma a convergência do seu posicionamento profissional com a enfermagem, num quadro formativo que reflectia, cada vez mais, tendência para hospitalização do parto e que, ao mesmo tempo, repercutia os diversos discursos sobre a natalidade, na produção de novos e contraditórios valores.

¹³ ROLLET-ECHALIER, Catherine – *La Politique a l'Égard de la Petite Enfance Sous la IIIe République*. Paris : INED, 1990.

¹⁴ COVA, Anne - «*Au Service de l'Église, de La Patrie et de la Famille*». *Femmes Catholiques et Maternité sous la IIIe République*. Paris : L'Harmattan, 2000.

¹⁵ SEGALEN, Martine – *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar, 1999, p. 173-189 e 305-319.

Uma prática médica de cuidados integrados: a puericultura

No campo da saúde materno-infantil, as atitudes médicas emergentes nos finais do século XIX e consolidadas nos inícios do século XX exprimem-se essencialmente através de uma palavra-chave – *puericultura*. Como a própria palavra indica, estamos perante uma clara mudança de atitude que implica a assunção completa da dimensão da cultura na forma de encarar o processo de maternidade e os cuidados com a criança. Neste contexto, o conceito de «parto natural» perdeu sentido, embora persista como designação popular, porque quase todo o parto passou a ser envolvido por um conjunto de cuidados (médicos, higiénicos, preventivos...) que retiraram a espontaneidade atribuída ao parto tradicional (no meio clínico, passou a prevalecer a designação dualista eutócico/distócico, respectivamente para situações sem/com intervenção instrumental ou cirúrgica). Gerou-se, assim, um campo de acção, a puericultura, que se nomeava por analogia com o mundo vegetal ou animal, isto é, organizou-se uma «cultura de crianças», recorrendo a uma semântica já corrente em circunstâncias afins, por exemplo, em «jardim de infância», sobressaindo uma ideia de amparar algo que é delicado, de ajudar a crescer, criando as condições adequadas¹⁶. Acentuava-se, assim, a visibilidade da construção social da infância.

Inicialmente ligado a posições populacionistas, tal neologismo apareceu em 1865, numa publicação do médico francês Caron – *La Puériculture, ou la Science d'Élever Hygiéniquement et Physiologiquement les Enfants*. As doutrinas de Caron consistiam, então, numa aplicação de princípios de higiene aos recém-nascidos, numa tentativa de melhorar as suas condições de sobrevivência, numa altura em que as práticas de assepsia e a anti-sepsia contavam ainda escassos adeptos. Numa fase inicial, porém, as suas posições só mereceram o sarcasmo dos colegas, de tal forma que Caron até impedido foi de apresentar uma comunicação sobre o tema na Sorbonne, sendo naturalmente marginalizado nos meios da cultura médica oficial, o que fez hibernar durante longo tempo a palavra e as ideias que veiculava¹⁷. Depois, foi a descoberta e a

¹⁶ A *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura* define puericultura como «conjunto de ensinamentos e práticas médico-sociais que se destinam a cuidar da criança desde o período da gestação até um idade pouco mais ou menos de quinze anos», derivada do latim *puer*, criança, e *cultura*, criação.

¹⁷ Eis problemas típicos de situação de inovação. Bastará lembrar a odisséia de Smmellweis para a aplicação das práticas de assepsia e anti-sépsia, combatido pelos seus colegas médicos, que não aceitavam reconhecer serem transmissores de infecção e propagadores de doenças por falta de higienização. Só as descobertas pasteurianas tornaram inatacáveis e indispensáveis aquelas práticas. Cf. primeira parte deste trabalho, capítulo VII.

consagração, com a palavra a tornar-se expressiva de um novo conceito e de um ramo especializado da medicina, a medicina preventiva da infância, naturalmente com tradução para todas as línguas¹⁸.

A oposição ao conceito de *puericultura* compreende-se por ser uma proposta inovadora, de natureza preventiva, defendendo um alargamento de campo que superava mesmo o conceito de *pediatria* no campo das especialidades médicas em emergência: enquanto a pediatria se dirigia à criança doente, numa perspectiva apenas de cura, a puericultura dirigia-se também à criança normal, procurava prevenir as deficiências, preocupando-se com a gravidez, o parto e as fases do crescimento até à puberdade, em termos de atenção médica e familiar, higiene e cuidados a observar, isto é, exprimia não só preocupações de índole médico-biológica mas também sociais. Desta forma a puericultura não representava só uma nova especialidade, de carácter globalizante, mas sim uma leitura diferente e transversal da acção médica, que tocava várias especialidades no campo dos cuidados da saúde materno-infantil¹⁹.

Mas não faltaram também os entusiasmos, dado o ambiente de discussão e fervor ideológico em torno do papel dos sistemas de saúde na melhoria da qualidade dos indivíduos, que, em determinados sectores dos finais do século XIX e inícios do século XX, se transformou mesmo numa campanha darwinista pela melhoria biológica da raça. O célebre médico Adolphe Pinard foi o grande entusiasta da puericultura, levando ao seu incremento e oficialização, defendendo-a num sentido bastante lato, que a aproxima claramente da órbita do eugenismo. Com efeito, a puericultura foi definida, em 1895, por Adolphe Pinard, como a «investigação dos conhecimentos relativos à reprodução, conservação e melhoramento da espécie humana», criando um campo de intervenção 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» e a sua selecção era obsessiva e Adolphe Pinard chegou a defender a consulta pré-nupcial e até a institucionalização do exame pré-nupcial, no sentido claro de evitar que pais com taras ou defeitos genéticos pudessem reproduzir-se²⁰.

¹⁸ LELONG, Marcel – *La Puériculture*. Paris: PUF (Col. Que sais-je, n° 740), 1960.

¹⁹ FERREIRA, Maria Manuela – *Salvar os Corpos, Forjar a Razão. Contributo para uma Análise Crítica da Criança e da Infância como Construção Social em Portugal, 1880-1940*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2000, p. 77-93.

²⁰ 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.

O eugenismo, enquanto corrente demográfica com sentido de intervenção genética, teve o seu ponto alto em 1912, na realização do Congresso Internacional de Eugénica, em Londres, onde se expressou a preocupação profiláctica de aperfeiçoamento da espécie, numa ostentação de orgulho científico que propunha (re)criar o ser de uma forma racional. Provocava-se, assim, a intromissão do interesse público na gestão da família e na sua procriação, surgindo o médico destas áreas já não como um «conselheiro da família», mas antes como um auxiliar do Estado, que reivindica legitimidade para interferir selectivamente na reprodução²¹. Enquanto discurso alarmista (criador dos medos sobre a decadência quantitativa e qualitativa da raça) e programático (incitando à acção para promover a natalidade selectiva para obter a melhoria da população), o eugenismo difundiu-se rapidamente e a literatura médica dos vários países, incluindo Portugal, fez eco destes debates e práticas que se desenrolavam na França, na Inglaterra, na Alemanha, na Itália e nos Estados Unidos.

Os usos e abusos da palavra puericultura, sobretudo por ter sido utilizada excessivamente pelas correntes totalitárias e suas concepções assistenciais em torno deste problema, conotando-se com posições eugenistas radicais, fizeram com que o uso da palavra, na sua acepção mais radical (que veio a concretizar-se na Alemanha hitleriana), decaísse depois da Segunda Guerra Mundial, por efeito da derrota militar do nazismo e do fascismo italiano.

O conceito de puericultura traduzia, assim, uma proposta integrada de cuidados, baseando-se na percepção de que a qualidade de vida da grávida e do feto ou do recém-nascido, nomeadamente a superação das elevadas taxas de mortalidade materna e neo-natal, passava por um acompanhamento médico que se estendia pelas diversas etapas do processo, não podendo a assistência nesta área limitar-se à preocupação com o parto. No entanto, o conceito foi evoluindo com o desenvolvimento das técnicas e práticas de intervenção médica e com as vicissitudes políticas e ideológicas que o enquadraram e utilizaram.

Mas o êxito e a expansão do conceito de puericultura verificou-se nos inícios do século XX, quando, em face das campanhas contra a elevada mortalidade perinatal e infantil, se exprimiam objectivos quantitativos para a sua diminuição. Com a puericultura procurava-se introduzir um outro tipo de preocupação complementar, a *dimensão qualitativa*, ou seja, não bastava que as crianças não morressem, era

²¹ Ver, a este respeito, GREER, Germaine - *Sexo e Destino - A Política da Fertilidade Humana*. Rio

também necessário fazer com que crescessem de uma forma harmoniosa, protegendo-as de taras hereditárias, de acidentes de gestação e parto e de ambientes sociais hostis, embora parecesse que o risco de «selecção» estivesse sempre à espreita, mas não necessariamente. Por outro lado, importa sublinhar que o campo de cuidados da puericultura é plenamente compatível com as posições neo-malthusianas²² ou com as posições puramente natalistas do catolicismo.

Na génese da puericultura, estava a preocupação médica que via nos problemas do lactante uma especificidade que o afastava da medicina geral, pois radicavam quer numa desajustada alimentação, quer em atitudes culturais pouco higiénicas. Por isso, assumiu uma postura de combate à ignorância das populações e, em particular, das mães, configurando-se como uma tecnologia de intervenção para regulamentar e vigiar o campo materno-infantil. Tornou-se a expressão das campanhas contra a mortalidade infantil, procurando divulgar as normas científicas relativas aos cuidados da infância, em particular as da alimentação do lactante, com as grandes discussões sobre a aleitação materna e os diversos meios para o fazer ou a favor da pasteurização do leite de origem animal, ou ainda as regras de limpeza doméstica e pessoal²³.

Naturalmente que a adopção de políticas de puericultura nos diversos países oscilou entre a implementação de sistemas bem estruturados, que passavam, nomeadamente, por preocupações de acompanhamento médico regular, em função não só de doenças mas também da vigilância do desenvolvimento da criança (padrões de peso e altura em função da idade), ou do lançamento de sistemas minimalistas, sendo que estes muitas vezes quase só se limitavam a medidas genéricas de vacinação e de nutrição (com estabelecimento de lactários, por exemplo). Esta diversidade já tem a ver com as capacidades económicas e as leituras políticas do problema em cada país, frequentemente ficando aquém das representações que o conceito de puericultura inicial foi agregando.

Temos, contudo, de reconhecer que as posições da puericultura contribuíram decisivamente para uma ligação efectiva entre medicina curativa e medicina preventiva na área materno-infantil, apelando à intensificação da prevenção como estratégia de saúde pública, a desenvolver-se em torno da criança considerada como

de Janeiro: Rocco, 1987. (O capítulo X - *Eugenia* é uma boa síntese sobre esta problemática).

²² GREER, Germaine - *Ob. cit.* (capítulo XI e XII - O Lobby demográfico; Governo com planeadores demográficos). E SAUVY, Alfred; BERGUES, Hélène; RIQUET, M. - *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ed. Peninsula, 1972.

totalidade física e psíquica. Julgamos que foi neste sentido que a puericultura se fez sentir no campo da enfermagem, nomeadamente no das novas enfermeiras-parteiras, remetendo para a natureza holística dos aspectos cuidados nas situações de maternidade.

Neste contexto, a puericultura não era uma disciplina, mas um amplo campo de acção interdisciplinar que resultava de saberes de várias disciplinas - genética, fisiologia, biologia, dietética, bacteriologia, clínica médica, entre outras. Caída em desuso a terminologia da puericultura, até pela rigidez das suas posições, ficou a herança de um olhar multidisciplinar e integrador nas áreas da gravidez e da primeira infância: hoje a disponibilidade de meios de diagnóstico e de possibilidades de intervenção são infinitamente mais amplos do que aquilo que exprimia o discurso puericultor, centrado apenas num conjunto de cuidados primários de tipo higiénico e profiláctico.

A puericultura foi, na verdade, um conceito muito utilizado na primeira metade do século XX, uma verdadeira chave para compreendermos as reformas que em Portugal se desenvolveram no período do Estado Novo, tanto no campo médico como no da enfermagem: criam-se institutos de puericultura, disciplinas de puericultura e formam-se profissionais na área da puericultura, servindo até para se associar ao título de parteira nos novos modelos de formação e de exercício profissional, surgindo designações (embora efémeras) como *enfermeira puericultora* e *enfermeira parteira puericultora*.

Foi pela década de 50 que, a nível europeu, os meios médicos questionaram a especificidade da puericultura, considerando-a como um discurso rígido, normalizador e redutor, na medida em que remetia para as famílias e para as mães a responsabilidade da mortalidade infantil (por falta de higiene, por falta de amamentação materna, etc.), criando-lhes pressão psicológica na sua impotência, pois a puericultura ignorava a ausência de condições de vida dignificantes (económicas, sociais e culturais), causas mais abrangentes e que teriam de ser remetidas para o sistema social.

Embora declinante como especialidade médica, o conceito de puericultura manteve-se em diversos países e escolas, depois da Segunda Guerra Mundial, não desaparecendo na totalidade, mas diluindo-se entre as várias especialidades médicas,

²³ OCAÑA, Esteban Rodríguez - La Construcción de la Salud Infantil. Ciencia, Medicina y Educación

nomeadamente a saúde pública e por outras profissões relacionadas com a intervenção social. Em França, criava-se, ainda em 1949, o curso e a profissão de «auxiliar de puericultura», como técnico paramédico, para se integrar nos Serviços de Protecção Maternal e Infantil, e publicavam-se regularmente manuais de puericultura. Um manual francês destinado às referidas auxiliares, publicado em 1961, definia puericultura como «um ramo especializado da medicina, uma ciência, baseada em múltiplos conhecimentos e que visa a aplicação dos métodos ditos *eugénicos*, tendo em vista equilibrar as etapas da pré-concepção, da incubação, nascimento e criação da criança até ao termo da primeira infância», ou seja, até aos 30 meses de idade. E, atendendo às novas concepções de genética, fixava como objecto da atenção médica os dois períodos – ante-natal e pós-natal, perspectivada sempre segundo dois elementos - o *produto da concepção*, por um lado, quer se tratasse do ovo, do embrião, do feto ou do recém-nascido, o *meio envolvente*, por outro lado, pois em qualquer estágio há influências recíprocas²⁴.

Nos meios médicos ainda persiste a referência a puericultura. Por exemplo, no relatório pedagógico de uma disciplina de «Ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura», evocando a ascensão e a abrangência do ramo médico da moderna pediatria, nas origens da qual situa a puericultura, o Prof. Norberto Teixeira Santos coloca assim a questão²⁵:

Quando, por exemplo, frente a uma alta mortalidade infantil por gastroenterites e desidratação, tendo por base os conhecimentos da fisiopatologia e etiologia, se inicia um ardoroso combate contra tal situação, procurando oferecer aos lactentes uma alimentação sã, através do ensino às mães, favorecendo o aleitamento materno, os cuidados de higiene, e da sua suplementação quantitativa e/ou qualitativa, iniciou-se a *Puericultura* de Pinard.

O significado mais restritivo do vocábulo puericultura, ligado à higiene e normas de cuidado com os recém-nascidos, permaneceu, ainda hoje se utilizando essencialmente no sentido de *ensino*, como se pode comprovar pela definição do

en la Transición Sanitaria en España. *Historia Contemporánea*, 18, 1998, p. 19-52.

²⁴ NAPPÉE, M-L. – *Pratique Journalière de Puériculture. Prophylaxie, Élevage, Soins, Alimentation du Nourrisson en Collectivité et a Domicile*. Paris : Masson & Cie., 1961, p. 1-2.

²⁵ SANTOS, Norberto Teixeira - *Relatório de Índole Pedagógica sobre o Ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura*. Porto: Faculdade de Medicina, 1979.

dicionário: «puericultura - ramo da medicina que ensina a criar e a desenvolver moral e fisicamente as crianças»²⁶.

Em todo o caso, não obstante alguma resistência, verificou-se uma superação das normas rígidas e impositivas da puericultura por soluções mais adequadas às novas formas de vida que apontavam para a sociedade de consumo. Surgem livros e revistas destinadas às mães e casais ensinando a tratar das crianças, mas as questões estritas de saúde são deixadas ao cuidado da rede de cuidados dos serviços de segurança social entretanto criada.

Algumas revistas actuais dirigidas ao público feminino revelam ainda a persistência da designação num sentido restritivo, usando-a para dar título a colunas sobre conselhos superficiais relativos a roupas, alimentação e cuidados higiénicos sobre crianças. Mas, se o uso e a acepção inicial da palavra decaíram ou se esta se esvaziou de sentido, a ideia de uma visão integradora da assistência materno-infantil, como campo de problematização para solucionar as carências e enquadrar a gestão nesta área, continuou a ser pertinente e a desenvolver-se em contextos mais abertos e flexíveis.

Doutrinas sobre a maternidade - neomalthusianismo e natalismo

Se, desde a Antiguidade, são referenciados procedimentos anticonceptivos e abortivos que eram transmitidos de geração em geração, foi pelos finais do século XIX e, sobretudo, no decorrer do século XX que a problemática anticoncepcional se tornou num objecto de grande atenção social, dada a sua generalização e alastramento aos diversos grupos da população²⁷.

Para a emergência da anticoncepção muito contribuíram as posições de Thomas Malthus, através da sua obra *Ensaio sobre o Princípio da População*, publicada em 1798, que se tornaria objecto de grande debate²⁸. O *Ensaio* era desenvolvido sobre a designada «lei natural» do desigual crescimento da população (em progressão geométrica) e das subsistências (em progressão aritmética), pela qual uma parte da população estaria condenada à pobreza, devendo por isso os pobres tomar consciência

²⁶ *Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora, s/d (5ª edição).

²⁷ SAUVY, Alfred (coord.) – *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ediciones Península, 1927, p. 5. McLAREN, Angus – *História da Contracepção, da Antiguidade à Actualidade*. Lisboa: Terramar, 1990.

da sua condição e prolongarem o celibato para evitarem a multiplicação da pobreza. Estas posições da naturalização da miséria, combatidas por muitos, levantaram a questão pertinente da desigualdade social perante as limitações do crescimento económico, introduzindo a questão das respostas individuais neste contexto, uma vez que, segundo Malthus, não haveria para todos lugar à mesa do «banquete da natureza».

A concepção religiosa de Malthus não o deixava equacionar soluções que não passassem pelo celibato ou pela abstinência sexual, isto é, pela «restrição moral». Mas alguns dos seus leitores encararam o problema da responsabilidade individual na regulação da população num sentido diverso, entendendo que, para ser eficaz, ela deveria ser atribuída a toda a sociedade e não apenas aos pobres. Doutrinavam assim a separação entre a sexualidade e a procriação, equacionando para isso a disponibilidade de informação e de meios para evitar a concepção. São estes adeptos os *neomalthusianos*, cujas fileiras²⁹ vão engrossando no decorrer do século XIX, que divulgam as suas ideias através de livros, panfletos e meios profilácticos. Estes meios eram ainda escassos na altura: já desde a antiguidade se praticava o *coitus interruptus*, o aborto voluntário, o uso de pessários ou esponjas e irrigações; desde o século XVIII, surgira o «condom» ou preservativo. Mas estes eram meios de controlo que dependiam essencialmente do comportamento masculino, ainda que a mulher pudesse revelar o maior interesse no domínio da sua fecundidade³⁰. O neomalthusianismo partia das preocupações com o crescimento da população levantadas por Malthus, mas

²⁸ MALTHUS, Thomas – *Ensaio sobre o Princípio da População*. Lisboa: Edições Europa-América, s/d (original de 1798).

²⁹ A primeira Liga Neomalthusiana foi criada em Londres, em 1877, por Drysdale, ainda com impacto limitado. Em 1921, era fundada uma nova associação, a «Society for Constructive Birth Control and Racial Progress», com patrocínio de nomes sonantes (caso de Bertrand Russell e H. G. Wells), que publicava uma revista, folhetos e assegurava o funcionamento de uma clínica para garantir o ensino gratuito do uso de anti-concepcionais às mulheres casadas, criando depois filiais. Em 1926, foi aprovada na Câmara dos Lordes uma moção para que o governo autorizasse o ensino do «birth control» nos centros oficiais de apoio à maternidade, o que, após algumas resistências, foi autorizado em 1930 pelo governo inglês, mas ensino a promover sob indicação médica. Ainda em 1930, os bispos protestantes, reunidos na Conferência de Lambeth, deram apoio a esta medida. Nos Estados Unidos, o movimento associativo neomalthusiano desenvolveu-se a partir de 1914, com a criação da «American Birth Control League», com objectivos idênticos aos já apontados. Encontrou resistências, ultrapassadas na maioria dos Estados, publicando, a partir de 1917, a *Birth Control Review*. Estas associações promoveram depois congressos internacionais, com o objectivo de mundializar o seu programa de «birth control». GUCHTENEERE, Raul – *A Limitação da Natalidade*. Braga: Livraria Cruz, 1944, p. 42-53.

³⁰ McLAREN, Angus – *Ob. cit.*, p. 159-199. Já Madame de Staël recomendava à filha o «caoutchouc preservativo», que apresentava da seguinte forma: «é uma couraça contra o amor e contra o perigo é uma teia de aranha». VILLAS BOAS, José Augusto – *Breve Estudo sobre Alguns Assumptos de Higiene Social*. Porto: 1895.

veiculava soluções diferentes, defendendo a limitação voluntária de nascimentos e legitimando o uso de preventivos e contraceptivos na prática sexual.

O argumento inicial, tipicamente malthusiano, de natureza macro (a ameaça genérica de superpovoamento), não se mostrou muito operativo perante as massas. Emergiu depois argumentação orientada para o nível micro, mais convincente para cada pessoa, designada de neomalthusiana: o controlo de natalidade seria benéfico, dos pontos de vista higiénico, económico e moral, para a felicidade e bem-estar do casal, aumentando a dignidade e a saúde da mulher, permitindo-lhe determinar a ocasião para ter filhos. Do ponto de vista doutrinário, atribuem-se aos neomalthusianos quatro princípios básicos:

- Direito ao amor, considerado uma necessidade natural;
- Direito à união livre, dada a inconstância do amor;
- Direito à esterilidade, com o uso de métodos anticoncepcionais;
- Direito ao aborto, como forma de superar problemas de concepção que a mulher não conseguiu evitar³¹.

O neomalthusianismo, por vezes, evoluiu para posições ideológicas um pouco radicais, mas o essencial do problema foi desenvolvido e aplicado de forma mais aceitável para as famílias e os meios conservadores através do movimento do «birth control». Neste movimento distinguiram-se, já em pleno século XX, duas mulheres (Miss Stopes, na Inglaterra, e Miss Sangor, nos Estados Unidos), que rejeitaram os princípios do direito ao amor livre e à união livre e apostaram sobretudo no direito às formas de esterilidade voluntária dos casais, que, bem aplicadas, poderiam evitar o recurso ao aborto como era frequente. Difundi-se, assim, a prática de planificação de nascimentos que asseguraria ao casal os efeitos de dimensão (*quantos?*) e de calendário (*quando?*) no processo de limitar a descendência, tornando esta numa variável dependente do desejo comum, robustecendo deste modo a instituição matrimonial, na medida em que se integrava a sexualidade no domínio das relações afectivas e não apenas nos objectivos de reprodução³². A prática da limitação de nascimentos responsabilizou, assim, os casais pela sua descendência, os quais deveriam tomar decisões neste campo em função de razões consideradas como pertinentes, tais como as da economia familiar, as de natureza médica, as de natureza

³¹ PEIRÓ, Francisco – *Deontologia Médica*. Braga: Livraria Cruz, 1951, p. 178-180.

³² GUCHTENEERE, Raul – *A Limitação da Natalidade*. Braga: Livraria Cruz, 1944, p. 11-22.

eugénica (qualidade da descendência em função de determinados antecedentes) ou as de natureza moral.

A difusão das ideias neomalthusianas nas diversas camadas sociais era explicada de diversas formas, sobretudo no seu alastramento às camadas populares (uma vez que as classes nobres, em países como a França e a Suíça, imitando os comportamentos dos meios da prostituição, já praticavam a «esterilidade voluntária» desde os finais do século XVIII). Gerando um amplo debate, em várias dimensões (política, económica, médica, eugénica, religiosa...), os detractores da prática da limitação voluntária de nascimentos apontavam, como causas para a sua propagação, os efeitos da descrença religiosa, de uma assimilação geral do espírito democrático e da proliferação do individualismo³³.

Mas, como anota Michel Messu, em França, perante o triunfo do neomalthusianismo, as gravidezes sucessivas tornaram-se uma forma de «vergonha» para o casal, o tradicional pai de uma família numerosa era lamentado, quando não considerado tão só um imbecil, popularizando-se slogans eficazes do tipo «Deus abençoa as famílias numerosas mas não as alimenta», como expressão da reprovação deste tipo de famílias. Não faltaram as reacções natalistas que evocavam uma «conspiração» contra a família, as obras doutrinárias contra o «despovoamento» e a emergência de associações populacionistas, tais como *Alliance nationale pour l'acroissement de la population française*, criada em 1896, depois a *Ligue pour la vie*, e ainda a *Ligue populaire des pères et mères de familles nombreuses*³⁴.

Na verdade, em vésperas da Primeira Guerra Mundial, a limitação de nascimentos, segundo as informações históricas e demográficas, era uma prática que cobria já a quase generalidade dos países da Europa Ocidental, sobretudo nas zonas urbanas, onde era mais fácil o acesso à informação e aos meios necessários. Naturalmente, a diversidade de meios utilizados geravam diferentes posições, levando a distinguir os comportamentos segundo os métodos utilizados. Assim, o aborto voluntário, praticado desde a antiguidade, era condenado pela Igreja desde a Idade Média, mas a sua condenação ganhou nova argumentação nos inícios do século XIX. Com efeito, segundo Angus McLaren, «em 1827 a existência do ovo humano foi estabelecida como facto científico e a ideia de 'concepção', no sentido de um acontecimento

³³ SAUVY, Alfred (coord.) – *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ediciones Península, 1927, p. 5-30.

instantâneo quando o esperma e o ovo se encontram, cristalizou-se finalmente», quando antes se julgava que seria um processo demorado, levando dias ou semanas. Este autor afirma ainda: «Os médicos serviam-se agora da nova descoberta para condenarem o aborto em qualquer estágio e traçaram uma divisão nítida entre a contracepção e a indução do aborto». Mas, o público, em geral, continuava a utilização de práticas abortivas, pois a maioria das medidas anticonceptivas apresentavam-se ainda de forma difusa para a maioria, pelo que o número de abortos terá crescido exponencialmente à medida que a sociedade se abria à contracepção. Os médicos lideraram esse combate contra o aborto, secundados pela Igreja Católica que, em 1869, através de Pio IX, declarou essa prática como digna de excomunhão³⁵.

A propaganda neomalthusiana não teve tão grande expressão em Portugal como nos países mais desenvolvidos, sobretudo em termos de publicidade e de acções com grande visibilidade. Mas em todo o caso também aqui se expandiu e suscitou posições a favor e contra, sendo certo que a informação sobre a contracepção e sobre a sua admissibilidade se difundiu essencialmente pela via de alguma imprensa, sobretudo a de tendência anarquista³⁶, e pela oralidade decorrente das relações sociais.

Os meios médicos não eram geralmente prolixos na abordagem das problemáticas da contracepção, surgindo, porém, algumas referências esquivas, geralmente condenatórias. Por isso, no caso da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, merece relevo a tese de Ângelo Vaz, precisamente intitulada de *Neo-malthusianismo*, (sic), por tratar o problema com frontalidade. Apresentada em 1902, é a única a abordar directamente este tema de entre as várias dissertações daquela Escola, considerando que «as suas relações com a Medicina são tão íntimas, tão estreitas». O autor, ideologicamente anarquista³⁷, justificava a sua abordagem 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

³⁴ MESSU, Michel – *Les Politiques Familiales – du Natalisme à la Solidarité*. Paris : Éditions Ouvrières, 1992, p. 13-19.

³⁵ McLAREN, Angus – *Ob. cit.*, p. 213-214.

³⁶ PEREIRA, Ana Leonor – *Darwin em Portugal (1865-1914). Filosofia, História, Engenharia Social*. Coimbra. Almedina, 2001, p. 442.

³⁷ PEREIRA, Ana Leonor – *Ob. cit.*, p. 435-450.

gerações, contribuindo para a sua «perfectibilidade, laborando continuamente pela sua felicidade e grandeza»³⁸.

Ângelo Vaz desenvolve a sua argumentação sobre a análise da miséria e a mistificação que a assistência pública representava. Concluía que a miséria era a causa de tantas enfermidades sociais (pauperismo, prostituição, crime, suicídio, alcoolismo, esfalfamento físico e mental) que provocavam a degenerescência progressiva da população. Este reconhecimento, que apontava para a deficiente organização social, levava-o a abordar sucessivamente as teorias libertárias de Kropotkine, o darwinismo biológico e social, o malthusianismo e, finalmente, as posições neomalthusianas, cuja missão lhe merece o seguinte comentário: «a humanidade poderá, por fim, evitar a fome e manter o amor, conquistará mais um poderoso elemento para a sua emancipação»³⁹. Para isso, em vez da inconsciência e da irreflexão na vida sexual, o neomalthusianismo propunha uma «proliferação voluntária, meditada e consciente», recorrendo a processos simples e ao alcance de todos⁴⁰, harmonizando-se, assim, a necessidade social de controlar a natalidade com a necessidade do exercício orgânico do amor. Ângelo Vaz transcrevia na íntegra o *Relatório da Liga da Regeneração Humana ao Congresso Libertário de Paris, em Setembro de 1901*. Terminava, naturalmente, com um capítulo sobre o neomalthusianismo prático, onde apresentava os vários métodos anticonceptivos da época, seus efeitos e utilização, servindo-se de um brochura da Liga Neomalthusiana Holandesa. Esses métodos eram os seguintes: coito interrompido, introdução da esponja com irrigação posterior, o pessário ocluso (a utilizar segundo indicação e fornecimento de médico ou parteira). Como comentário final, Ângelo Vaz anotava:

Em Portugal, onde as práticas neo-malthusianas (sic) são pouco conhecidas, pelo menos nas classes pobres, era de absoluta necessidade a vulgarização do uso do irrigador e da esponja, não só como meio preventivo, mas como indispensável higiene sexual⁴¹.

E, das proposições relativas às várias disciplinas que Ângelo Vaz apresentava no final da dissertação para discutir com o júri, importa registar duas delas, que nos revelam as suas convicções perante os efeitos das práticas neomalthusianas:

³⁸ VAZ, Ângelo – *Neo-malthusianismo*. Porto: 1902, p. 18-19.

³⁹ VAZ, Ângelo – *Ob. cit.*, p. 102.

⁴⁰ VAZ, Ângelo – *Ob. cit.*, p. 104-105.

⁴¹ VAZ, Ângelo – *Ob. cit.*, p. 133.

- Obstetrícia: «uma boa gestação depende directamente da prática de neomalthusianismo»;
- Medicina Legal: «não vem longe o tempo em que fazer um filho será um acto duma grande responsabilidade moral e social»⁴².

De entre outros médicos que defendiam ou admitiam práticas neomalthusianas, sublinhe-se, pela influência das suas obras, Egas Moniz, que admitindo a esterilidade artificial feminina em casos patológicos, se opõe ao aborto, mas aconselha as práticas neomalthusianas às famílias operárias que não pudessem gerar filhos robustos, em nome da perfectibilidade da selecção natural⁴³. Mas o neomalthusianismo difundia-se também pelo combate que suscitava, isto é, textos que o pretendiam combater acabavam por dar a conhecer a sua relevância. Observa-se esse efeito em alguma literatura médica, nomeadamente em algumas teses sobre higiene social⁴⁴, que, ao argumentarem contra as práticas mais usuais, acabavam por as descrever, ainda que de forma simplista.

De um ponto de vista geral, a Igreja Católica opunha-se ao neomalthusianismo, mantendo o preceito bíblico «crescei e multiplicai-vos», inserto no livro do *Genesis*, na linha de um populacionismo ilimitado. E, naturalmente, influenciou a resistência à propagação das ideias e práticas neomalthusianas, embora não estivesse só nesse campo, pois socialistas e comunistas, numa primeira fase (antes da tomada do poder), preocupados apenas com o crescimento da força da classe operária, combatiam, nos inícios do século XX, a «greve dos ventres» defendida por anarquistas e socialistas-democratas: era preciso multiplicar o operariado para levar avante a revolução anti-capitalista. Veja-se, por outro lado, como em França as mulheres católicas se organizaram em torno dos valores expressos pelas encíclicas papais, se preocupavam com a quebra da fecundidade, valorizando a «missão maternal» e o papel educador das mães de família, apoiando, nos anos 20 e 30, o retorno das mulheres empregadas ao «santuário familiar»⁴⁵, enunciando uma retórica cujos ecos podemos captar em vários textos portugueses contemporâneos. O arco ideológico e social contra a limitação de nascimentos era vasto, com diversas sensibilidades a comungarem de um

⁴² VAZ, Ângelo – *Ob. cit.*, p. 138.

⁴³ MONIZ, Egas – *A Vida Sexual. I – Physiologia*. Coimbra: França Amado Editor, 1901, p. 272.

⁴⁴ É o caso de VILLAS-BOAS, José Augusto – *Breve Estudo sobre Alguns Assumptos de Higiene Social*. Porto: 1895

⁴⁵ COVA, Anne - «*Au Service de l'Église, de La Patrie et de la Famille*». *Femmes Catholiques et Maternité sous la IIIe République*. Paris : L'Harmattan, 2000.

sentimento populacionista e natalista. Nas décadas de 1920 e 1930, os regimes de tipo nacionalista e/ou confessionalista que então dominaram a cena política da Europa continental, na sua vocação totalitária, advogaram inequívocas posições natalistas, misturadas com posições eugenistas radicais, assentes na «purificação» das raças. Essas atitudes chegam na sequência de um processo ideológico-científico complexo cujos contornos podemos vislumbrar através dos estudos recentes de Ana Leonor Pereira⁴⁶.

Em Portugal também foi evidente o antimalthusianismo, dado o peso tradicional do catolicismo. A divulgação e a utilização de práticas anticonceptivas era estigmatizada, desde logo, por outros médicos das Escolas Médico-Cirúrgicas. Foi o que fez, 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 medo da diminuição da população francesa provocado pela quebra na natalidade, falava, em tons catastrofistas, do descalabro da sociedade, da perversão mental da época, do esforço em não procriar, da «esterilidade provocada conscientemente»:

Gozemos a vida, os filhos são um empecilho, eis a filosofia geral. A princípio 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, guérriçon rapide, discrétion...* Daqui a pouco não será mesmo preciso recorrer às

⁴⁶ Conforme assinala Ana Leonor Pereira, «a eugenia compreendia uma dimensão positiva (preservar) e uma dimensão negativa (eliminar), tal como a selecção natural de Darwin. No seu todo, ela apresentava-se como sendo uma selecção artificial positiva, no sentido em que julgava reproduzir a mecânica evolucionária da natureza que garantia o triunfo dos mais aptos e, por conseguinte, no sentido em que contrariava os efeitos decadentistas das selecções sociais anti-naturais praticadas nas sociedades civilizadas. Em Portugal, a face “espartana” (ou a selecção pela morte) do darwinismo social haeckliano não foi sufragada, ainda que o cientista alemão tenha defendido que o seu humanismo monista se harmonizava com o verdadeiro espírito do cristianismo: compaixão, amor do próximo, libertação do mal. Por outro lado, a moldura eugenista galtoniana teve algum impacto, sobretudo no plano da luta pela boa descendência, instruída pelo postulado da hereditariedade ou da transmissão dos traços físicos e psicológicos inatos ou adquiridos (...) Não houve em Portugal uma religião eugénica de matriz galtoniana, menos ainda algum ideal de raça pura como acontecia na “higiene racial” alemã, desde os inícios do século XX. O caso português (...) revela alguma semelhança com o eugenismo francês (...) esse parentesco consiste basicamente na subordinação do espírito eugenista ao campo do higienismo». PEREIRA, Ana Leonor – *Ob. cit.*, p. 481-483.

profissionais. Nas farmácias já se vendem umas cânulas 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...⁴⁷

Naturalmente, também médicos de outras escolas públicas desenvolviam a apologia da natalidade. Era o caso de Costa-Sacadura, que se assumia como um verdadeiro militante tanto contra os métodos neomalthusianos como contra o «aborto criminoso», que colocava em paralelo⁴⁸. Com a convicção da sua prática hospitalar de obstetrícia, apontava o aborto como generalizado em Portugal, denunciando a «cumplicidade, voluntária ou inconsciente, de médicos, parteiras, farmacêuticos sem escrúpulos, charlatães e bruxos sem a menor noção das suas responsabilidades, não lhes faltando o auxílio da imprensa, poderosíssimo para a expansão da publicidade dos serviços de tantas miseráveis criaturas»⁴⁹.

E não era por razões de falta de enquadramento penal que se verificava a progressão do aborto: a participação ou consentimento em processo conducentes ou provocadores de abortos era punível pelo Código Penal, desde 1886, com dois a oito anos de prisão, para médicos, cirurgiões e farmacêuticos (curiosamente não surge a referência a parteiras no Código Penal, embora a sua acção fosse abrangida pelos artigos que cominavam penas para sujeitos indefinidos); a lei proibia o fabrico e a venda de medicamentos especializados e empregados como antígenésicos ou abortivos (Decreto nº 17366, de 19.11.1929, seguida de outros avisos e despachos). Em 1936, no *Diário do Governo* (13 de Março) foi publicada uma nova tabela do mesmo tipo de produtos. Entretanto, o Decreto-Lei nº 37171 de 29.7.1942 actualizou as penalizações relativas ao aborto para todas as profissões auxiliares de medicina e para quaisquer actos estranhos à sua competência profissional, citando, desta vez, as parteiras que procedessem a operações obstétricas ou utilizassem instrumentos para

⁴⁷GARRETT, Almeida - Cartas de Paris: Despopulação e Criminalidade em França. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. Porto. (1908), p. 300-304.

⁴⁸COSTA-SACADURA - *O Aborto Criminoso: Suas Consequências*. Lisboa: 1937.

⁴⁹COSTA-SACADURA - *O Papel Social da Parteira*. Lisboa: 1935, p. 5.

além dos permitidos em enfermagem obstétrica⁵⁰. No mesmo passo era proibida a venda de acessórios médicos «capazes de interromper ou perturbar de qualquer modo a marcha fisiológica da gravidez», mandando multar e encerrar por quinze a trinta dias os estabelecimentos que os vendesse.

Mas, num opúsculo intitulado «O Aborto Criminoso: suas consequências», o médico Costa-Sacadura lembrava que «tanto sobre a mãe abandonada e que tenta abortar, como sobre a colectividade que a condena, pesam iguais responsabilidades». E defendia a abertura de instituições de apoio às grávidas e às mães abandonadas, às quais as mulheres em dificuldades pudessem acorrer em busca de auxílio, dando como exemplo a já existente obra dos «Refúgios para Mães Abandonadas». A sua atenção ia principalmente para a acção que o Estado poderia desenvolver, admirando a obra do fascismo italiano neste domínio:

Formidável o discurso de Mussolini, subordinado ao título “O número como força”, mas mais formidável ainda a sua acção criando a *Obra Nacional para a Protecção da Maternidade e da Infância* que logo no primeiro ano da sua existência subvencionou trezentos e dezanove institutos de assistência; criou numerosos cursos de puericultura, consultórios fixos e ambulantes para o tratamento de doenças infantis; promoveu a criação e sustentação de seiscentas e noventas e seis colónias marítimas, institutos helioterápicos e de montanha, nos quais foram tratadas mais de trezentos mil crianças, estimulando e protegendo as obras tendentes à protecção da maternidade e da infância.

Gastou nesta obra, fecunda de resultados, muitos milhares de liras que saíram em grande parte do imposto sobre os celibatários.

⁵⁰ É o Decreto-Lei nº 37171, de 29.7.1942, que estabelece um conjunto de normativos legais para as parteiras, recuperando aspectos que antes estavam apenas inscritos nas cartas de curso e das licenças para actividade profissional. Assim, o seu artº 14 estabelece o seguinte:

«Praticam actos estranhos à sua competência profissional:

1º As parteiras:

- a) Que procedam a operações obstétricas ou utilizem outros instrumentos para além dos permitidos em enfermagem obstétrica;
- b) Que façam exames ou tratamentos ginecológicos sem imediata direcção médica;
- c) Que, fora dos casos de urgência, prescrevam ou administrem por sua iniciativa qualquer medicação de uso interno ou que, nos casos de urgência por motivo de acidentes que precedam, acompanhem ou sigam os partos distócicos respeitantes à parturiente e recém-nascidos, prescrevam medicamentos que não estiverem incluídos na lista que for elaborada pela Direcção Geral de Saúde, mediante parecer dos professores de obstetrícia das Faculdade de Medicina. (...)

6º §2º - As parteiras são obrigadas a suscitar a imediata intervenção médica sempre que no decurso das gestações, partos ou puerpérios se lhes depare algum parto anormal ou aborto, sob pena de multa de 1.000\$00 a 5.000\$00; se a intervenção médica se não seguir prontamente devem as parteiras, sob a mesma cominação, participar a ocorrência à Direcção Geral de Saúde no prazo de quarenta e oito horas.

Quando teremos nós um estadista de visão larga que compreenda a magnitude deste problema e meta ombros à fecunda tarefa?⁵¹

E Costa-Sacadura, num apelo implícito ao «celibatário» que estava em S. Bento a governar o País (Salazar), chamava todos ao combate contra a «doença social» que denunciava, pedindo «leis protectoras do embrião humano», clamando que a Pátria estava em perigo. Para ele, as coordenadas das políticas natalistas do fascismo italiano⁵² eram o modelo a seguir, importava fazer leis neste sentido e dar-lhes «boa execução». Para contraponto, ilustrando o que não se devia fazer, apontava o modelo soviético, onde, desde 1920, os médicos estavam autorizados a fazer abortos a pedido das mulheres, criando-se para esse efeito clínicas próprias, os «abortários», existindo em cada distrito uma «comissão de aborto» que avalia a pertinência das razões do pedido.

Uma das interrogações de Costa-Sacadura era o facto da lei penal, como já referimos atrás, não relacionar ainda e directamente as parteiras com a prática de abortos, não prevendo penalidades para este tipo de situações. Chamava a atenção para o seu recrutamento, em geral, «numa classe pouco culta e de poucos meios», facto que, a par da «sentimentalidade e impulsividade femininas» e do pedido de mulheres e/ou de homens, as arrastava para práticas abortivas, apesar dos seus conhecimentos limitados a partos normais. Dignificar e defender as parteiras dos «elementos de imoralidade e de crime» era explicitamente uma componente do combate a desenvolver, o que, em sua opinião, passaria pela renovação da formação, pela atribuição limitada de serviços a prestar apenas em «partos de termo», isto é, partos com gestação completa (38 a 40 semanas), e por uma fiscalização rigorosa que vigiasse o cumprimento da sua actividade:

Quando teremos uma Escola de Parteiras e uma Escola de Puericultura? Somos o único país europeu onde faltam estes dois estabelecimentos.

Torna-se indispensável que os professores de Obstetrícia das três Faculdades tomem a iniciativa de propor a remodelação completa do ensino de parteiras, orientando-as no papel que devem desempenhar na sociedade com os melhores elementos de educação e de puericultura.

⁵¹ COSTA-SACADURA – *O Aborto Criminoso: Suas Consequências*. Lisboa: 1937, p. 71-72.

⁵² Para uma perspectiva da assistência materna na Itália de Mussolini, cf. PIMENTEL, Irene Flunser - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40. *Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 2000, 477-508 (pag.488).

Deve ser essa a sua principal missão, definida num decreto que além disso lhes permita apenas a assistência a partos de termo, com proibição absoluta de cuidar ou examinar mulheres grávidas antes do sétimo ou oitavo mês.

Na Alemanha, na Bélgica, na Suíça, as parteiras são submetidas a uma fiscalização médica. Em Inglaterra a vigilância que sobre elas se exerce é muito rigorosa; é-lhes proibido, sob pena de castigos severos, tratar de abortos. Inspectores numerosos exercem sobre elas uma fiscalização contínua; e, ao contrário, do que acontece na França e noutros países, as leis inglesas e as suas sanções são feitas para se aplicarem.

Como é possível entre nós as parteiras anunciarem que fazem diagnósticos, tratamentos, etc. etc.? Como é possível anunciarem que recebem doentes em suas casas?

Como é possível parteiras abrirem consultórios luxuosos, onde se encontram instrumentos para a provocação de abortos?

E, no entanto, tudo isto é público e notório⁵³.

Mas, em Portugal, tal como nos outros países católicos, torna-se importante reconhecer a palavra oficial da Igreja neste domínio, nomeadamente através das encíclicas, as cartas papais que visam o esclarecimento das posições oficiais e que servem de orientação aos fiéis, como pano de fundo. Ora, na conferência de Lambeth, em 1930, os bispos protestantes anglicanos passaram a apoiar a difusão do ensino da anticoncepção, desde que ligada à «santidade do matrimónio» e mantendo a «necessidade de continência que a religião impõe a todas as pessoas solteiras»⁵⁴. Perante esse apoio, a Igreja Católica, que via nessa posição uma cedência da religião, sentiu-se instada a tomar posição oficial perante o novo fenómeno. Para isso, o Papa Pio XI fez publicar, logo em 31.12.1930, a Encíclica «Casti Connubii» sobre o matrimónio cristão e as questões da reprodução, na qual reafirmava as posições tradicionais da Igreja Católica que ligavam, numa perspectiva indissociável, a sexualidade à procriação. Esta encíclica foi traduzida e largamente publicada⁵⁵ em Portugal, com edição em 1938.

Não é nosso intento analisar toda a política pastoral dessa encíclica, a qual abordava a natureza do matrimónio cristão e seu papel para a família; os designados «erros opostos à doutrina do matrimónio cristão»; os vícios que se opunham à vida conjugal; finalmente, os remédios a aplicar. Julgamos, porém, que importa circunscrever, ainda que rapidamente, o essencial das posições da Igreja na problemática em referência, a partir dessa encíclica, dadas as suas repercussões sobre

⁵³ COSTA-SACADURA - *O Aborto Criminoso: Suas Consequências*. Lisboa: 1937, p. 92-93.

⁵⁴ GUCHTENEERE, Raúl - *A Limitação da Natalidade*. Braga: Livraria Cruz, 1944, p. 198.

os valores e as práticas dos profissionais de saúde ligados ao problema, num país que então era oficialmente católico. Assim, para a Igreja Católica, o casamento era uma obra indestrutível de Deus, para a qual se pedia o livre consentimento dos cônjuges, constituindo o espaço próprio e único para a procriação. E o texto recordava mesmo S. Agostinho, para quem os bens do casamento eram a *prole*, a *fidelidade* e o *sacramento*. Os filhos ocupavam o primeiro lugar entre os bens do matrimónio, para cuja justificação se encontravam várias transcrições bíblicas («crescei e multiplicai-vos»). Neste contexto, a Encíclica condenava um conjunto de situações que considerava erros e atentados contra a prole, nomeadamente os actos contra a concepção de filhos que não derivassem da «honesta continência (permitida também no matrimónio, suposto o mútuo consentimento dos dois esposos), mas viciando o acto natural». Portanto, a encíclica opunha-se a que o «acto conjugal» fosse privado da sua «eficácia natural», impedindo a propagação da vida, ou seja, o acto sexual continuaria a ter como objectivo único a procriação. Indo ainda mais longe, a Igreja não aceitava quaisquer pretextos justificadores para prevenções ou intervenções externas, tais como o «perigo de vida das mães», o pretexto económico, os «atentados contra a vida do filho no seio materno», ainda que sob pretexto médico ou terapêutico.

Note-se que, entretanto, a Igreja Católica deu o seu assentimento à divulgação do método de abstinência periódica, elaborado por Knaus e Ogino, em 1929, com base no conhecimento do ritmo da mulher, que permitia conhecer os seus tempos férteis, permitindo aos casais a regulação da sua fecundidade sob uma forma vista como natural.

E quanto ao eugenismo? Reconhecendo alguma licitude nas razões normalmente invocadas para melhorar a qualidade da prole, a Igreja, através da mesma encíclica, antepunha-lhe uma norma bíblica - «não se devem praticar males para que venham bens», acusando que havia eugenistas que assumiam posições ilícitas:

É que, de facto, há alguns que, solícitos em demasia dos fins eugénicos, não se contentam com dar certos conselhos salutarés para assegurar melhor a saúde e vigor da prole futura, o que certamente, não é contrário à recta razão; - mas antepõem o fim eugénico a qualquer outro fim, ainda que seja de ordem mais elevada, e querem que a autoridade pública proíba o casamento a todos aqueles que, segundo os processos e conjecturas da sua especialidade, julgam que produziriam filhos defeituosos, por causa da transmissão hereditária, ainda que por si sejam

⁵⁵ Encíclica "Casti Connubii" de S. Santidade Pio XI sobre o Matrimónio Cristão (31-12-1930). Braga: Mensageiro do Coração de Jesus (Tipografia Porto Médico), 1938, p. 31-38.

aptos para contrair matrimónio. Mais ainda: querem até que, por lei, sejam privados, ainda contra a sua vontade, daquela faculdade natural, por meio duma intervenção cirúrgica. [...] Todos quantos assim procedem, esquecem-se criminosamente de que a família é mais sagrada que o Estado, e de que os homens, antes de tudo, são gerados, não para a terra e para o tempo, senão para o céu e para a eternidade⁵⁶.

A publicação e discussão desta doutrina, no âmbito de um Estado que assumia o catolicismo como religião oficial, como era o caso do regime do Estado Novo, deverá ter ajudado a moderar as posições eugenistas (e também as neomalthusianas) que alguns médicos costumavam assumir durante a década de 30 e que parecem não se repetir publicamente na década seguinte nem ter tido grande eco em Portugal, apesar de algumas posições conhecidas, como é o caso de Mendes Correia⁵⁷ e outros⁵⁸. O eugenismo matizou-se de natalismo, através da produção de um discurso favorável à maternidade, à assistência à mulher grávida, a obras de protecção à mãe, à criança e à família: a qualidade da prole seria obtida, de forma mitigada, através de um sistema de assistência maternal, através de cuidados médicos que superassem traumatismos e a transmissão de doenças⁵⁹.

Mas o planeamento familiar crescia em todos os países, com especial incidência nas zonas não católicas. Entretanto, em 29.10.1951, num documento que ficou célebre nos meios obstétricos pelo seu papel doutrinário - o «Discurso às Parteiras», o Papa Pio XII entreabria as portas da Igreja à *limitação* da natalidade em casos considerados nocivos à gravidez, mas considerava essas situações dos foros médico e eugénico e não teológico: a) seria o caso de doenças maternas que a gravidez viesse a agravar seriamente; b) doenças congénitas ou hereditárias que pudessem levar ao nascimento de crianças com taras. A distinção conceptual entre limitação e planeamento não era aqui indiferente: condenava-se o uso de produtos anticoncepcionais, prescrevia-se a «continência perfeita» total ou periódica:

Encontrar-vos-eis, por vezes, em face de casos muito delicados, em que não se pode exigir que alguém corra o risco da maternidade e mesmo em que esta maternidade deva ser absolutamente

⁵⁶ Encíclica "Casti Connubii" de S. Santidade Pio XI sobre o Matrimónio Cristão (31-12-1930). Braga: Mensageiro do Coração de Jesus (Tipografia Porto Médico), 1938, p. 31-38.

⁵⁷ CORREIA, A. A. Mendes - *O Problema Eugénico em Portugal*. Porto: 1928.

⁵⁸ Em 1937, era fundada, em Coimbra, a Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos, numa iniciativa de Eusébio Tamagnini, mas, apesar disso, «a eugenia (hereditariedade/factores internos era entendida no quadro da higiene (meio/factores externos)» PEREIRA, Ana Leonor - *Ob. cit.*, p. 435-450.

⁵⁹ Como 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.

evitada, e ainda, em que a observância dos períodos agenésicos, ou não oferece segurança suficiente, ou deve ser dispensada por outros motivos... É nestas circunstâncias que, de novo, sois chamadas a exercer o vosso apostolado, não deixando subsistir quaisquer dúvidas, pois, mesmo nestes casos extremos, toda a manobra preventiva e todo o atentado à vida e ao desenvolvimento do gérmen são, em consciência, proibidos e excluídos; e, assim só fica aberto um caminho: o da abstenção de toda a actividade completa da faculdade natural. Nesses casos, o vosso apostolado obriga a terdes um julgamento claro e seguro e uma calma firme⁶⁰.

Note-se que, segundo Chiara Saraceno, só com o concílio Vaticano II, na década de 1960, a Igreja católica passou a colocar lado a lado, e com a mesma dignidade, a procriação e o bem estar e as relações de reciprocidade como objectivos e valores do casamento, embora documentos posteriores continuem ainda a apontar a procriação como objectivo central da sexualidade conjugal (*Humanae Vitae*, em 1968, *Orientações Educativas sobre o valor humano*, 1983)⁶¹.

Mas, paralelamente, ocorria uma nova verdadeira revolução sexual, que, desta vez, remetia para a mulher a decisão de conceber ou não. Desde os anos 30 que se procurava um contraceptivo simples e barato. Isso veio a acontecer em 1958, nos Estados Unidos, com a descoberta da pílula anticonceptiva oral, que foi aprovada pela Administração norte-americana para comercialização em 1960, processo que depois se generalizou ao resto do mundo. A mulher passou a ter à sua disposição um meio que lhe permitia assumir a responsabilidade pelo controlo da concepção. Embora o seu uso continuasse dependente dos contextos de informação, disponibilidade e aceitação social, rapidamente a pílula ganhou a adesão médica, passando a ser receitado como um preventivo.

*

Puericultura, eugenia, neomalthusianismo e natalismo emergem como novos discursos médicos nas primeiras décadas do século XX em torno da sexualidade e da reprodução da espécie. Cada um desses discursos⁶² desenvolve signos informativos, valorativos, incitativos e sistémicos no sentido de estimularem determinados tipos de comportamentos e de práticas com vista à organização das condutas humanas em

⁶⁰ PIO XII – Discurso às Partejas. Cit. in O médico em face do problema da limitação de nascimentos. *Boletim da Assistência Social*, 1954, p. 17-45.

⁶¹ SARACENO, Chiara – *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa, 1992. p. 121.

⁶² Adoptamos o conceito de «discurso» como «um complexo de signos que podem assumir diversos modos de significação e que podem ser usados com diversos propósitos». MORA, José Ferrater – *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1991, p. 110-111.

resposta aos problemas derivados da reprodução biológica e suas conexões sociais, económicas e políticas. Sustentados em teorias apresentadas como científicas, mas eivados de pressupostos ideológicos e plenos de consequências políticas, esses discursos tornam-se convincentes, desdobram-se em retóricas de persuasão, formalizam-se em práticas, cruzam-se nos seus princípios, são usados num quadro de divergências e oposições. A assunção de cada um desses discursos, só por si, tinha consequências ao nível da atribuição de papéis à parteira no seu campo de cuidados, pois, conforme a linha, assim se desenvolvia um conjunto de expectativas sociais em relação aos comportamentos das profissionais designadas de parteiras, o que obviamente condicionava o modelo de formação que lhes era destinado e tendia a alterar o tipo de interações a desenvolver com a integração nas equipas de saúde.

CAPÍTULO II

SISTEMA SANITÁRIO EM PORTUGAL E AS ENFERMEIRAS-PARTEIRAS

O «Estado higienista» surgiu na Europa à medida que se construiu o conceito de higiene pública, mas foi após as descobertas pasteurianas e listerianas que este conceito se alargou. Quase todos os aspectos da vida humana passaram a merecer o interesse médico e a questão da prevenção da doença tornou-se numa questão central na administração pública. Este desenvolvimento sanitarista é indissociável da anterior valorização da medicina, em função da emergência da medicina experimental que Claude Bernard (1813-1878) teorizou e divulgou, mostrando a sua superioridade, apoiada no contributo fundamental das ciências fisico-químicas, como caminho para se atingir o desiderato de «conservar a saúde e curar os doentes». Para se conseguir este objectivo central, apontou a via da convergência disciplinar interna no sentido da construção de uma medicina científica:

Para abranger o problema médico no seu conjunto, a medicina experimental deve englobar três pontos fundamentais: a fisiologia, a patologia e a terapêutica: o conhecimento das causas dos fenómenos da vida no estado normal, ou seja, a fisiologia, ensinar-nos-á a manter as condições normais da vida e a conservar a saúde. O conhecimento das doenças e das causas que a determinam, ou seja, a patologia, conduzir-nos-á, por um lado, a evitar o desenvolvimento dessas condições mórbidas, e por outro, a combater-lhes os efeitos com agentes medicamentosos, isto é, a curar as doenças.

Durante o período empírico da medicina que, sem dúvida, virá ainda a prolongar-se por mais algum tempo, a fisiologia, a patologia e a terapêutica puderam caminhar separadamente porque, não estando constituídas, nem umas nem outras, não se encontravam em condições de se prestar um mútuo apoio na prática médica. Mas tratando-se de uma concepção já assim não poderá suceder: a base terá de ser a fisiologia. Estabelecendo-se a ciência apenas por via da comparação, o conhecimento do estado patológico ou anormal não deveria ser obtido sem o conhecimento do estado normal, tal como a acção terapêutica dos agentes normais ou medicamentos sobre o organismo, não poderia ser compreendida cientificamente sem o estudo prévio da acção fisiológica dos agentes normais que mantêm entre si os fenómenos da vida⁶³.

A afirmação da medicina experimental como modelo dominante da medicina ajudou a promover ainda mais o envolvimento do poder político na regulação das questões de saúde, na medida em que fornecia provas dos contágios bacteriológicos

⁶³ BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães Editores, s/d, p. 12

nos desenvolvimento de epidemias e endemias. E, por isso, à medida que os problemas da higiene se configuraram como problemas sociais mais evidentes, o campo da saúde pública ganhou mais espaço no interior das actividades administrativas, afirmou-se como um poder-saber perante o objectivo de defesa da sociedade como um todo, reforçando a influência médica. Daí resultou legislação normalizadora para múltiplos domínios da higiene e a criação de organismos fiscalizadores e/ou executivos das regras em vigor, surgindo ainda a multiplicação de profissões sanitárias, que constituíram verdadeiros corpos de prevenção, a que foi preciso dar uma formação considerada conveniente em vista de competências esperadas, com soluções escolares específicas.

Sanidade e assistência

Numa fase inicial, o Estado higienista serviu-se da beneficência pública ou assistência pública, na medida em que o socorro a indivíduos indigentes e desprotegidos, quase sempre dominados pela doença, era também uma forma de profilaxia com vista a tratar da «patologia social», que se desdobrava frequentemente em epidemias, tais como a cólera ou a tuberculose, doenças típicas das cidades industriais. Isolar os doentes através de medidas prodigalizadas pela assistência (por exemplo, em hospitais específicos sustentados pelo Estado, como os sanatórios) era uma forma de praticar a prevenção em relação aos indivíduos sãos.

Podemos ver ainda nesta ligação entre higienismo e beneficência a persistência residual da «intervenção caritativa, religiosa ou pública confinada aos pobres e necessitados», como assinala por André Petitat⁶⁴, dimensão que impregnou durante séculos a prática da medicina ocidental, para ser superada à medida que a medicina científica gradualmente se afirmou, numa autonomização da técnica em relação ao simbólico, integrando o movimento de laicização da sociedade (embora se verifiquem ainda, entre nós, sinais desse fenómeno histórico – os asilos e hospitais de ordens religiosas ou das misericórdias).

A laicização da relação entre sanidade e assistência acabaria por ter um incremento significativo na altura da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), perante as dificuldades e/ou a destruição verificadas, em que os problemas de saúde das

populações se confundiam com os problemas de miséria e desprotecção. Foi por essa altura que, em muitos países, o Estado começou a implantar unidades de saúde locais (*health-units*) que, dirigidas por um médico, visavam atingir a saúde e criar o bem-estar das populações, conjugando todos os serviços (de higiene e de assistência) num só edifício e coordenados por um só dirigente. Invocando-se exemplos da Polónia, Hungria, Sérvia, Estados Unidos, Argentina, estas instituições de «assistência e medicina social» apresentaram resultados que foram apreciados e louvados na Conferência Internacional de Higiene Rural de 1931. Foi o reflexo deste tipo de acções que presidiu à criação, em 1934, dos «centros de saúde» em Portugal, que, durante muito tempo, se contaram pelos dedos da mão, isto é, não tiveram desenvolvimento consequente, apesar da boa vontade do legislador. Mas a tendência geral na organização dos serviços públicos apontava para a separação entre serviços de sanidade e serviços de assistência, com vantagens mútuas na separação entre dois campos bastante distintos:

Por fins do passado século [XIX] os países, sobretudo os latinos, jungiam numa mesma organização os serviços de beneficência e de saúde; era o seguimento de uma norma que se adoptou quando os Estados tomaram para si a conduta e a responsabilidade de fiscalização sanitária. O avanço científico dos procedimentos de medicina preventiva e de salubridade, determinou um tão grande alargamento de funções que, quase de um jacto e em quase toda a parte, se foi estabelecendo a individualização do organismo a que coubesse o manejo do trabalho sanitário. Em algumas nações tal independência foi mesmo além da conformação de uma direcção geral para se lhe atribuir foros e extensão de ordem ministerial. Temos de reconhecer que da criação de Direcções Gerais de Saúde, assim individualizadas, resultou vantagem não somente pela elasticidade na aplicação dos recursos técnicos como também pela instigação que isso veio a provocar no estudo e regração dos seus processos e, igualmente, no ensino e difusão dos conhecimentos dessa parte da medicina⁶⁵.

A tendência para a separação das duas dimensões – higiene e assistência pública, consuma-se na década de 1940, com esta última a evoluir para formas de assistência social e de previdência. Note-se que se o conceito de *assistência pública* assentava num princípio de socorro a desprotegidos e economicamente indigentes, num sentido de remediação, embora dominado pelo critério de ordem pública, incluindo o nível

⁶⁴ PETITAT, André – *Les Infirmières. De la Vocation à la Profession*. Montréal : Editions du Boréal, 1989, p. 27.

⁶⁵ FARIA, José Alberto - Assistência e Sanidade. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942-43, p. 5-7.

sanitário, que importaria manter. A utilização posterior do conceito de *assistência social* pretendia representar uma evolução, pois assentava numa lógica algo diferente, já de prevenção social, mostrando-se mais abrangente em relação a indivíduos carenciados: procurava prevenir a queda das pessoas carenciadas em situação de miséria ou de extrema dificuldade, por razões, sobretudo, de desemprego, distribuindo subsídios ou facilitando o acesso a serviços de apoio na doença, ou seja, tratando as «carências individuais do ponto de vista do quadro dos agrupamentos naturais ao homem - família, profissão e região»⁶⁶.

A *previdência social*, por seu turno, era uma forma de seguro social obrigatório, imposto aos indivíduos profissionalmente activos, que gerava direitos (tratamento na doença, invalidez, abono de família...) mediante o pagamento de prémios pré-fixados (normalmente, através de desconto no salário). Foi uma prática que se começou a difundir na Europa no pós-primeira guerra mundial (em Portugal, de forma significativa, só a partir dos meados da década de 1930, com a criação de algumas caixas de previdência sectoriais na indústria e nos serviços)⁶⁷. Assim se geraram os sistemas de «segurança social» que passaram a abranger diversas valências (protecção na doença, subsídio de desemprego, reforma na velhice e invalidez, prestações familiares, etc.), tendencialmente universais, processo este que se convencionou designar de «Estado-Providência», quando o Estado assumiu uma função de gestão dos respectivos fundos financeiros e neles participava, responsabilizando-se pela execução dos respectivos serviços.

Ora, como as questões materno-infantis, tomaram, no contexto higienista, uma posição intersticial à estrutura sanitária e à assistência, e como estas apresentaram, durante décadas, uma relativa indiferença em Portugal, torna-se aconselhável uma breve perspectiva sobre a organização do sistema sanitário em Portugal, para efeitos do enquadramento sistémico daquelas questões sob o ponto de vista administrativo⁶⁸.

⁶⁶ FERREIRA, Coriolano – *Viagem de Estudo a Hospitais da França, Bélgica, Suíça e Alemanha*. Lisboa: 1954, p. 378.

⁶⁷ PEREIRA, Miriam Halpern - As Origens do Estado Providência em Portugal: as novas fronteiras entre o público e o privado. *Ler História*, 37 (1999), p. 45-61. Este número da revista «Ler História» traz um «dossier» sobre «As origens históricas do Estado Providência: perspectiva comparada» que permite alguns exercícios de comparação e ilustra a situação do atraso português neste domínio.

⁶⁸ Sublinhe-se que uma distinção clara entre saúde e assistência só se esclarece com a institucionalização e generalização do Estado-Providência em Portugal que, apesar de medidas sectoriais na indústria e serviços durante o Estado Novo, só se generalizou a todas as camadas sociais da população depois de 1974.

Serviços de Saúde e de Beneficência Pública

Logo nos inícios do século XX, ainda na vigência da monarquia, o sistema sanitário em Portugal passou a ter uma nova estrutura institucional, com a publicação, em 24 de Dezembro de 1901, pelo governo de Hintz Ribeiro, do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e de Beneficência Pública, redigido pelo higienista Ricardo Jorge. Importa prestar alguma atenção ao preâmbulo do decreto que aprova esse regulamento, pois, na sua linguagem mecanicista, permite-nos intuir a finalidade sistémica do articulado, em nome da necessidade de ultrapassar o «período embrionário» dos serviços de sanidade e ajustar a política «às exigências científicas e sociais da higiene, bem como às condições administrativas e económicas do país»:

Reconcertar o mecanismo sanitário nas suas rodagens activas, sistematizando-lhe peça por peça as relações, o funcionamento e a finalidade, de modo a assegurar o pleno exercício do seu trabalho em proveito da saúde pública, tornava-se de facto a obra essencial; a seguir viriam encadeados os regulamentos parciais e as instruções referentes às variadas espécies higiénicas, a cada qual compete capitulação própria de regime, o que nos países que primeiro romperam e avançaram modernamente na legislação sanitária, se foi a pouco e pouco incorporando num código de tomo, sempre aberto às adições que os progressos da ciência e a sua integração administrativa incessantemente promovem⁶⁹.

Tratou-se, assim, de definir os novos organismos centrais e os órgãos externos, nomeando os funcionários, distribuindo poderes e atribuições, chamando, de uma forma mais clara, para a administração geral (o governo) o controlo e a fiscalização das políticas sanitárias. E, a classe médica, passou a ser «confiadamente, o esteio do sistema sanitário inaugurado». Prescrevem-se normas de estatística, declarações profilácticas, em suma, impõe-se um «direito sanitário», tomando como exemplos a Inglaterra e a Alemanha, fechando o decreto com a invocação da máxima de Leibniz: «a saúde e o bem são o melhor alvo da preocupação do homem». Com este regulamento, a superintendência dos serviços de saúde e beneficência passavam para a imediata dependência do Ministério do Reino, competindo os serviços à *Direcção-Geral da Saúde e Beneficência Pública*, que passaria a informar praticamente todas as decisões políticas neste domínio e cujo Director-Geral seria obrigatoriamente um

⁶⁹ Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº 1, 1902, p. 3.

médico higienista. Sublinhe-se a mesma supervisão administrativa para os dois tipos de problemas – acção sanitária e acção beneficente – um aspecto ambivalente que perdurou na administração portuguesa até 1911 (ao nível da direcção-geral). Mas a palavra «beneficência» deu lugar, mais tarde, a «assistência», o que sedimentou uma ambiguidade manifesta na organização dos serviços públicos de saúde em Portugal, durante a maior parte do século XX, em que as funções de controlo da salubridade se confundiam com as do controlo social, como se as duas vertentes («patologia biológica» e «patologia social») se resumissem a uma só patologia.

Nos seus termos regulamentares, estes serviços de saúde contemplariam o estudo e a vigilância da sanidade pública, higiene social e vida física da população, promovendo as condições da sua melhoria, abrangendo a defesa contra a invasão de moléstias exótico-pestilenciais, desenvolvendo a estatística demográfico-sanitária, a prevenção e combate das moléstias infecciosas, a salubridade de lugares e habitações, a inspecção das substâncias alimentícias, a higiene da indústria e do trabalho, a polícia mortuária, o exercício médico-profissional e quaisquer outras aplicações de higiene pública. No âmbito destes largos poderes (que se regulam por 347 artigos), cabia às autoridades sanitárias a matrícula de facultativos, farmacêuticos, dentistas e parteiras (as quatro profissões admitidas no quadro de saúde), registar os respectivos diplomas de habilitações, proceder contra os que se subtraíssem ao registo ou exercessem sem as condições previstas na lei ou, ainda, contra os que recusassem o auxílio da sua profissão quando convocados.

Institucionalizou-se, por este regulamento de 1901, o Instituto Central de Higiene (já antes criado por Decreto de 28 de Dezembro de 1899) para fazer investigação, dar formação em saúde pública, fazer a divulgação das conquistas da higiene e promover análises relativas a fiscalizações, ao qual se veio, mais tarde, a dar o nome de Instituto Ricardo Jorge, em reconhecimento ao conhecido médico que liderou e concebeu este novo ordenamento sanitário. E, para tornar conhecida a legislação, as circulares, as ordens, as nomeações e outros assuntos que passavam pela Direcção-Geral e interessavam a todo o sistema, passou-se a publicar o *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*. É aí que podemos encontrar, por exemplo, o Decreto de 28 de Outubro de 1903, que aprovava um regulamento uniforme para o curso de parteiras a funcionar na Universidade de Coimbra e nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto,

explicitando-se, desta forma, que a função e a formação de parteira era uma peça indissociável do moderno sistema sanitário⁷⁰.

O governo republicano, em 1911, autonomizou a Direcção Geral de Saúde, desligando-a da Beneficência, mantendo-se os restantes princípios regulamentadores. Depois, em 1926, a organização do sistema sanitário em Portugal foi revista novamente, já em pleno governo da Ditadura Nacional. Essa reorganização foi liderada, mais uma vez, por Ricardo Jorge. No preâmbulo do diploma que estabelecia a reorganização (Decreto 12477, de 12 de Outubro de 1926), defendia-se a validade dos princípios da reforma de 1901, a que teria faltado «a força e o dinheiro» e reconhecia-se o «atraso» nacional entretanto criado relativamente à situação de outros países⁷¹.

Significativa, do ponto de vista doutrinário, era a atenção dada à «solidariedade higiénica internacional», que nos impunha a necessidade de tomar medidas, invocando-se o papel harmonizar veiculado pela Sociedade das Nações, que, logo no tratado de Paris para a sua fundação, no pós-guerra, instituiu uma «organização internacional permanente de sanidade», que se instalou em Genebra e impunha deveres às potências aderentes:

Toda esta situação europeia e mundial, cada vez mais aguda, cria obrigações reais, de execução contínua e rigorosa, obrigações impreteríveis de cumprimento por parte de Portugal, sob pena de nos vermos apontados sanitariamente como menos desejáveis. Importa pois evitar essa nódoa, empenhando um esforço enérgico e sério para o fomento progressivo da higiene nacional sem poupar sacrifícios⁷².

Invocando vários tipos de problemas a resolver (nomeadamente os flagelos do sezonismo e da sífilis, então com muita incidência), pretendia-se lançar as bases da «restauração sanitária». Centralizava-se na Direcção Geral de Saúde a gestão técnica e administrativa dos serviços públicos de sanidade e higiene, conferia-se nova regulamentação aos diversos serviços centrais e locais, requalificando as suas competências e atribuições ao nível concelhio, mas suprimindo-se as delegações de

⁷⁰ *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, 1903, nº, p. 146-148.

⁷¹ Nomeadamente países pobres que, apesar da guerra e da crise económica, tinham investido na reconstrução dos seus sistemas sanitários - «a Rússia soviética, a Polónia, a Checoslováquia, a Sérvia, a Roménia, onde hoje se encontram magníficas instituições que são para nós outros verdadeiras maravilhas» (Decreto 12.477, de 12 de Outubro de 1926).

⁷² Decreto 12.477, de 12 de Outubro de 1926. *Boletim dos Serviços Sanitários*, nº 8, 1931

saúde distritais (mais tarde repostas). Pela Direcção Geral de Saúde, que seria dirigida sempre por um médico, segundo as disposições regulamentares, passava a concepção e a definição de directivas relativamente à criação de novos serviços, das novas carreiras profissionais no campo da saúde ou das suas reconfigurações, bem como o desenho das estruturas formativas subjacentes em articulação com as entidades formadoras. Cada vez mais, a noção de sistema ganhava maior significado, tudo se articulando na máquina burocrática que a sanidade pública, nas suas diversas facetas, representava, embora a responsabilidade estatal fosse restrita.

Na verdade, o sistema público de saúde não progredia à imagem do que se começava a verificar em alguns países estrangeiros. Pela década de 1930, o Estado Novo preferia as soluções corporativas, isto é, ao entendimento entre o capital e o trabalho através de contratos colectivos entre sindicatos e grémios, em vez daquilo que designava como «utopia socialista do Estado-Providência», pensando nos seguros sociais obrigatórios que já corriam em alguns países, sob administração governamental. É isso que o regime do Estado Novo explica quando estabeleceu as bases para a criação das instituições de previdência social, em 1935, que deixava a cargo dos sindicatos e grémios, das Casas do Povo e Casas de Pescadores, recusando a sua a direcção pelo Estado:

Concentrar no Estado os cuidados e a responsabilidades da administração das instituições de previdência seria praticar erro duplamente funesto. Erro económico porque a burocratização de tais serviços é sempre cara e de precário rendimento. Erro político e social porque iria concorrer para diminuir a já débil capacidade da iniciativa privada, tão pronta nos tempos que vão correndo a fugir ao cumprimento dos seus deveres e a entregar tudo ao Estado (...) o Estado desiste portanto de montar a máquina burocrática da previdência⁷³.

O governo do Estado Novo limitava-se a reservar para si a fiscalização e a orientação técnica da previdência⁷⁴. Para além disso, o Estado assumia apenas aquilo que passou a designar de «assistência social», desde 1937, cujo campo surgia arrumado em quatro áreas fundamentais, todas elas dedicadas a elementos não-activos da sociedade:

⁷³ Decreto nº 25935, de 12.10.1935, que regulamenta as caixas de previdência, previstas pela Lei nº 1884, de 16.3.1935.

⁷⁴ A Lei nº 1884, de 16.3.1935, especifica o quadro de criação das instituições de previdência. O Decreto nº 25935, de 12.10.1935, regulamenta as caixas sindicais de previdência. O Decreto nº 35311,

- Assistência à vida no seu nascimento e primeira infância (consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários infantis);
- Assistência à vida na sua formação e preparação física, intelectual e moral (preventórios, colónias de férias, orfanatos e patronatos);
- Defesa da vida ameaçada por infecções físicas, mentais ou morais (hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração);
- Assistência à vida diminuída pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues)⁷⁵.

Estas linhas configuravam formas de «assistência paliativa e curativa, de assistência preventiva e assistência construtiva». Mais tarde, foram enquadradas numa nova organização, traçada pelo Decreto nº 35108 de 7.11.1945, alargando-se o âmbito das atribuições aos serviços centrais e estabelecendo novo ordenamento jurídico, decorrente da aprovação do Estatuto da Assistência Social (aprovado pela Lei nº 1998, de 15.5.1944). Para tutelar politicamente a área designava-se a Subsecretaria de Estado da Assistência Social (que já tinha sido criada em 1936), na qual se integraram a Direcção-Geral da Saúde e a Direcção-Geral da Assistência, bem como a Inspeccção de Assistência Social. Repare-se como na designação da tutela política se hierarquiza e subalterniza a saúde perante a assistência, vendo-se a função do Estado essencialmente como uma função assistencial. Os serviços de saúde em geral eram deixados a cargo da iniciativa privada (clínica livre, organizações com vocação na área, como as misericórdias e algumas ordens terceiras, além das recentes caixas de previdência). Mas, como se vê, a assistência à maternidade era uma valência que importava à saúde pública para efeitos de assegurar o crescimento da população e, juntamente com as outras valências assistenciais, a manutenção da coesão social (neste quadro, a assistência à maternidade era essencialmente destinada às parturientes pobres).

Entretanto, no campo da saúde pública, pela reforma implementada pelo Decreto nº 35108, de 17 de Novembro de 1945, reforçava-se a rede da autoridade sanitária: criavam-se de novo os serviços distritais de saúde, através da implementação de delegações de saúde sediadas na capital do distrito, sendo todas elas hierarquizadas

de 25.4.1946, foi constituída a Federação das Caixas de Previdência, que concentrou e organizou um serviço de assistência antes dispersos pelas pequenas «caixas» de diversos sindicatos.

⁷⁵ Decreto-Lei 31666, 22.11.1941.

em categorias de 1ª e 2ª classe, posicionadas acima das subdelegações de saúde concelhias. Nestas, os subdelegados assumiam localmente as atribuições de delegado, tornando-se as suas medidas sanitárias obrigatórias para as autoridades administrativas e policiais. Foi ainda revisto o Conselho Superior de Higiene que, criado em 1901, passava a Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, cujas áreas de tutela passaram a ser: salubridade, higiene geral da alimentação e epidemiologia, sanidade internacional, tuberculose, oncologia, assistência psiquiátrica e higiene mental, defesa da família, estudos e inquéritos sociais. Entregaram-se a alguns institutos, dotados de personalidade jurídica, as funções de orientação e coordenação no âmbito das áreas específicas da assistência social atrás referidas, relativas, em geral, à população não-activa: Instituto Maternal, Instituto de Assistência à Família, Instituto de Assistência aos Menores, Instituto de Assistência aos Inválidos; Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. Destes interessamos o Instituto Maternal, destinado a «coordenar a assistência médico-social à maternidade e à primeira infância», cuja direcção integrava o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social.

A palavra «assistência» reforçou, assim, a sua posição na lógica dos serviços, o que, dada a sua indefinição e polissemia, adensou a confusão e perturbou a identidade das estruturas de saúde, no sentido de um serviço público de saúde. Subjacente ao princípio de organização das estruturas hospitalares do Estado estaria sempre presente uma ideia de amparo, de socorro, de auxílio, obstruindo, por falta de delimitação de espaços, os esforços de alguns para o aprofundamento científico e técnico da medicina e, sobretudo, para uma organização estatal de um sistema de saúde que viabilizasse a criação de um corpo articulado de funcionários. Entretanto, a reforma de 1945 sobre a Assistência Social forneceu o quadro sanitário até à reorganização observada em 1971, embora acrescida de algumas medidas complementares, que importa registar:

- Lei nº 2011, em 1946, que estabelece as bases para a organização hospitalar (uma carta hospitalar, para criar estruturas centrais, regionais e sub-regionais), que começou a ser implementada na década de 1950;
- a subida da Subsecretaria da Assistência Social a Ministério da Saúde e Assistência, em 1958, numa evidente valorização política (Decreto-Lei nº

40825, de 13 de Agosto de 1958), que, a partir de 1973, assume a designação de Ministério da Saúde (amputado da Assistência).

- A criação da Direcção Geral dos Hospitais, em 1961, que organizou, nomeadamente, o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº 48357, de 27 de Abril de 1968).

Para se fazer um balanço dos resultados das medidas sanitárias deste segundo período do Estado Novo, pós-segunda guerra mundial, importa reter a avaliação realizada por F. A. Gonçalves Ferreira, autor basilar para a história dos serviços de saúde em Portugal:

Durante este período de 1945 a 1971, o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde.

Como resultado, os portugueses não tinham um serviço de saúde, mas vários serviços de saúde de tipo vertical, mal dotados e mal equipados, com os trabalhadores de saúde com salários baixos, obrigando-os à solução do pluriemprego, com as respectivas consequências negativas que todos conhecemos (...). Serviços importantes como a protecção à mãe e à criança foram em grande parte atribuídos às Misericórdias, que na sua grande maioria não tinham rendimentos próprios e tinham de ser subsidiadas pelo Estado ou por cortejos de oferendas, que, além do interesse folclórico, pouco contribuíram para os objectivos em vista⁷⁶.

A diferença de perspectivas na organização da saúde terá ocorrido apenas em 1971, já na designada «primavera marcelista». Com o Decreto-Lei nº 413/71 reorganizaram-se os serviços centrais e expendeu-se uma doutrina que apontava para o «reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses (...) cabendo ao Estado a responsabilidade de lhe assegurar», para uma «política unitária de saúde», a ser gerida pelo ministério da Saúde, para a «integração de todas as actividades de saúde e assistência», para a criação de organismos de «planeamento central e descentralização na execução». É, nesta altura, que surge o Instituto Nacional de Saúde, em substituição do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, e que se criam, ao nível do ministério, o Gabinete de Estudos e Planeamento e a Secretaria-Geral. Implementaram-se também os centros de saúde distritais e os centros de saúde

⁷⁶ FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 343.

concelhos, estabelecendo-se uma perspectiva programática e faseada para a organização da criação da rede de cuidados de saúde primários.

Na mesma altura, pelo Decreto-Lei nº 414/71, estabeleceram-se as carreiras profissionais do pessoal de saúde, o que acontecia pela primeira vez em Portugal, cuja doutrina preambular explicava não ser só para obedecer a um «princípio de organização de trabalho» e de maior eficácia das organizações, mas também para assegurar estímulo aos funcionários. Explicava-se a necessidade de atrair para o serviço público valores de competência e, ao mesmo tempo, exigir «habilitações apropriadas à diferenciação de tarefas», para se acabar com as improvisações, o que se conseguiria através da institucionalização de «carreiras profissionais devidamente estruturadas e hierarquizadas», de forma a acompanhar o «desenvolvimento da ciência e o progresso das técnicas»⁷⁷. A falta de concretização das medidas programáticas em toda a extensão prevista terá sido o grande problema, dada a complexidade do ambiente político da altura, que desembocou na revolução de 25 de Abril de 1974.

Em resumo, e de acordo ainda com F. A. Gonçalves Ferreira, pode dizer-se que «a política de saúde condiciona a escolha e aplicação dos sistemas de cuidados de saúde». Segundo o mesmo autor, desde a reforma dos serviços de saúde, promovida por Ricardo Jorge em 1899-1901, e durante cerca de 70 anos, a política portuguesa de saúde, na sua generalidade, adoptou e manteve o *tipo caritativo*, para os pobres e indigentes, e o *tipo comercial, de clínica livre*, para o resto da população, sendo identificáveis três períodos ao longo dos referidos 70 anos:

- a) até 1930, o Estado quase não intervinha, apenas assegurava, sob a forma de assistência pública, uma protecção mínima de pobres e indigentes;
- b) de 1930 até 1945, tendo surgido a aplicação legal do princípio de que o Estado e autarquias apenas deviam ter uma intervenção supletiva, procurou-se estimular e apenas complementar a iniciativa privada, numa postura que invocava a *privacidade* e a *semioficialidade*.
- c) de 1945 a 1971, em que se verificava um discurso de coordenação, de reconhecimento do atraso português no domínio da saúde, e de medidas avulsas no sentido da organização de alguns serviços e da profissionalização de

⁷⁷ FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Ob. cit.*, p. 343-349.

algum pessoal, com melhorias sectoriais, mas sem que se lograsse estabelecer uma organização satisfatória de conjunto.

- d) Em 1971 publicou-se nova legislação e preparou-se outra ao nível ministerial mas que só mitigadamente teve aplicação ou nem chegou a ser publicada⁷⁸.

Esta cronologia e a caracterização breve dos seus períodos parece-nos do maior interesse para conhecermos o tipo de preocupações e os modelos adoptados no campo da saúde e a sua relação institucional com o campo da assistência. Para os objectivos deste trabalho, ajuda-nos a enquadrar numa perspectiva sistémica a preparação do respectivo pessoal de enfermagem e, em particular, a das enfermeiras-parteiasas.

Ajustamentos no quadro de formação: as enfermeiras-parteiasas

As parteiras diplomadas entraram no século XX numa situação de fragilidade profissional, como já referimos. Num tempo em que o parto era ainda realizado em casa para as famílias com recursos, em que a «curiosa» tradicional continuava a predominar, não deixando espaço profissional para as «diplomadas», a capacidade de afirmação profissional e social destas era muito limitada, o que diminuía as suas possibilidades de mobilização associativa: torna-se elucidativo o facto de para reivindicarem medidas terem de recorrer a médicos-parteiros como porta-vozes, como se revela no episódio, registado em capítulo anterior, com o professor de partos Maia Mendes, no Porto. Além disso, mesmo nos cursos de partos, tinham de se defrontar com algum desinteresse por parte de algumas escolas médicas relativamente aos seus cursos, saindo ainda diminuídas com a persistência de representações de incompetência e de ligação a práticas abortivas condenáveis socialmente pelos padrões morais dominantes. As informações sobre o movimento associativo são, pois, escassas, o que revela a sua invisibilidade: tudo parece bastante efémero no que se refere a atitudes de afirmação ou a qualquer tipo de reivindicação. O que se vislumbra são algumas atitudes de identificação com os problemas gerais das parteiras por parte de alguns médicos obstetras e ideólogos sanitaristas (Maia Mendes, Costa-Sacadura, entre outros), alguns dos quais, no entanto, não defendem as parteiras em particular, mas sim uma ideia de parteiras, ou seja, defendem a promoção de novas parteiras,

⁷⁸ FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Ob. cit.*, p.23-27. Tal como sublinha o autor, em 1944, a Inglaterra criava o Serviço Nacional de Saúde, com base no plano Beveridge, divulgado em 1942-43.

novas profissionais sujeitas a modelos de formação mais eficientes e a idealizações de serviço cujos contornos eles próprios desenhavam com mais ou menos pormenores.

Neste contexto, os programas dos cursos de parteiras foram ajustados logo no início do século XX, na sequência da institucionalização do novo quadro sanitário. Esse ajustamento uniforme chegou através da aprovação governamental de um novo regulamento do curso de parteiras para ser aplicado nas três escolas superiores – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto, o que aconteceu por Decreto de 28 de Outubro de 1903, sancionado pelo governo chefiado por Hintz Ribeiro. O ajustamento curricular era justificado no referido diploma como forma de dar resposta às «solicitações dos corpos docentes das escolas médicas», ou seja, é um corpo profissional exterior às parteiras a determinar o modelo de formação, sublinhando-se assim a característica de actividade paramédica a que este modelo de parteiras diplomadas estava confinado. Com efeito, o projecto só foi aprovado depois da emissão de pareceres positivos por parte dos conselhos académicos da Faculdade e Escolas e do Conselho Superior de Instrução Pública.

De acordo com o novo regulamento oficial⁷⁹, o curso de parteiras continuava a ser de dois anos, mas a distribuição curricular estabelecia uma diferenciação progressiva, embora a elaboração dos programas fosse entregue à responsabilidade dos conselhos escolares de cada instituição. Devia, no entanto, ter-se em vista que o ensino do primeiro ano se devia restringir ao que fosse «mais elementar e propriamente referente a gravidez e partos normais», enquanto para o segundo ano se deveria abordar o estudo da distocia (complicações obstétricas), ministrar os exercícios no manequim e integrar as alunas na assistência clínica. A passagem de ano passaria a implicar a aprovação em exame, o que era uma novidade, o qual deveria recair «sobre os rendimentos das matérias teóricas» e ser «tanto quanto possível elementar e fácil». Como consequência, a distribuição do serviço lectivo seria a seguinte: a regência do 1º ano seria entregue a um «professor substituto da secção cirúrgica», enquanto a do 2º ano competiria ao «professor titular da cadeira de obstetrícia». Os conteúdos disciplinares a ministrar não eram fixados em pormenor pelo regulamento, ficando, portanto, a cargo de cada Escola. Passava ainda a ser requisito para a inscrição no curso de parteiras um certificado de ter obtido aprovação

⁷⁹ In *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, 1903, nº 2, p. 146-148

no exame do segundo grau da instrução primária (4ª classe), exigível apenas dois anos após a publicação do regulamento, ou seja, a partir de 1905.

Não se tratava, portanto, de uma ruptura com o modelo anterior, mas sim da introdução de alguns princípios que apontavam para a reconfiguração gradual do modelo de formação, tendo em conta o novo tipo de perfil para a parteira que vinha ganhando forma nos meios médicos. Este aspecto parece-nos fundamental que seja salientado: desde a institucionalização dos cursos, no século XIX, que estas parteiras diplomadas representam uma proposta de profissão defendida nos meios médico-cirúrgicos para resolver o problema da prestação de cuidados nas situações de parto, para ocupar um espaço que poderia apresentar várias situações: a) estar desocupado, isto é, não haver prestação de cuidados; b) estar ocupado pelas «curiosas», em actividade incompetente e ilegal; c) estar ocupado por parteiras «encartadas», mas com pouca formação. Estas novas parteiras que saíam das escolas médico-cirúrgicas e Faculdade tinham a particularidade de obedecer a uma formação inteiramente moldada pela perspectiva médica, sob a argumentação do interesse público, com cursos cuja estrutura curricular genérica e respectiva regulamentação era aprovada pelo governo central, a reforçar a sua legitimação. Dotadas de um saber de nível científico, no grau considerado adequado pelos médicos, convocadas para um serviço de bem geral à sociedade, preparadas e institucionalizadas por um corpo profissional superior à sua imagem, estas parteiras surgem como um corpo satélite, auxiliar dos médicos, na apropriação e conquista de um território onde evoluíam outras «parteiras» que, numa acção colonizadora, importava afastar e excluir. Essa acção consistiria em prestar cuidados de uma forma cientificamente mais adequada, mais eficaz para a garantia da sobrevivência das parturientes e recém-nascidos, mais conforme à leitura médica da realidade social. Esta imagem induz-nos aquilo que sempre foi uma realidade, a conflitualidade interna à actividade de parteira, palavra que recobria várias realidades ocupacionais e se desdobrava em oposições do género verdadeira/falsa e competente/incompetente nas representações sociais.

Entretanto, passamos a dispor de uma maior informação sobre os conteúdos programáticos dos cursos de parteiras, evidenciando uma maior preocupação didáctica por parte das Escolas Médico-Cirúrgicas na sua vigência final (passam a Faculdades de Medicina, em 1911). Através do *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto*,

cujos primeiros volumes surgem no ano lectivo de 1906-1907, numa publicação que se estende até 1910⁸⁰, podemos então aceder às novas linhas programáticas.

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

1º ano

- 1 - Estrutura e funções do corpo humano em geral - Gravidez em geral - Evolução regular do ovo - Embrião humano.
- 2 - Bacia da mulher - Exame das mulheres grávidas - Sinais de gravidez.
- 3 - Órgãos genitais femininos - Deveres da parteira durante a gravidez.
- 4 - Mecanismo do parto - Deveres da parteira durante o parto.
- 5 - 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 enfermaria: mecanismo geral do parto; deveres da parteira em relação com o parto regular; enfermagem das mulheres paridas; diagnóstico de apresentações e posições.

Embora nada saibamos sobre a profundidade de tratamento destes tópicos programáticos, podemos dizer que a enunciação relativa ao 1º ano revela uma cobertura do processo reprodutivo, que se inicia com uma abordagem anatomo-fisiológica ao corpo humano, passa pelos fenómenos da fecundação, gravidez e parto, comportando o papel a assumir pela parteira em cada uma das fases, no pressuposto do desenvolvimento normal do parto. Um tópico final, tocava os cuidados de enfermagem a grávidas, parturientes e recém-nascidos. Dada a indefinição de alguns tópicos, demasiado genéricos, não se consegue perceber a profundidade da abordagem, por exemplo no que se refere à fisiologia dos órgãos genitais (explicavam-se os órgãos internos?). Mas a relevância do programa deriva da sua

⁸⁰ Depois, na sequência da passagem a Faculdade, publicam-se os *Anuários da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*.

estruturação, pois aparenta uma preocupação de articular os saberes-teóricos, fundamentais para a compreensão geral da actividade, com os saberes práticos fundamentais para agir, como se pode observar com o exemplo do tópico 4: «Mecanismo do parto – Deveres da parteira durante o parto»

Para o 2º ano, o programa retomava tópicos já desenvolvidos no 1º ano, tais como os sinais de gravidez, trabalho de parto e enfermagem do recém-nascido, aspectos básicos da sua acção futura e talvez daí a insistência. No mesmo sentido de revisão, indica ainda aspectos ligados a situações obstétricas normais: cálculo da duração da gravidez, diagnóstico de apresentação e posição fetal e o recém-nascido. Desenvolve uma abordagem das complicações que podem surgir durante a gravidez e o trabalho de parto, caso das hemorragias, na globalidade (sem especificar tipos) e inclui ainda um conjunto significativo de complicações na dinâmica de parto, tocando aquilo que hoje se designa como hipertónias uterinas («dores irregulares»), anomalias da pelve materna («bacia mal conformada»), apresentação fetal, problemas no cordão umbilical e na placenta. A morte aparente do recém-nascido era outro tópico cuja abordagem poderia ser decisiva para muitas ocasiões, bem como os cuidados de enfermagem no puerpério. Se olharmos para a «prática na enfermaria», vemos que toda a actividade prática estava direccionada para o «parto regular», bem como para a elaboração do diagnóstico do trabalho de parto que permitiria identificar as situações de parto normal e de distocia, não havendo em relação a estas últimas qualquer indicação para praticar. Neste quadro, o estudo dos diversos tipos de complicações parecem ter naturalmente o objectivo de funcionarem como uma abordagem destinada à aquisição dos conhecimentos necessários para a elaboração de diagnóstico, pois os casos de distocia não seriam da sua competência, mas sim remetidos para a intervenção do médico-cirurgião. Mas na sua temática geral, este programa assemelhava-se ao desenvolvimento dos índices dos manuais de obstetria da época, sentindo-se já os reflexos da puericultura, corrente sanitária em franco desenvolvimento que alargava os cuidados da maternidade para além do parto.

Como se pode observar nos programas acima referidos, para além dos itens genéricos que cobrem uma série de questões obstétricas, perfilava-se no enunciado das matérias a ensinar um ponto importante a abordar durante os dois anos lectivos, que é a alusão à «enfermagem». De que «enfermagem» se poderá tratar aqui? Nesta altura a enfermagem era também uma expressão ambígua, um campo ainda em emergência e sem afirmação social, para a qual são vagas as especificações de

cuidados. A enfermagem surgia essencialmente como uma actividade hospitalar de apoio, dirigida a enfermos, isto é, a indivíduos doentes ou fragilizados, normalmente acamados, que precisavam de ajuda no domínio dos cuidados de higiene e conforto, de alimentação e de vigilância, bem como para a ministração de remédios e outras aplicações sob indicação médica. Ora a assimilação de alguns dos cuidados da parteira à «enfermagem», conforme o programa escolar, suscita alguma reflexão, nomeadamente pela distinção que aí se faz entre «deveres da parteira» e enfermagem, reflexão que só poderá ser do domínio especulativo, dada a escassez de informação. Assim, as expressões «deveres da parteira durante a gravidez» e «deveres da parteira durante o parto» parecem-nos sincretismos que derivam tanto do saber-fazer, como do saber-estar, isto é, em cada situação a candidata a parteira seria elucidada sobre o que deveria fazer no domínio da acção direccionada para a gravidez e parto como seria informada sobre o que não deveria fazer tanto do ponto de vista executivo como moral nas mesmas situações. Mas para além dos «deveres» haveria um conjunto de cuidados não especificados que seriam esperados da parteira e que deveriam visar os objectivos de conforto, de higiene e alimentação (refiram-se os caldos de galinha, na dieta tradicional da parturiente!), constituindo também uma das suas atribuições profissionais. Estes eram cuidados de sempre, derivados da entreajuda doméstica e raramente referidos por não serem necessariamente específicos da parteira. A classificação de enfermagem usada pelos médicos para este tipo de cuidados releva, julgamos nós, da cultura hospitalar, mas parece indicar, tanto no domínio simbólico como no das realidades práticas, um caminho para a convergência das actividades de parteira e de enfermagem

Na verdade, estes tópicos programáticos revelavam já toda a dimensão da cultura médica desenvolvida na viragem dos séculos XIX-XX, no que se referia à representação sobre o seu papel de controlo do campo da saúde, bem como o espaço e o modo concebidos para a acção das parteiras. Os aspectos relevantes deste programa derivam, a nosso ver, do nível de especificações já atingido, quando comparado com os escassos tópicos anteriormente referenciados para os cursos de partos implementados no século XIX: a ideia de um saber geral desdobra-se agora em tópicos mais específicos e articulados. Assim, se a expressão «fazer o parto» nos surgia sempre como uma representação sintética que, na realidade cobria uma série de saberes e de cuidados, podemos agora vislumbrar, ainda que com alguma generalidade, uma rede de saberes e de procedimentos inerentes à arte de partejar, de

forma a corresponder às expectativas de uma parteira com formação científica. A identificação de saberes apropriados, a definição das áreas de intervenção e a sua tipologia («deveres» e «enfermagem»), a necessidade de elaboração de diagnósticos para distinguir situações normais de patológicas e determinar a forma adequada de intervenção e o nexos destes vários aspectos com a «prática de enfermagem» eis pontos-chave de uma estrutura curricular para o processo de transmissão de conhecimentos à parteira, a qual revela já um grau elevado de racionalidade e de organização. Através dessa estrutura curricular podemos vislumbrar a constelação de cuidados de natureza técnica que se desenrola no âmbito do trabalho de parto e que a parteira sempre desenvolveu, embora de forma não especificada. Através da listagem de tópicos podemos apreender o tipo de funções da parteira que, longe de se circunscreverem ao parto, se alargavam já à gravidez, às puérperas e recém-nascidos, incluindo cuidados ditos de «enfermagem» nestas mesmas situações.

Em 1908-1909, o programa teórico do curso de partos na Escola Médico-Cirúrgica do Porto apresentava alterações na descrição dos tópicos a abordar, o que ocorre em função da nomeação de novos professores. Mas, 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, mostrando um maior cuidado na preparação do acto lectivo, nomeadamente por parte do Prof. Cândido de Pinho, que leccionava o 2º ano, a partir dessa altura.

Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Ano lectivo 1908-1909

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 assepsia.
- 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 contracção 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.

O programa apresentava, desde logo, uma maior especificação dos conteúdos, revelando um densidade de tópicos que ainda hoje configuram uma parte essencial do conhecimento obstétrico para a arte de partejar. Dado o seu nível de explicitação, podemos dizer que este programa acompanhava de perto o conhecimento obstétrico da altura, nomeadamente ao nível da anátomo-fisiologia do corpo humano, do embrião e do feto, assim como o sistema reprodutor, dando ainda a conhecer algumas técnicas recentes de intervenção no parto (pelvimetria) ou problemáticas omissas no programa anterior (dequitação artificial, eclampsia, morte fetal). Aparentemente mais rico na minúcia teórica, estes programas continuam a exprimir uma preocupação entre

a ministração de saberes teóricos e de saberes práticos para agir: no enunciado relativo ao 1º ano essa preocupação revela-se nos tópicos «deveres...» e «enfermagem», enquanto no enunciado do 2º ano surgem uma nova expressão para este efeito, como «responsabilidades da assistência», surgindo o termo «enfermagem» apenas na expressão «enfermagem das infectadas», ou seja, em situação real de doença. Querirá isto dizer que o Prof. Cândido de Pinho considerava que os cuidados da parteira não pertenciam à enfermagem, excepto nestas situações infecciosas? Ou tudo não passará de formas arbitrárias de expressão?

Importa sublinhar ainda a introdução de um item relativo a anti-sepsia e assepsia, problemas então a suscitar reflexão teórica e, sobretudo, grande preocupação prática, mas que já eram uma questão debatida no meio médico desde a década de 1880, embora ainda não estivessem explicitados no programa anterior. Das 37 lições previstas para o segundo ano, 10 (27%) destinavam-se à repetição de matérias do 1º ano, relacionadas com a fisiologia e o parto normal. As restantes era dedicadas a uma abordagem bastante minuciosa dos diversos tipos de distocias, mas, aparentemente, não se previa qualquer espaço para a formação de saberes-práticos nestas situações (tradicionalmente destinadas ao cuidado médico). A problemática do aborto provocado, classificado desde logo como criminoso, era tratado num ponto final do programa, revelando preocupações deontológicas e legais que condenavam essa prática.

Esta estrutura geral dos programas manteve-se ao longo dos anos seguintes, como se pode verificar através dos anuários disponíveis. Para acompanhamento das actividades lectivas, ao nível bibliográfico, recomendava-se o *Manual de Partos para Parteiras*, de Silva Jones, assim citado, obra que, na realidade, se tratava do *Manual Oficial de Partos para as Parteiras Prussianas*, na versão inglesa de Burton, com tradução portuguesa de Silva Jones (1883), o que indicia o facto de a Escola começar a buscar informação para além da cultura francesa que na altura dominava toda a informação académica (aspecto que alguns denunciavam, como era o caso de Ricardo Jorge, em 1885, que, embora valorizando a medicina francesa, não queria o seu seguimento exclusivo, chamando a atenção para os progressos veiculados pela língua inglesa e, sobretudo, pela língua alemã⁸¹).

⁸¹ JORGE, Ricardo – Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. In *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*, Agosto de 1885, nº 6.

Curiosamente, o programa do curso de parteiras para 1910-1911 voltava exactamente aos tópicos enunciados para 1906-1907, antecedido de uma nota que dizia assim: «Parte comum a todos os pontos: assepsia e anti-sepsia. Enfermagem às mulheres grávidas, às parturientes e aos recém-nascidos»⁸². Higiene e prática de cuidados de enfermagem passavam, assim, a constituir um elemento constante da formação das parteiras.

Um plano de estudos, embora seja uma informação de valor relativo, é sempre um elemento axial de um currículo, na medida em que confere visibilidade a um conjunto de intenções formativas, aponta caminhos que depois terão sempre de ser desenvolvidos e operacionalizados. Nessa medida, um bom plano pode ser operacionalizado em múltiplos sentidos e em diversas dimensões, pode ser aprofundado ou aligeirado, pelo que só a observação ou planos de aula nos poderiam esclarecer, tipo de análise que para situações históricas raramente poderá acontecer por falta de documentação. Em todo o caso, o plano de estudos é sempre um elemento que procura a sua coerência na estrutura global do currículo, representando este a expressão de um conjunto de decisões, que implicam escolhas de natureza política, económica e ideológica ligadas aos papéis sociais a desempenhar futuramente pelos alunos. Neste sentido, comungando de opiniões alheias, podemos dizer também que «a luta do poder em torno do currículo dá forma ao modo como nos vemos e às nossas perspectivas sobre um mundo melhor e mais justo»⁸³.

Ora para os médicos que concebiam e administravam os programas dos cursos de parteiras, a actividade destas incluiria uma importante dimensão de enfermagem. Previa-se, naturalmente, o passo seguinte, ou seja, a agregação institucional das parteiras à enfermagem, partindo-se do princípio que a enfermagem constituía um campo de cuidados ligados ao conforto, à higiene e às rotinas hospitalares, saberes e práticas que podiam constituir uma mais valia para a nova parteira que se pretendia formar.

Com efeito, depois de, durante séculos, o ofício de parteira ter constituído uma actividade específica, a partir de 1919, o destino profissional das parteiras em Portugal ficou ligado a uma formação anterior em enfermagem, actividade então em início de estruturação, a desligar-se da sua feição religiosa e missionária, para a qual

⁸² *Anuário da Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, 1910-1911*, p. 80-81.

⁸³ KINCHELOE, Joel L. – Introdução. In GOODSON, Ivor F. – *O Currículo em Mudança. Estudos na Construção Social do Currículo*. Porto: Porto Editora, 2001, p.21

se criara um curso no ano anterior (1918), de forma a conferir-lhes preparação para a nova concepção de hospital. A nova parteira seria, assim, também enfermeira, por formação prévia considerada como requisito, numa simbiose formativa e profissional que passará a referenciar-se como enfermeira-parteira, embora as categorias profissionais com carácter oficial tenham depois variado ao longo do tempo.

É a institucionalização dessa relação o que se pode observar no novo regulamento do curso de parteiras ministrado na Faculdade de Medicina de Lisboa, o qual impunha como condição prévia ao exame final a apresentação de documento comprovativo da obtenção do curso de enfermagem profissional ministrado nos Hospitais Cívicos, com a duração de dois anos, embora este, na fase de transição, pudesse ser tirado em simultâneo com o de parteiras⁸⁴. Tirar o curso de parteira correspondeu, assim, a obter uma segunda valência profissional a que só as enfermeiras deveriam ter acesso, configurando-se o curso de parteira como um aprofundamento que apontava para uma especialização, aspecto só reconhecido muito mais tarde.

Estabeleceu-se, desse modo, uma complementaridade entre a enfermagem, à qual se tinha passado também a exigir (desde 1918) curso bienal, e a formação de parteira, o que correspondia, na prática, a um somatório de quatro anos de formação. O curso de enfermagem passou, pois, a constituir requisito prévio ao curso de parteira. Esta ligação enfermeira/parteira confirmava e cristalizava a situação paramédica das parteiras.

Mas fixemos o problema da formação das parteiras (abordaremos a enfermagem no sub-capítulo seguinte). O parto no hospital, em enfermarias próprias ou, de preferência, nas maternidades começou a tornar-se norma, sobretudo à medida que a saúde pública passava a integrar o quadro de preocupações governamentais e as novas técnicas clínicas, usando condições e instrumental adequado, apresentavam um quadro de sucesso. Com a hospitalização como norma para a parturiente, um grande número de parteiras hospitalares surgiu no papel de funcionárias do Estado, logo com uma responsabilidade acrescida, enquanto agentes de uma vontade disciplinar, para cuidarem da tarefa que se tornara uma preocupação governamental: assistir e cuidar da parturiente e do nascituro, para evitar potenciais problemas de um e de outro, ajudando a diminuir a mortalidade puerperal e a mortalidade neo-natal, assegurando o desenvolvimento de crianças nascidas com o mínimo possível de traumatismos. A

⁸⁴ Decreto nº 6192 de 31 de Outubro de 1919.

velha imagem da parteira urbana, profissional liberal, que acorria às casas das famílias com algumas possibilidades económicas, munida da sua cadeira de partos, normalmente transportada por um carrejão, deveria começar a desaparecer a favor da hospitalização. Subsistiriam organizações hospitalares particulares, essencialmente ligadas a congregações religiosas, mas mesmo aí as rotinas hospitalares, pautadas pelo poder médico, instalaram-se rapidamente. Como noutras situações históricas, esta mutação foi mais lenta em Portugal do que noutros países: bastará indicar a criação tardia das maternidades, que só se inauguraram aqui na década de 1930, embora se desenvolvessem projectos para isso desde a primeira e segunda décadas do século XX.

Mas, perante o destino crescentemente hospitalar, a formação da parteira deveria sofrer ajustamentos. Era necessário inculcar-lhes novos papéis profissionais e a lógica da hierarquia inerente à organização hospitalar, na qual elas teriam de se movimentar, configurando-se um novo perfil para a parteira. Embora os serviços públicos não absorvessem ainda todas as parteiras formadas, algumas das quais teriam de desenvolver a sua profissão como liberais ou empregadas em ordens ou associações, a verdade é que o formador e um dos empregadores das parteiras passou a ser o Estado, através das instâncias que dominavam as tecnologias sanitárias. Daí que o currículo das parteiras, enquanto instância disciplinadora, devesse ajustar-se às necessidades definidas pelo pensamento estatal, através da sua *política de saúde*.

Foi um processo que se desenvolveu em todos os países ocidentais, com semelhanças e diferenças, conforme as políticas de saúde respectivas e os tempos da sua concretização. Em Portugal, o Decreto nº 6192 de 31.10.1919, constituiu uma referência, pois oficializou o *Regulamento do curso de parteiras*, que se apresentava como uma continuação do Regulamento da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (aprovado pelo Decreto nº 5355 de 27.3.1919), sendo os seus artigos numerados na sequência do Regulamento da Faculdade, com a particularidade de o decreto ser assinado pelo Ministro da Instrução Pública. Esta publicação em diferido do Regulamento é susceptível de interpretações diversas, sendo estranho que não estivesse pronto a publicar-se em Março de 1919 (sugerindo divergências sobre a sua inclusão?).

Este *Regulamento do Curso de Parteiras* apresenta apenas dois capítulos - o XXIII - sobre «admissão, inscrição e frequência» e o XXIV sobre «provas de habilitação».

Em termos de admissão, o Regulamento postulava às candidatas ao curso de parteiras a exigência da «certidão das habilitações exigidas pela última organização do ensino médico», ou seja, era condição para a frequência a apresentação de documento comprovativo da obtenção do curso de enfermagem profissional ministrado nos Hospitais Civis, com a duração de dois anos, que pela dita reforma do ensino médico passava a ser condição para se ingressar no trabalho desses hospitais. No entanto, dada a novidade e a falta de candidatas nessas situações, pois a Escola Profissional de Enfermagem tinha sido criada em 1918, ou seja, no ano anterior, experimentando dificuldades de instalação e arranque⁸⁵ (vivia-se a conjuntura da primeira guerra mundial e as dificuldades económicas eram muitas). Por isso, abriu-se uma ressalva (artigo 268), de forma a que, excepcionalmente, o curso de enfermagem pudesse ser tirado em simultâneo com o de parteiras. Assim, o exame do primeiro ano do curso de parteiras estava dependente da aprovação do 1º ano do curso de enfermagem, sucedendo idêntica exigência para o 2º ano (podendo ainda ser dada equivalência do curso de enfermagem em relação a outros cursos anteriores mediante decisão do professor de Obstetrícia)

No que respeitava à idade, o curso de parteira, estabelecia o leque entre os 21 e 35 anos, mas a candidata podia ser admitida com 19 anos, se fosse emancipada ou casada, neste caso com permissão do marido. Sublinhe-se a aceitação de casadas para este efeito, estatuto que, como veremos, mais tarde será negado. Certidões de registo criminal, de vacinação e revacinação, de bons costumes e de robustez completavam os requisitos de comprovação documental para a candidatura. Estabelecia-se uma propina anual de 10\$00, acrescida de 2\$00 para trabalhos práticos, constituindo estas verbas uma receita da cadeira de Obstetrícia, da Faculdade de Medicina, que, como era tradição, superintendia neste curso.

No que dizia respeito à estrutura curricular, o regulamento estabelecia que o curso de parteiras era de dois anos, com lições teóricas e práticas, de frequência obrigatória. A falta a mais de um terço das lições teóricas, práticas e estágios era eliminatória. As lições a ministrar eram de uma hora, a realizar duas vezes por semana, sendo o curso dirigido pelo professor de Obstetrícia da Faculdade, com a colaboração do 1º e do 2º assistentes.

⁸⁵ Cf. SOARES, Maria Isabel - *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal 1880-1950*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (tese de mestrado) 1993, p. 29-32.

Constituíam 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 antissepsia obstétricas.

A componente prática do primeiro ano era preenchida com sessões sobre o mecanismo de parto nas diferentes apresentações e posições, com exemplificação no manequim. Deveria ainda haver internato na secção de grávidas e puerperas não infectadas.

As aulas práticas deste curso de partos ocorriam naquele serviço que durante muito tempo foi a verdadeira maternidade de Lisboa, a enfermaria de Santa Bárbara, no Hospital de S. José, serviço que Alfredo da Costa criticava asperamente desde os finais do século XIX e a partir de cuja denúncia desenvolveu a sua campanha pela construção de verdadeiras maternidades. Daí não se estranhar que o próprio «Regulamento do Curso de Parteiras» estabelecesse a previsão de um novo estabelecimento hospitalar mais apropriado:

Enquanto não houver Maternidade com a instalação necessária, o internato será substituído pelo estágio de 24 horas, feito escalonadamente, sendo obrigatório não só procederem as alunas ao exame de grávidas e parturientes entradas durante o seu estágio (devendo preencher os boletins respectivos, actualmente em uso na enfermaria de partos, ou outros que o professor de Obstetrícia elabore), mas seguirem o seu tratamento até à saída da Maternidade, visitando-as e examinando-as pela manhã e à noite, sob a direcção da parteira de serviço, e tomando as devidas notas. À data da saída da Maternidade será entregue ao respectivo professor ou assistente o relatório circunstanciado de cada caso clínico⁸⁶.

Assim, o decreto mostra-nos uma vontade de que os cursos de partos passassem na primeira oportunidade para uma maternidade idealizada, equacionando-se desde logo o Regulamento nesse sentido (a futura Maternidade Dr. Alfredo da Costa já estava em fase de arranque desde 1914, embora a construção se alongasse, por dificuldades várias, incluindo as económicas derivadas da Primeira Guerra Mundial, enquanto o Regulamento é de 1919).

⁸⁶ Decreto nº 6192 - *Diário do Governo*, 31.10.1919, p. 2210-2211.

Mas este artigo transcrito mostra-nos ainda como a previsão do internato assume uma configuração idêntica à das rotinas médicas no hospital, transformado, pelas circunstâncias, em estágio de 24 horas, implicando o exame e registo das parturientes entradas, com visitas e exames regulares e calendarizados, efectuando os registos daí decorrentes em formulários previstos para o efeito.

Voltando ao Regulamento, vejamos as referências ao segundo ano do curso que apontavam para as patologias e para a puericultura (noções gerais), enquanto o primeiro se direccionava apenas para situações normais. Mantendo o mesmo tipo de estrutura (aulas teóricas, práticas e internato/estágio), o segundo ano abordava as matérias teóricas seguintes:

- gravidez patológica;
- distocia;
- puerpério patológico;
- procedimentos da parteira nestes casos;
- noções gerais de puericultura.

No que se refere à ministração dos saberes teóricos mantinha-se, assim, o calendário-padrão que se verificava desde o século XIX, ou seja, a abordagem, no primeiro ano do curso, dos conhecimentos anatomo-fisiológicos e do processo normal do parto, reservando-se para o segundo ano as patologias. Na sua articulação geral, é um processo de transmissão de conhecimentos tradicional que privilegia o sentido do geral para o particular, do simples para o complexo, do teórico para o prático, do saber para o fazer.

Assim, as lições práticas no segundo ano versavam, nos dois primeiros trimestres, o diagnóstico de apresentação e posição durante a gravidez e durante o parto e decorriam na «secção asséptica» da maternidade. No terceiro trimestre abordavam-se os problemas inerentes às grávidas e puérperas infecto-contagiosas, na respectiva secção clínica.

As alunas do 2º ano eram naturalmente obrigadas a internato na secção asséptica da Maternidade (2 primeiros trimestres) e na secção séptica (último trimestre). E, mantinham-se as referências ao estágio para substituição do internato, enquanto não houvesse maternidade com instalações apropriadas, com os turnos de 24 horas, por escalas nas referidas secções, e respectivas visitas e anotações clínicas. Esta assistência era realizada sob direcção e fiscalização do assistente.

No segundo capítulo do Regulamento, determinava-se a realização de exames no final de cada ano lectivo, cujo júri era constituído pelo professor de obstetrícia e pelo seu assistente, com duas épocas, em Julho e Outubro (aqui para repetições), com provas teóricas e práticas. A aluna reprovada por três vezes ficava excluída da Faculdade. Enquanto as provas teóricas versavam em geral sobre as matérias ministradas, as práticas constavam do seguinte:

- 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.

O enunciado programático deste modelo de curso de parteiras, na sua componente visível, revelava-se muito sintético na especificação dos tópicos relativos aos saberes teóricos (sobretudo quando comparados com os programas a que aludimos em páginas anteriores), sendo já mais prolixo no campo dos saberes práticos, destinados à acção.

Este modelo de formação, que não anda longe dos depois adoptados no Porto e em Coimbra, para além de estabelecer critérios de alguma exigência, atribuía, no seu regulamento, um papel fundamental ao internato⁸⁷, uma prática decorrente do modelo médico e do modelo de enfermagem, muito praticados na Inglaterra e nos Estados Unidos. Nessa linha, a implementação do internato implicaria que as alunas vivessem por inteiro na comunidade constituída pela unidade escola/hospital, dado que a escola deveria ser anexa ou mesmo interior ao hospital, garantindo-se alojamento e

⁸⁷ O «internato» era desenvolvido à imagem do modelo médico, o qual tinha uma grande tradição em Inglaterra e outros países, como conta Ricardo Jorge. Significava fazer «vela», ou seja, velar dia e noite no hospital, vivendo nele os estudantes durante as 24 horas, sendo para isso dotados de alojamento e alimentação no próprio hospital, acompanhando casos clínicos, fazendo registos, apurando protocolos, debaixo da direcção do professor, fazendo serviços auxiliares e aprendendo enquanto estudantes de medicina. Significa, pois, viver por inteiro na instituição e para ela, com os seus casos e as suas práticas. Por insuficiências institucionais, em Portugal adoptou-se uma fórmula mais leve, a de fazer turnos de 24 horas, e mesmo essa pontualmente, ou seja não havia alojamento interno. JORGE, Ricardo – Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. In *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*, Agosto de 1885, nº 6, p. 168-169. O internato médico assemelhava-se, assim, à prática escolar dos colégios, embora implicando trabalho duro para acompanhamento dos doentes, aprendendo num contexto de trabalho. Tornou-se também uma prática na enfermagem, como refere Collière, quando assinala que não se vai para a «escola de enfermeiras» como para qualquer Faculdade, mas «entra-se (como se entra no convento)», pois «escola e hospital são lugar único e não diferenciado da aprendizagem do papel de enfermeira». Daí a recomendação ou obrigação de vida em internato que era habitual para a enfermagem: «A vida em comum é uma rude escola de formação do carácter quando ainda se não tem vinte anos e preserva o trabalho e o repouso por meio do regulamento interno da escola. De resto, a vida no internato permite exercer sobre a aluna uma influência completa». COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. LISBOA: SEP, 1989, p. 108. Em muitos hospitais

alimentação, quer para salvaguardar a dignidade das mais pobres, quer para as colocar em serviço auxiliar contínuo, de apoio e aprendizagem, distribuindo-as por turnos. Mas, dada a impossibilidade do internato na altura da publicação do regulamento por falta de instalações, reconhecia-se que só as futuras maternidades, com edifícios de raiz, teriam condições para estabelecer alojamento para as estudantes de partos.

No sentido do internato se pronunciava também o médico Alfredo de Magalhães, director da Faculdade de Medicina do Porto, falando, em 1933, da obra que a Maternidade de Júlio Dinis constituiria (de cuja ideia de construção fora responsável, lançando-a em 1925, por ocasião do centenário da Escola Médico-Cirúrgica). Magalhães defendia que ali se viesse a desenvolver a educação em internato para «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»⁸⁸.

À luz das interpretações de Foucault, podemos considerar o internato como mais um dispositivo disciplinador, que desenvolveria uma estratégia de normalização e de docilização das alunas. O internato ajudaria a inculcar na estudante, de uma forma mais incisiva, os valores e as práticas prescritas, o objectivo tantas vezes proclamado de encarar a sua profissão como um «sacerdócio». Sublinhe-se que a preocupação com o internato era, para alguns responsáveis médicos (Costa-Sacadura, Alfredo de Magalhães, por exemplo), também o resultado de uma representação negativa da ligação da parteira ao mundo exterior, vincando-se a necessidade de controlo moral e ético das futuras parteiras, cujo carácter seria preciso moldar, de forma a difundirem comportamentos natalistas junto das famílias. Se o internato aparecia como estratégia para potenciar as capacidades profissionais e as virtudes morais das futuras parteiras, a verdade é que, durante os anos seguintes, não se verificaram condições para que ele se praticasse.

O modelo de formação das parteiras criado em 1919, se trouxe teoricamente um acréscimo de formação por via da institucionalização da complementaridade com a enfermagem, parece não ter ainda correspondido ao que pretendiam alguns médicos da área obstétrica. A exigência prévia dos cursos de enfermagem não terá tido as

estrangeiros, denunciava-se mais tarde, o internato tornou-se uma forma de assegurar mão-de-obra barata, ficando pelo caminho os objectivos de aprendizagem que teoricamente o justificavam.

repercussões esperadas, o que se atribuía ao baixo nível de formação e de exigência com que era encarado. Por sua vez, a estrutura curricular do curso de partos também indiciava que não havia preocupações de grande aprofundamento teórico, ficando a enunciação das matérias até aquém de programas anteriores (poderá mesmo ter havido ainda um relaxamento em áreas dos cuidados de enfermagem específica, dados como adquiridos, em face da formação anterior em enfermagem, num efeito perverso da complementaridade instituída). Era isso mesmo que, em sucessivas intervenções, Costa-Sacadura não se coíbia de afirmar, criticando a situação existente, considerando os cursos praticamente iguais aos do século XIX, na medida em que «há planos que falham não por mal concebidos, mas por mal realizados»⁸⁹. E, considerando que caberia sempre às Faculdades de Medicina o ensino desta área, através de escolas anexas de puericultura, como se via em países estrangeiros, criticava o facto de em sucessivas reformas do ensino superior se ter esquecido sempre o problema das parteiras, continuando a ter ainda em 1942 o formato implementado em 1919, apesar das mudanças operadas a vários níveis. Ele próprio tinha realizado propostas várias no sentido de se criarem essas escolas de puericultura, como fizera em 1926, em conferência na Sociedade de Ciências Médicas, perante o ministro da Instrução Pública, directores das três Faculdades de Medicina e professores de Obstetrícia. Aí defendera a educação das «futuras parteiras, os melhores e mais competentes propagandistas da puericultura pré-concepcional, pré-natal e pós-natal», através da criação de «escolas de parteiras, e não simples cursos de parteiras, como entre nós, com uma organização tão deficiente como há um século e onde são admitidas alunas com uma preparação insuficientíssima». E ficara com a convicção de que o ministro faria «criar e dotar uma Escola de Puericultura, com os seus cursos de enfermeiras visitadoras e Escolas de Parteiras ou enfermeiras-puericultoras»⁹⁰. Em vão!

Mas Costa-Sacadura era militante de uma causa que não parecia mobilizar as vontades necessárias. Dizia ter apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa, em 1929, um relatório sobre a remodelação do ensino de parteiras e da sua «disciplina profissional tão abandonada e pervertida, que de mensageiras da vida as vemos converterem-se com assustadora frequência em *tecedeiras de anjos*, eufemismo doce

⁸⁸ MAGALHÃES, Alfredo - Maternidade Júlio Dinis. *A Universidade do Porto — Actividade científica — Acção Social — Aspirações — Missão na Vida Nacional*. Porto: 1933. p. 89.

⁸⁹ COSTA-SACADURA - A Parteira como Profissional e como Factor Social. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, 1942, p. 5-9.

⁹⁰ COSTA-SACADURA - *Ob. cit.*, p. 5-9.

com que o vulgo apelida as executoras da covarde matança dos inocentes do século XX», fazendo assim uma clara referência à sua participação em situações de aborto voluntário⁹¹. Ou seja, o saber clínico de que eram portadoras as parteiras podia ser utilizado de forma contraditória, servindo tanto para salvar as vidas, objectivo com que eram formadas, como para atentar racionalmente contra vidas em desenvolvimento.

Mas não bastaria diplomar parteiras! As parteiras diplomadas tinham um real problema de inserção no mercado, não conseguindo penetrar nos meios rurais avessos a práticas de serviços remunerados a dinheiro, dada a economia de subsistência que ainda cobria quase toda a ruralidade portuguesa (o problema repetia-se com outros agentes, nomeadamente os médicos). Por isso se torna interessante observar alguns dados estatísticos (Quadro VIII) para esta altura e recuperar as ilações respectivas de um sanitarista prestigiado - Fernando da Silva Correia.

QUADRO VIII - Distribuição de parteiras diplomadas por distritos - 1931

Distritos	Parteiras diplomadas em partidos municipais	Total de parteiras diplomadas no distrito	Distritos	Parteiras diplomadas em partidos municipais	Total de parteiras diplomadas no distrito
Aveiro	2	8	Leiria	4	4
Beja	2	4	Lisboa	5	358
Braga	2	11	Portalegre	3	4
Bragança	0	0	Porto	0	(?) 200
Castelo Branco	3	4	Santarém	4	6
Coimbra	0	15	Setúbal	5	19
Évora	3	6	Viana do Castelo	2	5
Faro	3	4	Vila Real	1	7
Guarda	1	2	Viseu	2	4
>			Total dos distritos	42	661

Fonte: CORREIA, Fernando da Silva - *Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)*. Coimbra: U.C., 1937, p.315.

Assim, conforme os dados por ele apresentados para o ano de 1931, as parteiras diplomadas (tal como os médicos) concentravam-se nas grandes zonas urbanas, em especial Lisboa e Porto, onde as relações formais de pagamento estavam disseminadas e, por outro lado, se encontrava uma maior clientela potencial. Por outro lado, os partidos municipais, isto é, os lugares públicos para parteiras contratadas pelas câmaras municipais, eram escassos, correspondendo apenas a 6,5% (42) do total de parteiras diplomadas nos distritos do Continente (661), provavelmente sediando-se apenas nas cidades ou grandes vilas de cada distrito, dado que a municipalidade tinha

⁹¹ COSTA-SACADURA - *O aborto criminoso - suas consequências*. Lisboa: 1937, p. 6.

de fazer um esforço financeiro para suportar mais um funcionário. Há mesmo um distrito (Bragança) que não possuía uma única parteira diplomada. Outros que não tinham qualquer partido municipal (Coimbra e Porto).

Essa concentração urbana de parteiras, afinal quase só circunscritas a Lisboa e Porto, decorria em paralelo com igual fenómeno médico e constituía para os natalistas um perigo potencial de neomalthusianismo, ou, mais prosaicamente, da prática de abortos. O médico Fernando da Silva Correia, ao apresentar os dados constantes do quadro acima transcrito, denunciava esta distribuição geográfica defeituosa dos agentes de saúde (idêntica para médicos, farmacêuticos e parteiras), comentando as suas consequências negativas para o estado sanitário do País e para a dignidade social dos vários agentes, afirmando nomeadamente sobre as parteiras:

Não é preciso fazer muitas contas para ver que a cada parteira da cidade de Lisboa caberia assistir em média a 37 partos por ano e a cada uma das do Porto a 32, ou sejam em números redondos 3 partos por mês. A profissão de parteira não é positivamente possível em Lisboa e Porto. Não é da profissão que vivem a maior parte das parteiras, evidentemente. O título serve a grande parte delas para lhes abrir as portas a outras ocupações, desde a do exercício ilegal da medicina à de abortadeira, de que a sua classe nunca procurou defender-se com argumentos e provas sérias, tão fáceis aliás de dar quando se quer. A falta de repressão de tais práticas é uma evidente cumplicidade.⁹²

Além disso, fazia um conjunto de sugestões para uma mais racional política sanitária, defendendo a sua dignificação salarial e uma melhor distribuição geográfica, anotando a rede de influências que se verificava na consumação das práticas de aborto:

As parteiras habilitadas, actualmente acumuladas nos grandes centros urbanos e substituídas a cada passo por curiosas, têm de ser bem remuneradas, bem distribuídas e prestigiadas, livrando a sua classe laboriosa e respeitável duma avalanche de criminosas de direito comum, que, apropriando-se-lhes do título são profissionais do aborto, sem que para obstar a isso as autoridades usem de tantos recursos que as envolveriam numa rede de sanções a que não podiam fugir, juntamente com quem lhes fornece medicamentos e instrumentos abortivos ou cobre com a carta de médico os seus crimes⁹³.

⁹² CORREIA, Fernando da Silva - *Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)*. Coimbra: U.C., 1937, p. 316-317.

⁹³ CORREIA, Fernando da Silva - *Ob. cit.*, p. 310.

A identificação das parteiras como abortadeiras era socialmente incomodativa e desprofissionalizante, de tal forma que a Associação de Classe das Parteiras Portuguesas procurara demarcar-se deste problema. Representando naturalmente uma parte da classe e dos seus interesses, a Associação assumindo uma voz colectiva, apresentou, em 1932, uma proposta (claramente inspirada por Costa-Sacadura, que a retoma num texto seu) à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa no sentido de promover a qualificação científica, literária e moral da classe. Para esse efeito, os cursos de partos ali ministrados deveriam contemplar quatro princípios, de forma a impedir a frequência do curso de partos a quem não desse «garantia absoluta da sua conduta moral e não veja na profissão que pretende abraçar um sacerdócio e toda a beleza que ele encerra». Esses princípios eram os seguintes⁹⁴:

- Selecção de ingresso por uma comissão que se informasse de todas as qualidades morais e intelectuais das candidatas e das suas condições de saúde para o exercício da profissão;
- Habilitações de, pelo menos, o primeiro período do ciclo escolar dos liceus ou equivalente (2º ano);
- Remodelação do curso em vigor, criando as cadeiras de puericultura, higiene pré-natal, dietética infantil e de visitadora sanitária e enfermagem;
- Criação de um curso de aperfeiçoamento com frequência obrigatória nos serviços de partos e puérperas.

Como se pode observar, a proposta parece pretender deixar cair o requisito prévio de enfermagem, valência que seria integrada, de forma mais especificamente ajustada, no currículo do curso, o qual fornecia uma ideia de conexão entre obstetrícia, puericultura e a «visitação sanitária» (prática de cuidados ao domicílio), apontando para uma solução próxima da apresentada por Costa Sacadura em 1926, ou seja, pretendia-se reformular o curso por inteiro, do qual resultaria um novo perfil profissional. A preocupação de uma triagem social surgia claramente de forma a recrutar parteiras que assegurassem uma elevação da conduta moral, o que seria assegurado quer por uma «comissão que se informasse da qualidade das candidatas», quer por uma elevação ao nível dos requisitos de habilitação (1º período do ciclo escolar dos liceus, ou seja, o 2º ano), exigindo como pressuposto um maior investimento escolar e um recrutamento com maior base urbana, o que só por si

⁹⁴ COSTA-SACADURA – A Parteira como Profissional e como Factor Social. *Boletim do Sindicato*

constituiria uma barreira social. O que a Associação pedia era, pois, um outro modelo de formação, apontando para um sentido mais integrador dos princípios da puericultura, conferindo um campo de intervenção mais abrangente à nova profissional, o que pode ser encarado como uma espécie de compensação para as restrições da actividade em torno do parto (cada vez mais entregues ao médico), constituindo-se novas atribuições na área profiláctica. E, relativamente, às parteiras existentes recomendava a reciclagem (um curso de aperfeiçoamento de frequência obrigatória).

No mesmo sentido, dada a indiferença institucional aos apelos anteriores, Costa-Sacadura, em 1937, fazia novas propostas à sua Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Formação qualificada, alargada à puericultura, e qualidades morais, eram as linhas de força dos discursos que apontavam para o perfil da nova parteira. A ideia de que o parto era cada vez mais do domínio do médico e que restavam à parteira funções auxiliares, algo residuais e por isso em reconversão, fazia o seu curso e inibia reformas e investimentos neste domínio, não obstante a simpatia para com a «classe profissional», facto que se pode observar através das afirmações seguintes, indiciadoras da desvalorização da sua formação no domínio das competências técnicas no domínio obstétrico:

É evidente que para se exercer, com competência, o papel de parteira deve esta ter, além de qualidades morais excelentes (e é esta uma enfermagem particularmente delicada sob este aspecto), uma competência técnica perfeita.

É certo que já vai longe o tempo em que as parteiras podiam ter um papel muito activo junto da mulher em trabalho. O desenvolvimento da medicina e da cirurgia tirou-lhes este aspecto à profissão. Mas nem por isso ficaram diminuídas, nem por isso se tornaram dispensáveis, antes pelo contrário, cada vez mais se lhes exige mais competência junto da grávida, parida e filho, competência que exige uma especialização muito cuidada⁹⁵.

Este texto, da autoria de um médico e publicado no *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, diz tudo sobre uma representação que parece dominante na classe médica sobre a função das parteiras e ao mesmo tempo da incapacidade reivindicativa destas e da sua passividade neste domínio. A actividade da parteira já

Nacional das Parteiras Portuguesas, 1942, p. 5-9.

não incute uma identidade própria, é, por inteiro, uma forma de enfermagem, aliás, uma «uma enfermagem particularmente delicada» do ponto de vista moral, que era a vertente que preocupava o médico por inteiro no seu texto.

Dessa ideia comungava Costa-Sacadura⁹⁶ que, em 1942, «julgando azado o momento para promover a promulgação de medidas tendentes a remediar os males presentes», atendendo aos homens que estavam no Governo, propunha-lhes alguns «alvitres»:

- Suspensão temporária da matrícula no Curso de Parteiras.
- Criação da Escola de Puericultura e curso de enfermeiras-puericultoras.
- Organização da Assistência Domiciliária aos partos e das consultas pré-natais por pequenas zonas, com a colaboração de parteiras ou enfermeiras-puericultoras.
- Restrição dos abusos que se estão dando na admissão às Maternidades que só devem receber as grávidas ou parturientes que a assistência domiciliária ou as consultas pré-natais lhe enviem;
- Criação, pelo menos nas sedes dos concelhos, de partidos de consultas pré-natais e assistência domiciliária com a colaboração de parteiras ou enfermeiras-puericultoras;
- Criação de cursos de aperfeiçoamento, de frequência obrigatória em termos a regulamentar.

Suspender o curso de parteiras vigente, criar uma nova estrutura formadora e um novo modelo de formação, articular a produção das novas profissionais com a criação de uma rede domiciliária de assistência pré-natal e natal com a criação de «partidos» (empregos públicos) nos municípios, eis as bases da proposta. A promoção de mais amplas valências profissionais para as parteiras teria, adicionalmente, a vantagem de diluir a fixação social negativa no parto, remetido para um episódio na cadeia de cuidados que se iniciava com os problemas da pré-concepção até aos da primeira infância:

Exigindo melhor preparação às enfermeiras-puericultoras alarga-se muito o seu campo de acção.

A parteira deixou de ser a antiga matrona apenas para assistir ao parto, mas a enfermeira

⁹⁵ FONTES, Joaquim – A Moral da Parteira. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, 1942, p. 10-12.

⁹⁶ COSTA-SACADURA – A Parteira como Profissional e como Factor Social. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, 1942, p. 5-9.

puericultora com acção mais longa e contínua desde o princípio da gravidez até ao parto, desde o parto até ao termo da primeira infância, com incontestável influência social⁹⁷.

Multiplicavam-se então os discursos direccionados para a moralização e honorabilidade das parteiras, uns mais autoritários e sobranceiros, outros mais paternalistas e mais eficazes. A moral das parteiras era, afinal, uma preocupação de sempre, não faltando referências às qualidades que ela deveria apresentar para exercer dignamente a sua profissão. A argumentação histórica produzia, por isso, o seu efeito, repescando-se referências ilustrativas da ética em antigos estatutos corporativos e fórmulas de juramento, para sublinhar os antigos requisitos necessários à actividade, tais como caridade, igualdade de tratamento para com parturientes ricas ou pobres, não ser avara, ser robusta, não padecer de doença contagiosa, não ser irritável, ser discreta, sóbria, prudente e, naturalmente, inteligente. Assim perorava o médico e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa Joaquim Fontes, abordando a «moral da parteira» no *Boletim Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*⁹⁸.

Mas os princípios ilustrativos do *ethos* ou espírito colectivo de sentido moral que se exigiam à parteira nas décadas de 1930/40 parecem ser os identificados na palestra realizada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa pelo Professor Costa-Sacadura, em Novembro de 1933, quando dissertava sobre «o papel social da parteira». É um texto-síntese do seu pensamento natalista e eugenista, em que, fazendo-se eco dos debates estrangeiros, também começava por evocar um «apavorante aumento da despopulação em Portugal», com base do declínio da natalidade, considerando o «aborto criminoso» como uma das principais causas dessa situação, para o qual concorreriam parteiras, médicos, farmacêuticos, charlatães e bruxos. Da parteira solicitava então Costa-

⁹⁷ In COSTA-SACADURA – A Parteira como Profissional e como Factor Social. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, 1942, p. 5-9.

⁹⁸ FONTES, Joaquim – A Moral da Parteira. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, 1942, p. 10-12. Este autor apresenta o texto do juramento corporativo das parteiras, em Rouen (França), não citando a fonte nem data, mas que, pela sua curiosidade, vamos transcrever: «F, juro perante Deus... que me comportarei com a maior fidelidade e diligência, que me for possível, na profissão que exerço, de assistir de noite e de dia aos partos de mulheres pobres e ricas, que tomarei todas as precauções para evitar que aconteça qualquer incidente à mãe e ao filho e que se notar algum perigo chamarei os médicos ou cirurgiões... Juro que não revelarei nenhum dos segredos das famílias, nem das pessoas a quem assistirei, que não usarei superstições nem de nenhum meio ilícito seja por palavras ou por sinais, nem por nenhuma outra maneira, que impedirei com todo o meu poder que possam ser usadas tais práticas, que nada farei por vingança ou por maldade, que nunca consentirei que se possa fazer morrer o filho ou desencadear o parto por meios extraordinários ou anti-naturais, mas

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, afirmando que «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 e na atenção às primeiras semanas do lactante. Dessa função social decorria uma série de deveres, que Costa-Sacadura considerava um verdadeiro *código de deontologia*.

Não podemos deixar de sublinhar o facto de a parteira ser, enquanto profissional sanitário, um agente de moralização, desempenhando uma função moral que devia contribuir para a integração ou coesão social. Nesta perspectiva, como qualquer outro profissional sanitário, a parteira, segundo Costa-Sacadura, tinha dois tipos de deveres: pessoais e profissionais.

No domínio das características pessoais, a parteira deveria apresentar um retrato ideal, ser um exemplo de sobriedade, equilíbrio, limpeza e boa educação. Assim:

- devia gozar de boa saúde, dada a actividade extenuante que não escolhia horários;
- devia seguir as regras de uma higiene impecável na alimentação (sóbria, com 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.

No domínio dos deveres profissionais, a parteira deveria apresentar qualidades temperamentais de coragem e sacrifício, revelar curiosidade e actualização científica, ser uma militante do natalismo e do eugenismo. Com efeito, as posições de Costa-Sacadura a este respeito podem ser resumidas assim⁹⁹:

- a parteira devia ter três qualidades essenciais: prudência (para chamar o médico na devida altura), sangue-frio (para enfrentar acidentes imprevistos)

que, como mulher de bem, verdadeira cristã e católica, procurarei em tudo e por tudo, a salvação corporal e espiritual tanto da mãe como do filho; assim Deus me ajude».

⁹⁹ COSTA-SACADURA - *O Papel Social da Parteira*. Lisboa: 1935.

e abnegação (para suportar com um sorriso as impertinências da parturiente e da respectiva família).

- 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 ser uma preocupação da parteira.
- a parteira devia desenvolver relações de «confraternidade» com as colegas e respeitar a sua reputação.
- nas relações com a futura mãe, a parteira devia desempenhar um papel importante no «revigoramento moral e físico da população, particularmente no que diz respeito à natalidade», opondo a *verdade* ao *erro* (sendo o erro a «opinião pervertida», a que era desfavorável ao nascimento de 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 evocava mesmo palavras de outro eugenista portuense, Mendes Correia, para quem se devia substituir a «procriação cega à procriação hígida» e recusar-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», embora não diga como proceder nestes casos (sabe-se, contudo, que a esterilização forçada nestas circunstâncias foi uma prática adoptada noutros países).
- ao mesmo tempo que atribuía aos profissionais de saúde responsabilidades para defenderem uma «selecção matrimonial» com vista a melhorar a raça, Costa-Sacadura encarregava as parteiras da propaganda anti-aborto: «Afirmem que é perigosa para a saúde e até para a vida da mãe a prática de tal crime».
- as relações da parteira com o médico deviam ser sempre boas, inspiradas pelos princípios do respeito, da confiança e da obediência, numa perspectiva hierárquica. 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 de parto e do puerpério; abster-se de toda a crítica a respeito do médico. Em contrapartida, também solicitava deste toda a consideração para com a parteira, a fim de ela exercer a sua arte «com êxito e autoridade», isto é, com a legitimidade que derivava do reconhecimento médico.

- finalmente, solicitava da parteira discrição e segredo profissional, procurando que a solidariedade e o sigilo se ampliassem na corporação dos profissionais de saúde.

Por esta época, Costa-Sacadura configurava-se não só como o principal teórico como também o principal responsável pela formação da enfermagem e das parteiras em Lisboa. Neste contexto, perorava 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 e de uma escola de partos, esta inerente à sua condição de Professor de Obstetrícia. Uma teorização que, para lá do natalismo/eugenismo de base que perfilhava, estava eivada de paternalismo para com as profissionais, mas que influenciava não só a legislação que se ia produzindo neste âmbito como a débil organização profissional que as parteiras protagonizaram. Procurava inculcar-lhes, como se pode ver, uma função de controlo social na actividade reguladora que o Estado desenvolveria sobre as famílias e a sua reprodução.

Em 1942, o *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas* dava a palavra ao Professor Costa-Sacadura para este, em tons dramáticos, falar da «crise» profissional que as parteiras atravessavam, evocando os repetidos apelos que liderara, directa ou indirectamente, para a dignificação do ensino que se lhes ministrava e para o seu enquadramento nos quadros da puericultura¹⁰⁰:

A classe das parteiras atravessa uma crise grave, gravíssima, de que só poderá sair com reacção forte, estudando as soluções possíveis na actualidade e prescindindo por momento daquelas soluções que não podem realizar-se no regime económico presente. Teremos de transigir com certos factores, visto não poder ter efectividade a solução ampla, conveniente e justa que desejaríamos. Creio contudo que o momento é asado para promover um movimento a favor

desta classe, ou melhor, dos elementos que se têm revelado merecedores da atenção dos poderes públicos.

Como se pode ler, a sua preocupação desenvolve-se com base numa retórica de apoio à classe, mas logo surge a precisão a mostrar que o «movimento a favor» é apenas dirigido aos «elementos (...) merecedores». Tratava-se, portanto, de separar o trigo do joio, ou seja, também aqui não há neutralidade, mas implicação e enfrentamento, para se apoiarem apenas as parteiras que se revelavam princípios ajustados à norma dominante.

De que crise, subentendida mas não explicitada, se falava? Noutra ocasião (sessão solene de inauguração da Primeira Jornada das Mães de Família, Maternidade Alfredo da Costa, em 14 de Junho de 1942), Costa-Sacadura¹⁰¹, ao lado de múltiplos quadros estatísticos, apontava as grandes tendências que aos seus olhos se vislumbravam, a sustentarem a «crise», argumentação e alguns dados (Quadro IX) que importa reter.

Quadro IX - Movimento fisiológico. Portugal Continental, 1920-1940

Anos	Nados-vivos	Nados-mortos	Nupcialidade - ‰	Natalidade - ‰
1920	202.908	8762	8,79	33,66
1921	197.022	8821	8,46	32,56
1922	203.727	9109	8,26	33,60
1923	207.172	9231	8,09	34,12
1924	207.440	9050	7,60	34,11
1925	208.434	9107	7,48	34,22
1926	214.633	8039	7,60	34,87
1927	199.399	8525	6,76	32,28
1928	211.314	8488	7,31	34,09
1929	200.874	8666	7,16	32,28
1930	202.529	8631	7,72	32,76
1931	204.120	8847	7,24	32,92
1932	208.062	9185	6,50	29,79
1933	204.315	8943	6,49	28,92
1934	203.158	9094	6,64	28,44
1935	203.934	9174	6,84	28,54
1936	205.615	9405	6,37	28,16
1937	198.127	9228	6,34	26,84
1938	199.467	9176	6,40	26,74
1939	198.888	8972	6,44	26,38
1940	187.892	8847	6,12	24,66

Fonte: Costa- Sacadura – Relatório p.24

¹⁰⁰ COSTA-SACADURA - A Parteira como Profissional e como Factor Social. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*. 1942. p.5-9.

¹⁰¹ COSTA-SACADURA – Relatório da Acção da Maternidade do Dr. Alfredo da Costa na Primeira Jornada das Mães de Família. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942/1943, p. 21-31.

Assim, verificava-se uma tendência demográfica preocupante para um natalista: «o número de nados vivos diminui, o número de nados mortos aumenta (...) baixam assustadoramente as taxas da nupcialidade e da natalidade – índices muito lamentáveis e a que se deve buscar urgente correcção». De facto, a taxa de natalidade passara de 33,66 ‰, em 1920, para 24,66 ‰, em 1940, o que se traduzia num decréscimo de cerca de 15.000 no nível de nascimentos quando se comparavam aquelas duas datas.

Por outro lado, observava-se uma tendência para a hospitalização do parto, o que, conjugado com a tendência crescente de formação de parteiras (Quadro X) lhe parecia produzir efeitos perversos: «cerca de 50% dos nascimentos de Lisboa, se registam nas Maternidades (...) a diminuição de partos no domicílio (...) o número crescente de parteiras que todos os anos saem da Faculdade de Medicina de Lisboa... ». Ora se...

diminui o número de partos nos domicílios e cresce o número de parteiras, estas, não tendo trabalho bastante e normal, ou seja, o principal trabalho para que se diplomaram, acabam apenas por fazer a sua actividade, fazendo abortos.... Logo e em conclusão: as Faculdades de Medicina estão a fabricar, anualmente, quantidade avultada de ... *tecedeiras de anjos!* E coisa é esta muitíssimo grave, em meu entender¹⁰².

Quadro X: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - evolução do número de parteiras diplomadas – 1928-1941

Anos lectivos	Reprovadas	Aprovadas
1928-1929		19
1929-1930		20
1930-1931		22
1931-1932		17
1932-1933		17
1933-1934		42
1934-1935	2	64
1935-1936		48
1936-1937	2	68
1937-1938	6	49
1938-1939	2	56
1939-1940	5	48
1940-1941	11	46
Total	28	516

Fonte: Costa- Sacadura – Relatório p.24

Num raciocínio pouco claro e aparentemente apressado, eis a «crise», o aborto clandestino, ilegal, a constituir-se como o grande argumento para se fazer uma reforma

¹⁰² COSTA-SACADURA – *Ob. cit.*, p. 21-31.

do ensino de parteiras, para se reorganizar completamente este campo sanitário, instituindo uma nova rede de cuidados materno-infantis baseada na puericultura.

Sublinhe-se que 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 Medicina do Porto introduziu no curso a disciplina de puericultura e exigiu conhecimentos de língua francesa), mas nunca foi formalizado em lei: era apenas uma norma interna adoptada pelas Faculdades. Só que os cursos de enfermagem, exigidos como requisitos prévios para o acesso aos de parteira, nunca ganharam nas décadas de 1920-1930 qualidade científica reconhecida, nem havia uma situação profissional esclarecida. Continuava a permitir-se que fossem registadas e contratadas como enfermeiras as praticantes com cinco anos de trabalho auxiliar no hospitalar, bem como se aceitavam outras formações espúrias, do género de cursos de primeiros socorros (desinfectar feridas, fazer ligaduras, fazer pensos, tratar de doentes, etc.). Esta situação de falta de rigor profissional desinteressava as classes médias da ocupação de enfermagem, não permitia que houvesse sempre enfermeiras com as condições requeridas pelo padrão lisboeta de 1919, facto que, em determinadas alturas, fazia diminuir as exigências de pré-requisitos na admissão de candidatas a parteiras para se poderem preencher os cursos respectivos. Os cursos de parteiras eram, no entanto, considerados uma função de saúde pública importante que cada Faculdade prestava, aceitando-se por isso situações menos claras ou até a própria dispensa do curso de enfermagem como requisito prévio, na medida em que poderia ser substituída por outra situação considerada equivalente pela Faculdade (a Universidade de Coimbra terá mesmo mantido os princípios de admissão previstas desde 1836, aceitando alunas não enfermeiras, quando estas não preenchiam o número de vagas, o que se tornou polémico nos meios escolares).

Esta situação explica que o crescimento de parteiras diplomadas pelas Faculdades não se traduzisse num corpo homogéneo, com atitudes profissionalizantes ou reivindicativas dignas de nota, ao mesmo tempo que eram objecto de crítica por parte dos sanitaristas mais exigentes que, com os olhos em alguns modelos estrangeiros, reclamavam reformas no ensino respectivo com vista à preparação de profissionais mais habilitadas e competentes. E, nesse contexto, se argumentava frequentemente que, com o decorrer do tempo, as Faculdades tinham deixado resvalar a situação de

novo para as práticas do século XIX, sobretudo quando, para além do problema das admissões, se limitavam a dar as aulas teóricas que lhes eram imputadas, esquecendo a dimensão das aulas práticas e o controlo dos estágios.

Este contexto explica a prevalência de vários médicos na produção de discursos que visavam a reforma do ensino e da acção das parteiras, às vezes eles próprios responsáveis pelos cursos, mas impotentes para alterarem a situação, em face da falta de meios e do desinteresse dos colegas e do governo (caso claro de Costa-Sacadura) e perante o apagamento social da parteiras, sem acção colectiva significativa, sem um discurso autónomo. A Associação de Classe das Parteiras Portuguesas acima citada teria mesmo de desaparecer no âmbito da organização corporativa do Estado Novo, que criou o modelo obrigatório dos «sindicatos nacionais» para representação dos trabalhadores (1935). Surgiu, depois, o Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas, que registou 150 sócias (de cerca de um milhar de profissionais, segundo as estatísticas) e se reunia em salas emprestadas¹⁰³, tendo uma existência efémera: foi integrado no Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, aprovado em 26.7.1945, que fundiu os anteriores Sindicato dos Enfermeiros do Sul, Sindicato das Enfermeiras Portuguesas e o dito Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas¹⁰⁴, desaparecendo de vez a sempre débil voz das parteiras, a partir de agora com carteira profissional de enfermagem.

A formação em enfermagem nas décadas de 1920 e 1930.

O dispositivo de formação criado em 1919, estabelecendo uma anterioridade da formação em enfermagem como condição prévia para ingresso no curso de parteiras, em que este surge com uma etapa formativa no sentido de uma especialização ainda não assumida oficialmente, imprimiu um rumo novo e determinante à profissão. Uma identidade de ofício, vinda dos tempos corporativos, ainda poderia perdurar com os cursos de partos criados nas escolas médico-cirúrgicas no século XIX, uma vez que muitas das parteiras diplomadas trabalhariam a domicílio ou em casas de partos próprias, mas agora essa circunstância era posta em causa. Seguindo João Freire, sublinhemos: o «sistema de ofício funda-se sobre a importância decisiva do trabalho-

¹⁰³ Relatório e Contas. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*, 1942.

¹⁰⁴ BRANCO, Manuel Leitão – Perspectivas de Divisão Sindical. *Revista de Enfermagem*, nº11, Outubro de 1955, p. 2-4.

saber», dominando dispositivos técnicos e procedimentos, a partir de um conhecimento progressivo, longo e empírico. A aprendizagem não se circunscreve apenas a uma fase estrita de aquisição de conhecimentos, mas prolonga-se e acumula-se ao longo do exercício profissional, através da experiência, com base na destreza manual, na habilidade e na capacidade intelectual. O ofício confere, ainda, uma «certa capacidade de decisão» e um certo reconhecimento social aos seus detentores¹⁰⁵.

Como vimos, durante séculos, a parteira viu reconhecido o seu campo de acção e desfrutou de autonomia¹⁰⁶, ainda que delimitada e circunscrita, como era típico dos ofícios. A linha de demarcação do seu espaço de acção era nítida, passava pelo «parto natural», mas podia gerar conflitualidade com outras actividades da área, na medida em que o parto era um processo que no seu desenrolar podia necessitar de intervenção, passando a inserir-se então na área de outras actividades (médico ou cirurgião), o qual passava a integrar no processo os actos anteriores da parteira, procedendo sempre a uma forma de avaliação de conjunto.

Mas com a exigência de formação prévia em enfermagem, o poder médico circunscreveu ainda mais o sistema de trabalho da parteira, que passou a ser preparada para trabalhar essencialmente no hospital, que se tornou o contexto dominante do exercício das profissões sanitárias, onde o poder médico prevalecia. Através deste pré-requisito formativo, o poder médico assegurava que a nova parteira já estava moldada a uma ideologia de «trabalho subordinado» e ao ambiente hospitalar, reconhecendo o tipo de rotinas institucionalizado e de poderes prevaletentes. Na realidade, o novo formato profissional passou a representar um somatório de quatro anos lectivos de formação, a concretizar em duas etapas: a etapa da enfermagem, que correspondia a metade do tempo (2 anos) de formação total, destinava-se assim a uma preparação de cuidados mais gerais, polivalentes, em serviço hospitalar, ligados à higiene, ao conforto e à ministração de posologias medicamentosas, adquirindo a candidata ainda a moldura hierárquica do enquadramento médico, eventualmente exercitada depois durante mais algum tempo de exercício da actividade; a segunda etapa, a da formação na área obstétrica ocorria posteriormente, concentrando-se a já

¹⁰⁵ FREIRE, João – *Variações sobre o Trabalho*. Porto: Edições Afrontamento, 1997, p. 53. FREIRE, João – *Anarquistas e Operários. Ideologia, Ofício e Práticas Sociais: o Anarquismo e o Operariado em Portugal, 1900-1940*. Porto: Edições Afrontamento, 1992, p. 115-116.

¹⁰⁶ O conceito de autonomia não é fácil de estabelecer. Para Eliot Freidson a «autonomia técnica cria uma esfera de actividade na qual o trabalhador individual, e não a hierarquia organizada, é soberano», «tem o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado». RODRIGUES, Maria de Lurdes – *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta, 1997, p. 51.

então enfermeira numa área de cuidados mais especializados, mas integrando já o universo de uma função (a enfermagem) ainda muito marcada por representações de ternura feminina, de cuidado natural, de maternalismo, de missão de apostolado¹⁰⁷.

Esta ligação enfermagem-parteira pode ser enquadrada ainda sob um outro ponto de vista: com a aquisição dos saberes em enfermagem, a parteira alargava as suas competências e, com a sua proximidade à mulher e à criança e o importante trabalho ao domicílio que ainda fazia (apesar dos esforços médicos para a hospitalização), podia tornar-se numa espécie de educadora sanitária junto das famílias, um meio onde era difícil entrar apesar de todo o esforço dos higienistas. Os cuidados prestados em fase pré-natal e pós-natal, articulando-se com o discurso puericultor, podiam tornar a parteira num agente sanitário mais eficaz na prevenção da morbilidade e mortalidade de mães e recém-nascidos. Este tipo de argumentação foi desenvolvido em Inglaterra pouco antes da Primeira Guerra Mundial e, perante as dificuldades causadas por esta, acabou por ser incluído na legislação relativa à maternidade e à criança, publicada em 1919 (*Maternity and Child Welfare Act*). Embora este princípio não obrigasse a parteira a ter um curso de enfermagem, em Inglaterra, e as profissões de parteira e de enfermeira se mantivessem distintas, a verdade é que, neste país, se passou a verificar um recrutamento preferencial entre as enfermeiras¹⁰⁸. Esta tendência inglesa influenciou posições idênticas noutros países, alguns dos quais foram ainda mais longe (por exemplo, na Suécia, as candidatas a parteira eram obrigatoriamente enfermeiras diplomadas). Foi também o que aconteceu em Portugal.

É neste jogo complexo de relações com a enfermagem que a profissão de parteira deve ser equacionada a partir desta altura (1919), relações que não são óbvias mas sim produto de alterações de concepção, moldadas pelo poder médico dominante, relativamente aos papéis da parteira e decisiva na desconstrução e reconstrução desta ocupação, num quadro mais vasto de reorganização dos sistemas sanitários.

Neste contexto, importa perguntar o que significava ser enfermeira por essa altura em Portugal, que acréscimos traziam os saberes da enfermagem de então à parteira,

¹⁰⁷ DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmem – *Para uma Sociologia de la Profesion de Enfermaria en España*. REIS, 8/79, p. 103-129.

¹⁰⁸ WOOD, Audrey – *Rôle de la Sage-Femme dans la Santé Publique*. ORGANISATION Mondiale de la Santé – *Les Services Infirmiers de Santé Publique – Problèmes et Perspectives*. Genève: OMS, 1961, p. 147-162. Segundo Wood, em Inglaterra, só muito tarde, em 1870, é que a *London Obstetric Society* decidiu organizar exames para as parteiras e atribuir certificados. Também só em 1902 se publicou uma primeira lei sobre a actividade das parteiras, estabelecendo alguns princípios a cumprir pela profissão. A parteira aprendia com outras já experimentadas ou praticava em maternidades, desenvolvendo uma actividade autónoma, ao domicílio, também muito mal vista nos discursos médicos do século XIX.

para lá do princípio de uma formação genérica virada para as questões de atendimento aos doentes e de uma preocupação muito grande com a higiene? Não é, porém, nosso objectivo proceder a uma análise sócio-histórica no campo específico dos percursos de formação da enfermagem em Portugal, para o qual existe já uma contribuição recente de Maria Isabel Soares¹⁰⁹.

Num breve relance, recorde-se apenas que a enfermagem foi, durante séculos, o resultado de uma actividade empírica nos principais hospitais do reino, essencialmente assumida ou controlada por ordens religiosas, centrada na guarda, limpeza e vigilância dos doentes, num papel religioso, caritativo e maternal. Só no último quartel do século XIX, à imagem do que já se fazia na Inglaterra e Estados Unidos, se desenvolveram processos formativos para a enfermagem laica em Portugal, em função da afirmação crescente do poder médico e dos seus contextos de trabalho, centrados no hospital, cuja organização passou pela promoção de «trabalho delegado» através da institucionalização de serviços paramédicos, de que a enfermagem foi o primeiro exemplo. Em vez dos antigos «criados» e «criadas» que marcavam os hospitais religiosos, procuravam-se agora pessoas que pudessem apoiar a acção médica, aproximando-as com base numa formação curta que lhes permitisse entender o universo conceptual do médico, com vista a exercerem alguma acção ministrante e de colaboração. Essa procura crescerá e qualificar-se-á à medida que a utilização do hospital se massificar.

Recorde-se que, a nível internacional, a primeira escola de enfermagem laica foi criada apenas em 1860, na Inglaterra, por acção de Florence Nightingale, que conceptualiza a actividade numa «perspectiva de total dependência médica»: nenhuma enfermeira deveria prestar serviços por iniciativa própria, mas sim obedecendo a solicitação médica; nenhuma deveria alimentar qualquer doente, dar-lhe remédios ou lavá-lo sem ordem escrita (prescrição) do médico. Tudo o que a enfermeira fizesse, deveria fazê-lo em função daquilo que o médico achava que se devia fazer, pois todo o trabalho de enfermagem emanava das ordens médicas, podendo considerar-se a enfermagem como «uma parte formal do trabalho médico», ou seja, mais um «ofício técnico do que uma prática natural de feminilidade ou um

¹⁰⁹ SOARES, Maria Isabel - *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal, 1880-1950*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, dissertação de mestrado em Ciências da Educação - área de Pedagogia da Saúde, 1993. (Editada recentemente por Educa: 1997).

exercício de impulsos caritativos»¹¹⁰. Por isso, para ser enfermeira não bastava, a partir de então, ser apenas uma mulher de bom coração, compadecida do seu próximo, mas deveria submeter-se a uma aprendizagem especial e adquirir determinadas capacidades para esse efeito. Eis o paradigma dependente, atribuído ao trabalho de enfermagem, na concepção de Nightingale, ocupação que Eliot Freidson define como «uma parte subordinada da divisão técnica do trabalho que rodeia a medicina». De resto, ainda segundo Freidson, nos primeiros tempos, os próprios médicos não apreciariam o processo de formação escolar proposto por Nightingale, preferindo as antigas serviçais com escassos rudimentos de aprendizagem¹¹¹.

Tal situação ajuda a explicar a precariedade das primeiras tentativas escolares para a enfermagem realizadas em Portugal (como em outros países). Em 1877, a Santa Casa da Misericórdia do Porto criava no Hospital Geral de Santo António uma «Escola de Enfermeiros», que, em 1896, dotou com um regulamento, segundo o qual se apresentava a escola como «destinada a ministrar instrução apropriada ao seu pessoal de enfermagem e ainda a todos os indivíduos que desejam obtê-la»¹¹². Ainda em 1896, Evaristo Saraiva publicava o *Manual para o Curso de Enfermeiros do Hospital Geral de Santo António*, que teve nova edição em 1904. Em 1918, esta dita escola passou a ser designada apenas por *Curso de Enfermagem*, com duração de dois anos, de acordo com o modelo público então surgido; em 1935, surgiu novo regulamento que consagrou de novo a designação de «Escola de Enfermagem», instituindo então cursos de três anos (quando no ensino público¹¹³ era ainda de dois, diferença que se verificou até 1953), versando disciplinas de anatomia, higiene, enfermagem médica e cirúrgica, farmacologia e toxicologia, serviços operatórios, moral, deontologia profissional e noções sobre organização administrativa e regulamentar¹¹⁴.

¹¹⁰ DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmem – *Para uma Sociologia de la Profesion de Enfermaria en España*. REIS, 8/79, p. 103-129.

¹¹¹ FREIDSON, Eliot – *La Profesion Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978, p. 74.

¹¹² SANTA Casa da Misericórdia do Porto – *A Enfermeira, Militante da Saúde*. Porto: separata do Jornal do Médico, 1954. Note-se que, em 1885, Ricardo Jorge, chamando aos enfermeiros «bons ajudantes» e «bons assistentes de leito», tal como existiam já nos Estados Unidos e em França, lamentava que ainda não funcionasse o curso de enfermeiros no Hospital de Santo António. JORGE, Ricardo – Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885. *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*, Agosto de 1885, nº 7, p. 214.

¹¹³ Trata-se da Escola Profissional de Enfermagem, criada em 1918, junto dos Hospitais Civis de Lisboa.

¹¹⁴ SANTA Casa da Misericórdia do Porto – *A Enfermeira, Militante da Saúde*. Porto: separata do Jornal do Médico, 1954.

Em Coimbra, surgiu a primeira escola nos Hospitais da Universidade, em 1881, por iniciativa do Prof. Costa Simões: a inauguração do curso lectivo coube ao Prof. Inácio Rodrigues da Costa, que acabou por imprimir as suas lições, saindo uma brochura com o título «Guia do Enfermeiro», integrada numa disciplina designada de «serviços de enfermagem». A escola foi efémera, suspendendo, em data que se ignora, os seus serviços¹¹⁵.

Em Lisboa, o primeiro curso de enfermeiros surgiu em 1886, no Hospital de S. José, ministrado pelo cirurgião Artur Ravara, embora fossem fracos os resultados qualitativos e quantitativos conseguidos. 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, em sua opinião, «devia ser do sexo frágil», ou seja, feminino.

Suprimido o curso nesse ano, só em 1901 surgiu a Escola Profissional de Enfermeiros, num anexo do Hospital de S. José, mas sem grandes resultados práticos, até porque a remuneração profissional não era convidativa, o que se traduzia numa má qualidade de origem dos candidatos. A preparação 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. Era essa a situação, já referida, da Santa Casa da Misericórdia do Porto que formava os seus próprios enfermeiros, criando ainda, em 1908, um serviço de enfermeiras domiciliárias para prestarem assistência às parturientes pobres. Mas os múltiplos ecos que nos chegam através das revistas médicas mostram que não se passava ainda dum fase elementar na forma de encarar a enfermagem, com cada hospital a preparar o seu corpo próprio de auxiliares médicos, com uma preparação ainda muito superficial¹¹⁶.

Uma situação particular – a entrada de Portugal na Primeira Guerra Mundial - fez com que o governo aprovasse, por Decreto de 21 de Março de 1917, a criação de um curso de enfermagem para mulheres, proposto pela Comissão de Enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas, para formar enfermeiras destinadas, em primeiro lugar, aos hospitais militares do País e dos corpos expedicionários em campanha. Pouco depois (27 de Outubro de 1917), publicava-se o programa do curso e, um ano

¹¹⁵ Anónimo – Os Trabalhos da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. *Boletim da Assistência Social*, 1948, p. 167-177. Aqui se registam as datas das primeiras escolas laicas de enfermagem, em diversos países: Inglaterra – 1860; Estados Unidos – 1873; Paris – 1877.

depois, era a Secretaria de Estado da Guerra que assumia a criação, junto dos hospitais militares de 1ª classe, em Lisboa e no Porto, de escolas de enfermeiras para o exército, recuperando para esse efeito o programa acima referido¹¹⁷.

No domínio dos serviços hospitalares civis e no imediato pós-guerra surgiram processos de reorganização, que incluíram a criação de escolas de enfermagem. Assim, pelo Decreto nº 4563 de 9.7.1918 o governo iniciou a sua acção reorganizadora pelos Hospitais Civis de Lisboa e surgiu então a Escola Profissional de Enfermagem. Pelo Decreto nº 5763, de 10 de Maio de 1919, chegava a vez dos Hospitais da Universidade de Coimbra, aos quais eram atribuídos os mesmos regulamentos e regalias, sendo também dotados de uma Escola de Enfermagem¹¹⁸. Passava, assim, a ser exigido diploma de curso para ingresso nos quadros de pessoal definitivo dos hospitais públicos. Os cursos ministrados duravam dois anos, a que se acrescentava um curso complementar de um ano que passava a ser necessário para a nomeação no lugar de enfermeiro-chefe.

Pelo Regulamento da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa, aprovado pelo Decreto nº 8505 de 25 de Novembro de 1922, pode ler-se a estrutura curricular desses cursos, que integrava as seguintes disciplinas:

- 1ª - Anatomia e Fisiologia (noções gerais);
- 2ª - Higiene;
- 3ª - Enfermagem Geral (com noções de dietética e farmácia);
- 4ª - Enfermagem Médica e seus Socorros de Urgência;
- 5ª - Enfermagem Cirúrgica e seus Socorros de Urgência;
- 6ª - História da Enfermagem;
- 7ª - Serviços Operatórios;
- 8ª - Organização dos Serviços Hospitalares - Legislação;
- 9ª - Deontologia Profissional.

Ao curso geral correspondiam as disciplinas 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 9ª. Ao curso complementar correspondiam as disciplinas 4ª, 5ª, 7ª e 8ª. Ambos compreendiam estágios em serviços da especialidade. Este Regulamento previa a possibilidade de a Escola Profissional de Enfermagem organizar cursos de enfermagem de

¹¹⁶ COSTA-SACADURA - *Subsídios para a História da Enfermagem em Portugal*. Lisboa: 1950.

¹¹⁷ *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nºs 6-7, p. 140-142, 145-149, 180-185.

¹¹⁸ O Regulamento desta Escola foi aprovado pelo Decreto nº 6943, de 16.10.1920. Em 1931, pela Portaria nº 7001, foi-lhe atribuído a designação de «Escola de Enfermagem Doutor Ângelo da Fonseca», em homenagem ao inspirador do decreto fundador desta Escola.

especialidades, devendo, para esse efeito, a sua organização ser submetida à Direcção-Geral dos Hospitais Cívicos.

É claro que, na prática profissional, pontificavam profissionais da antiga Escola Profissional de Enfermeiros, pelo que se estabelecia equivalência entre os cursos. Assim: a) o curso ordinário da Escola Profissional de Enfermeiros daria equivalência ao primeiro ano da Escola Profissional de Enfermagem; b) o curso completo da Escola Profissional de Enfermeiros daria equivalência ao curso geral da Escola Profissional de Enfermagem. Entre os diversos requisitos, o curso geral solicitava uma idade entre os 17 e os 25 anos, atestado de bom comportamento moral e civil passado pela autoridade policial, certidão de exame da instrução primária de 2º grau (4ª classe). Era também permitido o acesso ao curso complementar aos diplomados com o curso completo da antiga Escola Profissional de Enfermeiros para se habilitarem ou terem acesso definitivo ao lugar de enfermeiro-chefe¹¹⁹.

A Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi dirigida pelo Prof. Costa-Sacadura (até 1940, com interrupção entre 1924-1928), através da qual se difundiu o modelo da enfermagem como auxiliar do médico, ministrando-se aos candidatos à enfermagem um ensino que a literatura médica considerava de baixo nível técnico, nomeadamente pelo próprio Costa-Sacadura que, insatisfeito, advogou contínuas reformas. A Escola começou por promover um curso para administrar aos enfermeiros hospitalares que ainda 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.¹²⁰

Num crescendo de exigência, passou então a escola a exigir o estágio em serviços hospitalares, das oito da manhã às oito da noite, e a recorrer a exames no Instituto de Orientação Profissional para a admissão de alunos. A partir de 1930, no exame de admissão, as candidatas faziam prova de francês, e a partir de 1935-36, pedia-se como

¹¹⁹ *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nºs 6-7, p. 228-231 e 304-308.

¹²⁰ COSTA-SACADURA - *Subsídios para a Bibliografia Portuguesa sobre Enfermagem: Algumas Efemérides*. Lisboa: 1950.

habilitações o 2º ano dos liceus ou, em alternativa, um exame sobre as matérias que o compunham¹²¹.

Apesar das dificuldades, do ponto de vista da evolução profissional na enfermagem, podemos considerar o ano de 1918 como um ponto charneira. Para o período anterior tudo ainda é difuso, com tentativas precárias e mal-sucedidas de organizar uma formação específica. À imagem do que aconteceu noutros países, o que se tornou relevante foi a acção de alguns precursores no reconhecimento da enfermagem como uma actividade específica em fase de laicização, contribuindo para esse longo processo de ultrapassagem das representações tradicionais de um serviço caritativo, com características de domesticidade.

A partir de 1918, assistiu-se à institucionalização de um modelo profissional que implicou uma fase inicial de aquisição formal de conhecimentos, com passagem por uma escola de sentido profissionalizante, que conferia um diploma, passando o curso obtido a constituir condição necessária para ingresso nos hospitais civis. Este aspecto mostra que este processo de profissionalização é indissociável da evolução verificada na organização hospitalar enquanto organização médica (e não mais religiosa, como era desde os tempos medievais), implicando um nível elevado de burocratização. A formação ministrada na fase inicial era demasiado pobre, aspecto reconhecido pelos responsáveis, valendo sobretudo pelo papel de inculcação do universo hospitalar, assentando essencialmente na percepção geral dos fenómenos da saúde e da doença e no reconhecimento da importância da higiene, através da execução de estratégias de assepsia e de anti-sepsia na prática de cuidados quotidianos. Foram estes saberes que passaram, assim, a integrar o universo da formação das parteiras, quando se lhes exigiu como requisito o curso de enfermagem.

O aspecto mais relevante foi, contudo, a institucionalização de uma qualificação prévia obrigatória, através de um sistema de educação formal, para ter acesso a um determinado campo de cuidados com tarefas que, gradualmente, serão explicitadas e demarcadas, em torno do conceito de «acto de enfermagem».

¹²¹ Pelo Decreto nº 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 Ravara. 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.

CAPÍTULO III

AS MATERNIDADES E OS CUIDADOS MATERNO-INFANTIS

As maternidades, enquanto instituições hospitalares especializadas na prestação de cuidados às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, constituíram a expressão mais evidente do processo de medicalização do parto, que se generalizou gradualmente entre o século XVIII e o século XX. Desenvolveram-se a partir das enfermarias de partos, salas destinadas às parturientes nos hospitais gerais e/ou dos estabelecimentos autónomos de partos, casas que acolhiam mulheres pobres e desprotegidas em situação de parto. Tanto as enfermarias iniciais, como depois as maternidades constituíram espaços privilegiados para o domínio pelos cirurgiões de um universo (o parto) que era tradicionalmente feminino, na medida em que permitiram uma aplicação mais livre das intervenções obstétricas, porque afastadas da vigilância familiar e dos olhares domésticos, o que permitiu criar uma observação sistemática e desenvolver algum experimentalismo. Funcionaram dessa forma como autênticos laboratórios de investigação, de produção de conhecimentos e de normalização de práticas obstétricas, contribuindo para a afirmação do poder médico neste domínio. E constituíram espaços de formação e de acção para novos tipos de parteiras, que surgiram em alternativa às tradicionais «curiosas» ou às «parteiras examinadas» do sistema de ofícios corporativos.

A ultrapassagem da «arte de partos» pela formalização do saber obstétrico, elevado a um estatuto universitário, ficou a dever quase tudo à institucionalização destes espaços sanitários, que, desde o início, se estruturaram com base num discurso de salvação das mães e das crianças pobres ou desprotegidas, de cariz não só humanitário como político (a importância da população para a grandeza do Estado). Em qualquer caso, as maternidades (bem como as enfermarias específicas de hospitais gerais) funcionaram como um meio importante para a medicalização do parto, acompanhando o processo de medicalização geral dos problemas humanos e sociais. E, nessa medida, limitaram a acção das tradicionais parteiras de profissão liberal, formando outras parteiras especificamente para a vida hospitalar, submetidas a uma nova disciplina institucional, ou seja, a novas formas de poder e saber a que conferiram legitimidade racional e administrativa, gerando assim um novo tipo de profissionalidade, mais esclarecido, tecnologicamente mais apetrechado, revelando outra identidade e uma nova respeitabilidade social.

A criação de maternidades e o caso português

A progressiva capacidade de intervenção médica no parto para resolução dos casos mais complicados, com a conjugação das novas técnicas (fórceps, assepsia e anti-sepsia, anestesia, cesariana) acelerou a hospitalização dos partos a partir dos finais do século XIX. Mas esta prática social encontrou resistências que se prendiam com a tradicional hostilidade aos hospitais, quer pela tradicional conotação com a pobreza, quer por serem vistos como estabelecimentos que prenunciavam a morte. A verdade é que parir no hospital se traduzia, antes das descobertas microbiológicas e das práticas de assepsia, em grande insucesso, na medida em que a mãe e o recém-nascido corriam riscos acrescidos de infecção, por eventual contágio obtido nas enfermarias, através de outras doentes ou pelo contacto não asséptico dos profissionais hospitalares, fenómenos a que população geral era, ainda que difusamente, sensível.

Daí que aos hospitais só acoressem mães pobres ou desprotegidas, na linha da vocação inicial destas instituições, ou então as que apareciam em situações de grave complicação para o caso de serem mães de estatuto elevado, isto é, a hospitalização correspondia a uma espécie de condenação prévia que atingia as parturientes mais desafortunadas. Por isso, apesar das novas condições técnicas, se verificava uma aversão à hospitalização para o parto no que se referia aos sectores sociais mais favorecidos, que tinham acesso à medicalização pelo recurso aos médicos em exercício de clínica livre (regime liberal).

Reconheceu-se, então, através do discurso médico, que a hospitalização do parto em hospitais gerais era inconveniente, pois tanto a mãe como o recém-nascido não eram, em princípio, doentes, embora pudessem carecer de cuidados especiais no acto de se desligarem em termos biológicos. A recuperação da ideia de maternidade, que vinha já do século XVIII, enquanto hospital exclusivamente vocacionado para os problemas do parto e afins, respondeu a este tipo de problemas, no sentido de evitar a promiscuidade acima referida. A criação de maternidades gerou um movimento que se intensificou pelos finais do século XIX nos principais países e/ou regiões do Norte da Europa, de vocação protestante (França, Inglaterra, Suíça, Alemanha...). Mas, em muitos destes países, a acção das maternidades alargou-se rapidamente a um conjunto de valências mais abrangente do que as necessárias ao parto, por influência da puericultura, conjugada com a percepção da natureza do fenómeno de assistência

social, tornando-se muitas delas em centros de investigação e de promoção dos cuidados materno-infantis.

Também neste domínio se verificou um considerável atraso em Portugal, face à multiplicação destas instituições nos principais países europeus. A consciência desse atraso não deixava de se fazer sentir nos médicos... 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, ideia que alimentava a reivindicação de novas maternidades em Portugal. O primeiro grande militante pelas maternidades em Portugal foi Alfredo da Costa, que, em 1899, já afirmava, numa proclamação dos seus diversos tipos de vantagens para o controlo não só médico como social (defendendo a criação de refúgios para grávidas desprotegidas ou em situação marginal):

A pedra angular sobre a qual tem de estear-se um sistema razoável de assistência obstétrica é a fundação de maternidades nos centros mais populosos do nosso País. Maternidades a sério, como já existem em França, e 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 de arte modernas. Maternidades onde o espaço consinta arredar, pela separação dos leitos, os atentados criminosos contra a existência das crianças. Maternidades que tenham anexos depósitos de grávidas, à semelhança dos que pelo estrangeiro se tem 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 desenvolvem aptidões, se estimule o gosto pela obstetrícia e se façam até especialistas¹²².

Na mesma linha de militância, em 1906, Alfredo da Costa utilizava como argumento a favor da sua campanha a situação verificada na assistência obstétrica do Hospital de S. José, na Enfermaria de Santa Bárbara, descrita num registo dramático:

Lisboa não tem, a bem dizer, uma Maternidade. Dentro de um hospital imenso, defeituoso, como todos os que têm o vício de origem de adaptação de um convento vetusto, aninha-se, é certo, um serviço clínico de obstetrícia, arrumado à força numa quase mansarda ampla que tem por qualidades a muita luz e bastante ar. O espaço, porém, exíguo, mal permite ali os mais rudimentares serviços de uma clínica regular. Puérperas, de todos os matizes, vivem juntas, numa promiscuidade nefasta. Tuberculosas, sífilíticas, erisipeladas, ulcerosas, eclâmpticas 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 consente que se vigiem, se mediquem e se tratem pela diligência de um pessoal numeroso, bom e regularmente pago. O sossego e a tranquilidade, que são requisitos indispensáveis dos primeiros dias de puerpério, são coisas desconhecidas.¹²³

O médico Costa-Sacadura, discípulo de Alfredo da Costa, assumiu, após a morte deste, a campanha por ele desenvolvida a favor das maternidades, não só para tratamento dos partos distócicos como para o estabelecimento de consultas pré-natais que ajudassem a prevenir situações patológicas¹²⁴. A comparação da situação portuguesa com a estrangeira suscitava-lhe os seguintes comentários, em 1911:

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 obstétrico¹²⁵.

Mas a emergência das maternidades em Portugal foi tardia e inicialmente apenas na perspectiva de beneficência, de auxílio às classes pobres. Durante as primeiras décadas do século XX, as parteiras e os médicos-parteiros, em «clínica livre», asseguravam a resposta necessária, no pressuposto de as parturientes recorrerem a agentes diplomados, porque, na maioria dos casos, continuava o recurso à tradicional *curiosa*. Nem podia ser de outro modo, dada a escassa e desigual distribuição de parteiras diplomadas, profissionalizadas e a tempo inteiro. Nas zonas rurais, estas parteiras não tinham condições para sobreviverem profissionalmente, dada a especificidade da economia camponesa, caracterizada ainda pela autosuficiência, pela troca de trabalhos e de favores tradicionais, situação incompatível com serviços prestados contra honorários. A velha ideia de formar parteiras para resolverem os partos dos campos era uma solução com pouca eficácia, dado não se verificar um

¹²² COSTA, Alfredo da – *Duas Lições de Obstetrícia*. Lisboa: 1899, p. 24-25.

¹²³ Citado por COSTA-SACADURA - *As Maternidades e a Família*. Lisboa: 1939, p. 6.

¹²⁴ Este médico passa por ter sido o primeiro a instituir em Portugal, em 1902, as primeiras consultas pré-natais, importantes para despistar os casos de distocia. Foram organizadas na enfermaria de Santa Bárbara (no último andar do Hospital de S. José), onde funcionava o serviço anexo da cadeira de Obstetrícia da então Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. COSTA-SACADURA – *O Valor Social da Maternidade e das Maternidades*. Lisboa: 1938.

¹²⁵ Texto de 1911, citado por COSTA-SACADURA - *As Maternidades e a Família*. Lisboa: 1939, p. 8.

«mercado» neste domínio, pelo que só com a multiplicação da criação de «partidos municipais», que assegurassem um salário de base, o problema pudesse ser resolvido. Naturalmente que a cidade continuava a ser (como para quase todas as profissões) o espaço das oportunidades, porque a concentração populacional potenciava a procura o que permitiria sobreviver pela trabalho especializado. E, nesta medida, a cidade era também o espaço ajustado para a implantação de maternidades, aonde as parturientes acorriam.

A criação de maternidades, devidamente enquadradas pelo Estado e seus representantes, apresentava-se como um contributo para a solução deste e de outros tipos de problemas, nomeadamente moldando médicos e parteiras através da formação considerada adequada à racionalidade dominante e controlando-os, através de vínculos contratuais e da vigilância nos lugares de acção.

No caso português, do ponto de vista histórico, verificou-se uma incapacidade do Estado Liberal de avançar para a institucionalização destes serviços de maternidade, o que levou à mobilização de grupos da sociedade civil para o efeito. Foi o que aconteceu em Coimbra, por 1906, em que os estudantes finalistas de Medicina fizeram campanhas nacionais de angariação de fundos para a criação de uma maternidade junto dos hospitais da Universidade. No entanto, a maternidade só veio a aparecer como estabelecimento anexo à Faculdade de Medicina, por Decreto de 22 de Fevereiro de 1911, assinado pelo ministro do Interior, António José de Almeida. Reorganizava-se, então, em novas bases o Hospício Distrital de Coimbra, que era extinto, bem como os diversos serviços, passando as suas receitas a serem canalizadas para um novo serviço de cuidados médicos às mulheres grávidas e a crianças recém-nascidas, sendo para isso criada uma maternidade, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a direcção do catedrático da cadeira de partos.

Entretanto, o governo republicano nomeava, em 1914, uma comissão constituída pelos médicos Augusto Monjardino e Costa-Sacadura, militantes pela criação das maternidades, e pelo arquitecto para Miguel Terra para que se construísse «com urgência» uma Maternidade em Lisboa, para cujos efeitos mandava disponibilizar 250 contos e entregar um terreno que fora propriedade de uma associação extinta (Associação de Nossa Senhora da Conceição) e, entretanto, atribuído à Comissão Central de Assistência (Portaria de 1.8.1914). É natural que a eclosão da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) tenha constituído um obstáculo intransponível para dar sequência ao projecto realizado, porque tudo avançou vagarosamente, recebendo novo

impulso apenas a partir de 1924. O edifício estava pronto em 1931, pela quantia de 7210 contos, iniciando o funcionamento clínico como Maternidade Dr. Alfredo da Costa no ano seguinte, com inauguração em 5 de Dezembro de 1932, assegurando um serviço inicial de 250 camas. A nova maternidade era apresentada pelo regime da Ditadura Nacional como mais um elemento da sua «obra de organização nacional, integrando-se na redentora orientação de melhorar a raça pela assistência às mães». Note-se que, em 1931, começara também a funcionar a Maternidade Magalhães Coutinho, com cerca de 100 camas, aspecto que o governo também sublinhava a seu favor (pois representava a evolução da Enfermaria Magalhães Coutinho, que abrira em 1927 com 80 camas¹²⁶). E, doutrinamente, fazia-se no diploma (Decreto nº 20395 de 17.10.1931) que instituiu esta Maternidade, a apologia destas instituições, sublinhando que toda a protecção da criança teria de começar pela mãe:

Não pode em verdade contestar-se o carácter eminentemente social das maternidades. É necessário, absolutamente necessário, proteger as mulheres grávidas pobres. Não existe meio mais eficaz de promover o desenvolvimento fetal e de prevenir a atrofia e o depauperamento físico de novas gerações.

A protecção da criança tem de começar na protecção à mãe. A reorganização, ou, melhor, a criação da assistência obstétrica, que tem por fim promover a robustez, o bom desenvolvimento, a florescente saúde dos nascituros, e obstar dentro do possível às múltiplas causas de degenerescência, à atrofia e morte de crianças, tem de basear-se na abertura de maternidades.

Entretanto, segundo as disposições que a instituíam, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa ficava dependente da Direcção-Geral da Assistência e devia constituir um centro de assistência médico-social e de trabalho científico. Com os serviços de obstetrícia propriamente ditos deviam conjugar-se os de ginecologia e de puericultura. E os dirigentes da Maternidade que fossem professores da Faculdade de Medicina de Lisboa professariam o ensino de obstetrícia, ginecologia e puericultura. À Maternidade competia, assim:

- organizar um serviço de hospitalização obstétrica e ginecológica;
- instituir um serviço externo de consultas, de obstetrícia, de ginecologia, para mães que amamentassem, para recém-nascidos e para consulta pré-nupcial;
- organizar um serviço de ambulância para assistência domiciliária.

¹²⁶ História das Maternidades. *Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, fasc. IV, Lisboa: 1942

De notar que no quadro de pessoal instituído pelo decreto fundacional da Maternidade Dr. Alfredo da Costa não surgia qualquer menção à categoria de «parteira». Este tipo de actividade teria de ser enquadrada no pessoal de enfermagem especializada para obstetrícia que incluía:

- 1 enfermeira fiscal;
- 1 enfermeira chefe;
- 6 enfermeiras adjuntas;
- 16 enfermeiras especializadas;
- 21 enfermeiras.

Surge, assim, em termos oficiais, um conceito novo, o de «enfermeira-especializada» que era necessariamente a enfermeira-parteira que se vinha formando segundo o modelo que atrás apresentamos. Simbólica e efectivamente vemos a rejeição do conceito de parteira, que, pela sua conotação tradicional a diversos níveis, já não se enquadrava na cultura organizacional e científica prevista pelos médicos responsáveis das maternidades. Note-se que, na década de 1930, ainda não existia um modelo de ensino de enfermagem que contemplasse qualquer via de especialização. Eis um exemplo de como a prática organizacional se pode antecipar (e desta forma condicionar) a lei futura. Com efeito, no ano seguinte, o diploma que regula os serviços de admissão de doentes e funcionários (Decreto nº 21301 de 30.5.1932) esclarece que se trata de «enfermeiras especializadas com o curso de parteira»¹²⁷. Mas, em 1934, as enfermeiras especializadas já eram 43 e esta categoria profissional apresentava uma tendência para o crescimento, enquanto se iam extinguindo lugares de quadro para médicos internos, por decretos sucessivos. Num deles (Decreto nº 24900 de 10-1-1935), que promove a «extinção de cinco lugares de médicos internos e criação de igual número de lugares de enfermeiras», afirma-se que «sendo já insuficiente o número de enfermeiras especializadas para o cabal desempenho da função a que se destina a Maternidade Dr. Alfredo da Costa e podendo, por outro lado, dispensar-se algum pessoal médico, o que tudo a prática e o tempo vieram demonstrar (...)»¹²⁸. As maternidades configuram-se, cada vez mais, como espaços privilegiados para a acção das parteiras, até porque, embora fossem previstas para os partos patológicos, começaram a abrir as suas portas a situações de parto normal, em face de uma maior procura de hospitalização pelas parturientes (situação que chega a

¹²⁷ Decreto-Lei nº 21301 de 30.5.1932.

ser denunciada como «escândalo» por médicos que promoviam o princípio de que o parto normal se deveria realizar no domicílio, princípio este inscrito na política sanitária materno-infantil do governo).

No Porto, também se verificou inicialmente a mobilização filantrópica, por iniciativa de Artur Maia Mendes, em 1910, para a criação de uma maternidade. Depois de uma visita da rainha D. Amélia ao Hospital de Santo António em que ficaram patentes publicamente as precárias condições das parturientes, Maia Mendes, um médico-parteiro com acção notável na cidade, que chegou a criar cursos livres de partos para médicos e parteiras¹²⁹, aproveitou a oportunidade da visita real para lançar uma campanha para uma associação de beneficência que intitulava de *Maternidade do Porto*. O objectivo estatutário era o tratamento gratuito, em hospital especial, de parturientes indigentes, do Porto ou da província, dando ainda consultas neste âmbito e alojando algumas pensionistas.

A justificação para a criação de um estabelecimento do género era dada por Maia Mendes com base numa distinção entre parturientes e doentes, exprimindo-se da seguinte forma¹³⁰:

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 uma 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.

A «maternidade do Porto» abriu e funcionou numa casa adaptada para o efeito, enquanto Maia Mendes viveu, embora com uma escala de serviços reduzida. No

¹²⁸ *Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, fascículo I, Lisboa: 1941.

¹²⁹ Diz-se de A. Maia Mendes: «Em 1893, bem conhecedor já dos segredos da arte obstétrica, para que a Natureza parecia tê-lo dotado com uma mão especialmente adextrada, criou um curso livre e retribuído de partos, o primeiro e único deste género até hoje havido no Porto. Embora não tivesse o cunho oficial, esse curso funcionou durante uns poucos de anos e por ele passaram individualidades hoje em destaque no professorado médico e na clínica. O seu falecimento impediu-o de publicar, como tencionava, essas lições de partos, certamente vasadas hoje em novos moldes e acrescidas dos ensinamentos que a sua prática de então para cá lhe havia de ter proporcionado. Foram, certamente, os ruídos desses cursos, que, mais tarde, em 1907, quando se criaram os lugares de chefes de clínica médica, cirúrgica e obstétrica, nas Escolas Médicas, lhe deram a preferência para aquele último na Escola do Porto, cargo que ele, proficientemente, desempenhou durante três anos» [na realidade, de 1903-1910]. PEREIRA, A. dos Santos – Necrológio de A. Maia Mendes. *A Medicina Moderna*, nº 317, 1920, p. 252. (Cit. por SAAVEDRA, Alberto – *Subsídios para a História da Obstetria no Porto*. Porto: 1926, p. 23).

entanto, a pequena «maternidade», vivendo de esmolas e pensões, bem como do serviço gratuito dos médicos, não teve condições para progredir. Mas este modelo de benemerência constituiu a primeira realização concreta em Portugal de uma *maternidade* como fórmula hospitalar específica, graças à acção devotada do grupo de médicos liderados pelo Dr. Maia Mendes (entretanto falecido em 1920). Com a morte de Maia Mendes, o estabelecimento, que nunca chegou a representar uma solução satisfatória para o interesse colectivo, dada a sua pequena dimensão, entrou rapidamente em declínio.

O Hospital de Santo António, da Santa Casa da Misericórdia, continuava a ser o grande hospital da cidade do Porto (também ele da sociedade civil, pois não havia hospital público na cidade, com a excepção do Hospital Militar). Mas a situação que ali se vivia, em termos de assistência obstétrica, pelos inícios da década de 1920, continuava a ser muito negra, em grande medida ainda imune aos requisitos que as teses médicas apresentadas ao longo das últimas décadas do século XIX preconizavam. 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 peçadas 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.¹³¹

Não existindo uma instituição pública no Porto dedicada à maternidade e dado o deficiente funcionamento do Hospital neste domínio, o centenário da fundação da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1825-1925) funcionou como pretexto para que «alguma coisa de consistente e perene se edificasse no domínio da medicina social,

¹³⁰ MENDES, A. Maia - *Maternidade do Porto*. *Gazeta dos Hospitais do Porto*. (1910), p. 86-91.

¹³¹ SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926. p. 23-24.

ficando a marcar historicamente a celebração perante as gerações vindouras»¹³². Procurou-se deixar obra que perdurasse para lá do efémero das comemorações. Entre outras manifestações e, em face da persistência da elevada mortalidade infantil no Porto, verificou-se uma forte mobilização popular em torno da ideia de uma maternidade, por sugestão do médico e director da Faculdade, Dr. Alfredo de Magalhães, a que desde logo foi dado o nome de Maternidade Júlio Dinis. A ideia desta designação surgiu na sequência do movimento para se erguer uma estátua a um dos mais populares médicos da Escola, pela via literária — Júlio Dinis, cuja subscrição pública, promovida por senhoras do Ateneu Comercial, rendeu o dobro do necessário, ficando desde logo o remanescente para as obras da maternidade. Novas subscrições se fizeram que cobriram o montante necessário para a compra do terreno (300 contos). Pediu-se depois ao Governo para assumir a responsabilidade pela iniciativa e, por essa via, a Maternidade Júlio Dinis viu abrir-se o caminho para a sua institucionalização como organização pública.

Por coincidência, a decisão governamental acabou por recair em Alfredo de Magalhães, depois já como ministro da Instrução, no governo da Ditadura Nacional. Na sua decisão, Alfredo de Magalhães invocou o 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», o que constituía um motivo «de carácter eugénico, nacional e económico» para conduzir à instituição da nova maternidade. Sublinhe-se o registo da preocupação eugénica, então predominante nas décadas de 1920/1930, e que o ministro associava às responsabilidades históricas de Portugal no arroteamento e civilização dos 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»¹³³. Princípios doutrinários que Alfredo de Magalhães dizia querer opor à doutrina neomalthusiana, que explicava por dificuldades económicas das mães ou famílias, mas que não deviam «ser superadas pela desumana e anti-cristã indústria exportadora de anjinhos para o céu».

¹³² MAGALHÃES, Alfredo de - *Maternidade de Júlio Dinis (Notícia da sua Fundação)*. Porto: separata de *A Medicina Contemporânea*, 1939.

¹³³ MAGALHÃES, Alfredo de - *Ob. cit.*

E procurava demonstrar essa calamidade através de quadros e gráficos que ilustravam a tendência decrescente da taxa de natalidade em Portugal¹³⁴.

E face ao elevado número de óbitos infantis, com a taxa de mortalidade infantil relativa ao ano de 1925 a rondar os 250 ‰ na cidade do Porto, 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 na 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 verificasse um importante «desgaste populacional», em contraste com a «sanidade física e moral da província», apelando, assim, para os valores da ruralidade. Essa obra, dizia, não poderia ser de um homem só, mas de «uma legião de apóstolos»¹³⁵.

O modelo para a arquitectura e funcionalidade da Maternidade Júlio Dinis foi inspirado na de Lausanne, na Suíça, por sugestão do Prof. Costa-Sacadura. Para esse efeito o médico do Porto, Alberto Saavedra, foi comissionado pelo Ministério em 1927 (Diário do Governo, 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 deveria encontrar-se com o arquitecto George Épitaux, célebre por diversas construções hospitalares, o qual viria ao Porto conhecer o meio, os terrenos já adquiridos e traçar um ante-projecto do edificio¹³⁶.

Alberto Saavedra, que acabava o seu estágio na Maternidade Baudelocque, em Paris, partiu para a Suíça em viagem (24 de Abril a 14 de Maio) e fez um relatório minucioso nos detalhes técnicos dos projectos 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 Lausanne foi, de facto, a

¹³⁴ MAGALHÃES, Alfredo de - Maternidade Júlio Dinis in *A Universidade do Porto — Actividade Científica — Acção Social — Aspirações — Missão na Vida Nacional*. Porto, 1933, p. 89.

¹³⁵ MAGALHÃES, Alfredo de - Maternidade de Júlio Dinis: Notícia da sua Fundação. *Separata de : A Medicina Contemporânea*. Porto: 1939.

¹³⁶ Diz 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». *Ob. cit.*, p. 19.

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.. Alberto Saavedra colocava, naturalmente, a Suíça como um dos países que melhor cuidava da assistência materna, apresentando maternidades, refúgios para gestantes e lactentes, clínicas infantis por todo o lado. O ensino obstétrico seria aí 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 lucina*¹³⁷, ou seja, a candidata 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 Épitaux para elaborar o projecto¹³⁸.

A Maternidade Júlio Dinis foi então construída segundo plano de George Épitaux, que tirou partido do declive do terreno para a edificação, instalando nos dois pisos do subsolo as estruturas de apoio, como aquecimento, cabine de electricidade, lavandaria, câmara frigorífica, desinfeção 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, foi pensada para ser um elemento fundamental na assistência e na formação obstétrica, enquanto se não criasse o desejado «grande hospital público» que apoiasse a Faculdade de Medicina, 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 à Maternidade Júlio Dinis 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

¹³⁷ Lucina, isto é, divindade que, entre os antigos romanos, presidia aos partos.

¹³⁸ SAAVEDRA, Alberto - *As Maternidades da Suíça: Relatório de uma Viagem de Estudo*. Porto. 1927.

outras para o exercício de uma especialidade de responsabilidades tão delicadas e tantas vezes menosprezadas, dentro da concepção imperiosa dum programa eugénico nacional, que urge organizar em prol do renascimento e do valor qualitativo e quantitativo da Grei.¹³⁹

Mas antes da Maternidade Júlio Dinis começar a funcionar, surgiram ainda as maternidades de Lisboa, como já assinalámos¹⁴⁰. Finalmente, em 1938, o Decreto nº 29030 de 30 de Setembro instituiu a Maternidade Júlio Dinis, no Porto, com uma capacidade de acolhimento inicial representada por 110 camas, sob a direcção técnica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Como se pode verificar pela cronologia, todas estas inaugurações de maternidades do Estado coincidem já com o novo regime político criado com o movimento da ditadura militar de 28 de Maio de 1926, cuja institucionalização política deu lugar ao Estado Novo, dirigido por Oliveira Salazar.

A importância do referido Decreto nº 29030 não relevava apenas da criação de mais uma maternidade, mas sim da definição, ao nível do discurso oficial, de novas e mais amplas funções para as maternidades: para além da actividade esperada de «hospitalização obstétrica, ginecológica e dos recém-nascidos, consultas de obstétrica e de ginecologia», prescrevia-se a função de extensão social, com serviços externos de assistência até ao domicílio, bem como a expressão da tese da íntima relação que deveria existir entre obstetrícia, ginecologia e puericultura, de acordo com as ideias mais avançadas. Na prática, porém, algumas destas valências tinham actividade reduzida ou foram implementadas bastante tardiamente, como foi o caso da assistência domiciliar, embora a doutrina oficial prescrevesse que as grávidas e parturientes só pudessem ser internadas em casos de absoluta necessidade, preferindo-se, sempre que possível, a assistência no domicílio ao internamento, ao qual se deslocariam as parteiras, que, face a um diagnóstico de complicações, poderiam encaminhar o caso respectivo para a maternidade. Nesta maternidade funcionaria ainda um dispensário, servido por um corpo de enfermeiras, para exercerem funções de visitadoras e terem a seu cargo o serviço social. O dispensário seria dirigido por

¹³⁹ MAGALHÃES, Alfredo de - *Maternidade de Júlio Dinis: Notícia da sua Fundação*. Porto: separata de A Medicina Contemporânea, 1939, p. 21.

¹⁴⁰ A Maternidade Alfredo da Costa apetrechou-se melhor do que as outras maternidades. Diz Alfredo de Magalhães a propósito da sua participação na construção da Maternidade Júlio Dinis: «não nos era dada a fortuna que teve a Maternidade Alfredo da Costa, que se apetrechou de *outillage* de primeira qualidade, por conta das reparações alemãs», ou seja, pelas indemnizações vindas da Alemanha como compensações pelos prejuízos causados durante a Primeira Guerra Mundial. *Ob. cit.*, p. 19.

um médico, tendo a seu cargo a defesa dos direitos das mães e filhos abandonados, ali inscritos por ordem das tutorias de infância e da Obra da Defesa da Família, podendo ainda atribuir reforço de dietas alimentares a mães abandonadas. Pelo quadro de pessoal, estabelecido pelo decreto referido, pode-se observar que as 4 enfermeiras de 1ª classe ganhariam cada uma 600\$00 e as 8 enfermeiras de 2ª classe aufeririam 550\$00 (o quadro não contemplava parteiras, supondo nós que seriam incluídas nestas categorias).

A velha ideia de uma maternidade por capital de distrito ficou pelo caminho: posteriormente, surgiram ainda a Maternidade de Coimbra, em 1945, depois designada de Bissaya Barreto¹⁴¹) e a maternidade da Casa da Mãe, na Figueira da Foz, em 1948. Entretanto, no pós-guerra, equacionava-se a rede hospitalar, com unidades polivalentes, onde a obstetrícia deveria ter também um lugar apropriado.

A promoção da função social das maternidades

O serviço público das maternidades como resposta às situações de parto não era óbvio para todos, persistindo a resistência à hospitalização para o parto em vários meios sociais. Houve, assim, necessidade de fazer a apologia das novas maternidades e da sua acção, pois não faltavam as críticas negativas a seu respeito, acusando-se estas instituições de serem elementos 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.

A função social das maternidades e as suas relações com a família, na perspectiva da política de saúde então dominante, foi expressa largamente pelos escritos de dois militantes natalistas já referidos - Alfredo da Costa e Costa-Sacadura. Para este último, as maternidades deveriam ser organismos que concentrariam todo o tipo de cuidados desta área, irradiadores da formação, da acção hospitalar e da assistência ao domicílio:

Uma maternidade com os seus serviços anexos, com as consultas pré-natais e para recém-nascidos, a assistência domiciliária, escola de parteiras, inspecção de amas, incubação dos

¹⁴¹ Pelo Decreto-Lei nº 40829 de 27.10.1956 foi alterada a designação da Maternidade do Instituto Maternal, em Coimbra, para Maternidade Bissaya Barreto.

débeis, alimentação especial dos prematuros, constitui, sem dúvida alguma, o melhor elemento de assistência à mulher grávida e recém-nascido pobre.¹⁴²

E apresentavam valências que as famílias ricas também não poderiam dispensar, como as consultas do serviço de prematuros. Nesta campanha pela valorização das maternidades, Costa-Sacadura esforçou-se, em publicações e conferências, por dissuadir certos meios sociais reticentes à instalação de maternidades e convencê-los do papel relevante que estas instituições poderiam desempenhar. Embora a sua acção fosse importante, a frequência das maternidades evoluía lentamente, sendo estes estabelecimentos olhados com alguma desconfiança¹⁴³.

Na verdade, alguns meios conservadores e católicos, com influência no poder político, consideravam que os partos deveriam realizar-se no domicílio (o «santuário familiar»), apontando, entre outras razões, que todas as mulheres passaram a querer ir para as maternidades, o que ocasionaria a falta de partilha familiar, o esquecimento do marido face aos sofrimentos do parto, a exposição da parturiente com outras mulheres de mau porte, o propiciar de situações menos claras no tratamento das gravidezes (o fantasma do aborto!), o incentivo à diminuição da nupcialidade (porque contribuía para a solução discreta de partos fora do casamento, pela possibilidade de anonimato) e mesmo pela criação de problemas profissionais nas classes de parteiras e médicos que funcionavam em regime liberal e ficariam sem trabalho. Um sem fim de reservas, tendo como ideia central a afirmação da família legítima como a entidade da reprodução, vendo o parto no domicílio como uma estratégia para o controlo da família e da vizinhança.

Condescendendo e antecipando algumas destas críticas, mas fazendo sobressair as vantagens clínicas, Costa-Sacadura colocava o papel das maternidades para além da tripla função habitual (assistência, clínica de recurso, hospital), para as perspectivar segundo duas esferas, a da assistência, mas também a da investigação/promoção da higiene social:

¹⁴² SACADURA, Costa - *O Valor Social da Maternidade e das Maternidades*, Lisboa, 1938, p. 11.

¹⁴³ Anote-se a criação em 1927, da «primeira maternidade secreta para primigestas abandonadas», por sugestão de Costa-Sacadura, acatada pela benemérita Emília Bensaúde, que instituiu a «maternidade Abraão Bensaúde», que chegou a funcionar vários anos (instalada, depois de percorrer vários edifícios, no Hospital de Crianças, ao Rego, em Lisboa), recolhendo jovens grávidas (a primeira internada tinha 13 anos), com o objectivo de proteger a primeira infância.

As Maternidades nunca foram, nem podem ser - como estão a ser - simples organismos de assistência, simples clínicas de recurso, simples hospitais. Os legisladores, os reformadores e os sociólogos acrescentarão: mas terão sempre de receber os casos patológicos, hão-de sempre receber mães pobres e indigentes sem domicílio, e, portanto, farão sempre assistência. Perfeitamente de acordo. Mas deverão 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.

Em 1926 já eu dizia: "Não se compreende que o ensino da obstetrícia permaneça nas nossas Faculdades (Lisboa, Porto e Coimbra) comprimido em acanhadas instalações, onde as mais fortes competências e as melhores vontades têm de acabar por se estiolar, impossibilitadas de produzir trabalho útil".

Por toda a parte existem escolas de puericultura anexas às Faculdades de Medicina. Por toda a parte existem escolas de parteiras e não simples cursos de parteiras, como entre nós, com uma organização tão deficiente como há um século, e onde são admitidas alunas com uma preparação insuficientíssima. (Tão vergonhosa é essa preparação que as próprias profissionais, reconhecendo na vida prática as suas deficiências, são as primeiras a solicitar uma aprendizagem que as dignifique no conceito público). E por toda a parte há Maternidades reservadas aos partos anormais ou difíceis, às operações obstétricas mais complexas, que nelas, e só nelas, têm o seu meio apropriado. ¹⁴⁴

Preste-se atenção às palavras de Costa-Sacadura porque elas reflectem o debate travado nas décadas de 1920 e 1930 sobre a assistência materno-infantil, em torno da possibilidade de medicalização sem hospitalização e do seu oposto, mas também entre forças sociais da tradição e a racionalidade do poder médico. Elas contribuem para delinear a trajectória que institucionalmente se procurou impor às maternidades em Portugal e, nessa medida, deixam entrever alguns dos condicionalismos inerentes à formação do respectivo pessoal especializado (parteiras e médicos obstetras), embora nem todos os desígnios de Costa-Sacadura se tenham realizado.

Ao apresentar 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, também o médico Augusto Monjardino (director da Maternidade Alfredo da Costa) defendia a necessidade de espalhar maternidades pelo País, principalmente nas capitais de distrito e nos centros industriais, onde as grávidas fossem «vigeadas, aconselhadas, amparadas e acarinhadas, fazendo-lhes compreender a grandeza da sua missão,

incutindo-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»¹⁴⁵. 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 mães os preceitos da higiene dos filhos, tal como a criação de creches, gotas de leite, etc.. Todas essas instituições deveriam ficar 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 hospitalização do parto: «enquanto este povo não estiver educado convenientemente (sabe-se lá quando isso será), eu não me cansarei de pedir Maternidades - Maternidades - Maternidades!!!».

O que temos vindo a rastrear mostra como o campo de cuidados da saúde materno-infantil era complexo, ainda que o debate sobre as maternidades se restringisse essencialmente aos meios conservadores que ocupavam o poder político, mas nem por isso isentos de conflitualidade. Não se verificou, na verdade, espaço público para uma expressão plena dos neomalthusianos neste domínio, pois as suas posições tornaram-se marginais face às políticas dominantes. Vislumbram-se, mesmo assim, duas linhas: uma, tradicionalmente conservadora, ligada a uma linha de

¹⁴⁴ SACADURA, Costa - *As Maternidades e a Família*, Lisboa: 1939, p.12.

¹⁴⁵ MONJARDINO, Augusto - *Função Social das Maternidades. Conferências - 7ª: Série doutrinária da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*. Porto. (1939), p. 215-227.

privacidade da família levada ao extremo, ainda que tal acarretasse problemas para a parturiente e/ou o recém-nascido; outra, representada por Costa-Sacadura e outros médicos, fortemente populacionista e com tons eugénicos, para quem o desenvolvimento da obstetrícia e da medicina devia ser colocado à disposição das populações, contribuindo para diminuir drasticamente as taxas de mortalidade materna e infantil e evitar a corrente de indivíduos com patologias diversas derivadas da falta de assistência no parto.

Esta linha populacionista e eugenista de Costa-Sacadura foi durante largos anos dominante na política imprimida as organizações materno-infantis, ajudando a configurar uma determinada imagem ao serviço prestado. Uma das marcas dessa imagem era o combate ao aborto voluntário e clandestino, transposto do discurso para a prática, conforme se pode apreender através do diploma legal que apresenta o regulamento do funcionamento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (que serviu de modelo ao de outras instituições congéneres). Assim, o Decreto nº 21301 de 30 de Maio de 1932, ao estabelecer os dois tipos de serviço (obstetrícia e ginecologia) e as condições de admissão, estabelecia num parágrafo único:

Como regra, de que apenas constituirá excepção a hipótese bem ponderada de extrema gravidade, não serão admitidas as mulheres em trabalho de aborto ou infectadas por esse motivo (por não ser essa a função social das maternidades). Às mulheres nessas circunstâncias, uma vez operado o diagnóstico, serão indicados os serviços gerais de urgência, se assim for julgado necessário.

A interferência estatal no espaço familiar surgia em nome da medicina social e da saúde pública, ainda que limitadamente: o Estado, através das maternidades, assegurava a assistência aos partos difíceis, mas os partos normais deveriam decorrer no domicílio. Esta interferência estatal era ténue, menor do que o solicitado pela opinião pública em termos de apoio médico, que solicitava mais estruturas hospitalares. O papel das maternidades, para além destas relações de intercâmbio entre famílias e Estado, pode ainda ser relevante na relação família-indivíduo: ao dar assistência a parturientes isoladas e sem meios próprios para pagar assistência privada, garantia a autonomia individual face ao controlo da família e do meio social (vantagem que, do ponto de vista conservador, era considerada uma desvantagem).

Em síntese, as maternidades representaram, nas décadas de 1930/1940, um dos objectivos centrais da política de assistência materno-infantil. Foram o ponto de

partida para permitir o desenvolvimento desse segmento assistencial, respondendo às necessidades das parturientes e estabelecendo centros de estudo e de formação para a área obstétrica, nomeadamente para médicos especialistas e para parteiras. Por esta altura, diminuía a ênfase na perspectiva assistencial das maternidades, ligada de início ao apoio exclusivo de mães indigentes ou pobres, sem condições domiciliárias, para dar lugar a uma focalização mais centrada na sua função clínica, abertas a todas as classes sociais, enquanto centros de qualidade disponíveis para todos os casos de parto que aconselhavam a medicalização.

CAPÍTULO IV

A FAMÍLIA E A MATERNIDADE NO ESTADO NOVO

O Estado Novo, afirmando-se como um regime anti-liberal e anti-individualista, fez da família um dos elementos centrais da sua ideologia, dogmatizando-a como célula base da sociedade. Neste sentido, a existência do indivíduo isolado como ser social foi questionada e deslocou-se o centro das decisões para o grupo familiar. A família passou a ser um dos pilares do regime, integrando o quadro das cinco certezas indiscutíveis apregoadas por Salazar (em 28.5.1936, num discurso comemorativo da Revolução Nacional): Deus, Pátria, Família, Autoridade, Trabalho¹⁴⁶. A família, com o salazarismo, tornou-se num dos pilares do enquadramento social e da política económica, enquadrada constitucionalmente como base primária da educação, da disciplina e da harmonia social, fonte de conservação e desenvolvimento da raça e como fundamento da ordem política e administrativa (artigos 12 e 14 da Constituição Política de 1933)¹⁴⁷.

Assentando as suas posições na tradição, o Estado Novo, por afirmação doutrinal e como resposta à crise económica dos anos de 1930, idealizava para a mulher o tradicional papel de boa dona de casa e mãe de uma descendência numerosa, submissa ao «chefe da família», representação esta que era uma tecla permanentemente tocada, como estratégia de inculcação ideológica, que começava nos livros de escola primária¹⁴⁸. Este tipo de posições foram assumidas institucionalmente, pelo que o Estado Novo fez mesmo inscrever na Constituição de 1933 alguns princípios, moldados por este tipo de registo, sobre a defesa da família e a protecção da maternidade, desenvolvendo ainda algumas organizações assistenciais na ordem moral, económica ou educativa¹⁴⁹.

¹⁴⁶ SALAZAR, António de Oliveira – *Discursos e Notas Políticas (1935-1937)*. Coimbra: Coimbra Editora, 1946, p. 127-141.

¹⁴⁷ STOER, Stephen R. – *Educação e Mudança Social em Portugal. 1970-1980, Uma Década de Transição*. Porto: Edições Afrontamento, 1986. AFONSO, A. Martins – *Princípios Fundamentais de Organização Política e Administrativa da Nação*. Lisboa: 1972, p. 72-75. ROSAS, Fernando - *O Estado Novo (1926-1974)*. MATTOSO, José (coord.) – *História de Portugal* (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.

¹⁴⁸ LOBO, Isabel Sousa – *État et Régulation Sociale. La Politique de l'Enfance et de la Famille au Portugal sous le Salazarisme*, II Volume. Grenoble : Université des Sciences Sociales de Grenoble (These de Doctorat de 3º cycle), 1982, p. 338-346.

¹⁴⁹ Cf. PIMENTEL, Irene Flunser – *História das Organizações Femininas no Estado Novo*. Lisboa: Círculo de Leitores, s/d.

Natalismo e a família como «célula-base»

O Estado Novo identificou-se com o apelo do movimento natalista, ou seja, considerava-se que a família legítima tinha como função essencial a reprodução biológica, na qual não se deveriam admitir intromissões de natureza artificial que impedissem o acto de procriação, isto é, combatia-se a uso e a difusão dos métodos anticonceptivos. Em geral, podemos dizer que as suas posições no domínio da interpretação da função do casamento e da sua ligação directa com a procriação ou ainda no âmbito das interpretações sobre os direitos do feto, reconhecido quase desde o início como ser humano, identificavam-se com as da Igreja Católica, religião oficial e com grande enraizamento popular. O natalismo respondia, neste domínio, à noção de Estado forte e da vocação imperial de Portugal, além de ser a posição comum dos regimes totalitários que nos anos 30 dominavam a Europa continental, alguns dos quais faziam obra neste domínio, invocando a necessidade de fortalecerem a raça e de criarem o «homem novo»¹⁵⁰.

Identificando-se com o natalismo, incorporando o culto da família numerosa¹⁵¹ e o incentivo à procriação no seu ideário, o Estado Novo apropriou-se de algumas das posições médicas natalistas, para fazer surgir como propaganda assinalável («Jornadas da Mãe», diplomas às famílias numerosas), aquilo que alguns consideravam apenas como uma actividade técnico-científica: o cuidar da criança não deveria ser desligado da melhoria das condições de vida em geral, pois o progresso económico e social sempre foi o mais eficaz remédio contra a mortalidade infantil e a melhor defesa da criança e da família. De qualquer modo, os anos 30 e 40, com o apoio declarado ou implícito do governo do Estado Novo, foram propícios à publicação de múltiplos trabalhos específicos sobre a defesa da mãe, da criança e da puericultura em geral,

¹⁵⁰ Veja-se a seguinte passagem de Alfredo de Magalhães, que acalentava a esperança de ver tratado o «problema demológico» português: «Na Itália, onde a densidade da população se eleva a 130 por km (a nossa não deve ir além de 65) sabe-se bem o que faz Mussolini através da “Obra Nacional de Protecção à Maternidade e à Infância” subvencionando, no primeiro ano da sua notável acção, nada menos de 319 institutos de assistência, criando numerosos cursos de Puericultura, consultórios fixos e ambulantes, estabelecimentos de helioterapia, sanatórios de montanha, onde foram já tratadas 400.000 crianças; no lapso de quatro anos todos estes institutos de variadas modalidades se multiplicaram, e a subvenção do Governo, que de início não excedia oito milhões de liras, ascendo hoje à bonita soma de oitenta milhões». *A Universidade do Porto. Actividade Científica - Acção Social - Aspiraões - Missão na Vida Nacional*. Porto, Maio de 1933, p. 90-91.

¹⁵¹ O culto da família numerosa, a defesa do retorno da mulher ao lar, a atribuição das medalhas às famílias com muitos filhos eram práticas vulgares nas décadas de 1920-1930 como medidas de propaganda natalista (já em França tinha sido criada, em 26.5.1920, uma medalha para as famílias com

para além do discurso sobre a defesa genérica da família¹⁵². De brochuras populares, a artigos na imprensa ou a obras científicas, a ideia de educar as mães, de catequizar, está presente em quase todos estes trabalhos. Vejam-se, como exemplos destas preocupações, a publicação do *Catecismo de Puericultura*, de Cândido Cruz, ou o ensino obrigatório, desde 1935, de «higiene geral e puericultura» nos liceus e escolas secundárias femininas¹⁵³, e depois também nas escolas do magistério primário¹⁵⁴, distribuindo-se temáticas afins, de carácter elementar, pelos programas dos vários níveis de ensino.

Procurando dar um sentido concreto a este tipo de posições doutrinárias, o governo do Estado Novo, através do Decreto-lei nº 25936 de 17.10.1935, criou a *Organização Nacional "Defesa da Família"* e, entre outros aspectos, estabelecia como uma das prioridades a designada «assistência materno-infantil», estabelecendo algumas directrizes gerais para esse efeito. Assim, no âmbito da «assistência sanitária e social» a prestar às famílias, incluíam-se os cuidados à maternidade e à primeira infância, definiam-se modalidades de cooperação do Estado e das autarquias locais neste domínio, tais como o favorecimento da instalação de postos de consulta, comparticipação nas despesas da instalação desses postos e de transportes de médicos e enfermeiras para serviços domiciliários, bem como de doentes para efeitos de internamento.

O texto do decreto que criava a *Organização Nacional "Defesa da Família"* tinha a vantagem de explicar a concepção ideológica do Estado Novo, da fase dos anos 30, sobre as fórmulas a adoptar para proteger a função da maternidade, fundamental para a constituição e consolidação da família, que era considerada como «fonte de conservação e defesa da raça». Transcrevemos, por isso, em caixa, os parágrafos referentes a este aspecto: são imagens de que valorizam o parto no domicílio, embora com assistência sanitária, santificando o lar, o qual não devia ser abandonado senão em situação extrema de dificuldade no parto, numa preocupação pretensamente moralista que se conjuga com uma concepção minimalista do domínio da assistência

pelo menos cinco filhos). KNIBIELHER, Yvonne; FOUQUET, Catherine – *Histoire des Mères*. Paris : Pluriel, 1977, p. 306.

¹⁵² SACADURA, Costa – Relatório da Acção da Maternidade do Dr. Alfredo da Costa na Primeira Jornada das "Mães de Família". *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 21-31.

¹⁵³ Lei nº 1916, de 25.5.1935 instituiu cursos de higiene nos liceus e cursos de puericultura para os alunos dos liceus femininos ou mistos, depois regulamentados pelo decreto nº 25946, de 15.10.1935.

¹⁵⁴ Decreto nº 25311, de 10.5.1935.

médica, onde não faltava o entendimento de que sobrecarregar as maternidades poderia representar um abuso por parte do público!

Organização Nacional “Defesa da Família”

[...] No capítulo especial de protecção à maternidade, o Governo, ou a instituição agora encarregada de dirigir a actuação do Estado neste objectivo, procurará auxiliar e favorecer pequenos postos de consulta e de orientação, especialmente destinados a ministrar às mães, grávidas, parturientes ou lactantes os ensinamentos da profilaxia ou puericultura e os socorros de urgência de que mais carecerem e os quais lhes deverão, quanto possível, ser prestados no próprio domicílio.

O bem da família chega a ser contrariado pela adopção sistemática das maternidades, dos hospitais e das creches. Têm essas instituições o seu cabimento social, quando delas se não abuse, sobrecarregando-as, em casos normais, com responsabilidades económicas, sociais e morais pertencentes à família e de que esta não pode alhear-se sem detrimento seu.

Referindo-nos neste lugar mais especialmente às maternidades, não se julga favorável ao bem da família o internamento sistemático das mães, nos casos de gravidez ou parto, cuja anormalidade não reclame cuidados ou intervenções especiais. Não é somente o problema médico que se torna mester atender. O abandono do lar, mesmo temporário, é com frequência portador de graves inconvenientes para a integridade moral da família e tanto basta para que deva quanto possível evitar-se.

Neste como noutros aspectos de tão importante problema haverá a prática de acomodar-se às condições especiais dos nossos meios citadinos ou rurais, para que a actuação a exercer se torne conveniente, e social e moralmente proveitosa.” [...]

In Decreto-lei nº 25936 de 17.10.1935 (que institui a Organização Nacional “Defesa da Família”).

Não faltam razões económicas a pesarem na preferência pelo parto no domicílio, às vezes claramente assumidas, pois, uma sociedade tradicional, que não realizou a modernização económica e social capaz de assegurar rendimentos suficientes ao Estado pela via dos impostos, nunca poderia assegurar um sistema de assistência eficaz para servir a população em geral¹⁵⁵. Por isso estas posições relevam quer do domínio da ideologia familiarista e da valorização do lar, quer das posições relativas a uma assistência minimalista, que não pesasse nos encargos do Estado.

Assim, a «Base IV» do texto orientador explicava o campo de acção concreta do Estado, com vista a «proteger a maternidade», para além das medidas gerais de

¹⁵⁵ A assistência ao domicílio foi assumida, na década de 40, pelo Instituto Maternal como uma estratégia da assistência materno-infantil, ainda que limitada na sua extensão geográfica, como a única solução possível, em termos económicos e imediatos. «Se todas as mulheres fossem para as maternidades, só para assistir aos partos realizados em Portugal Continental, em 1950, seriam precisas, pelo menos, 84 maternidades idênticas à maternidade Dr. Alfredo da Costa!» - diz, mais tarde, Maria

higiene e salubridade públicas. Essa acção passaria por combater as «causas da degenerescência física, especialmente o alcoolismo e a sífilis», a difusão da higiene na gravidez e da profilaxia preventiva, a assistência e socorro especial por ocasião do parto, a difusão de noções fundamentais de higiene e puericultura, e o «combate a todos os erros, aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação». Princípios estes que, exarados em lei, passaram a ser recorrentemente invocados em discursos e realizações no âmbito da assistência materno-infantil da época, configurando-se como o campo dos princípios do Estado Novo neste domínio.

A *Organização Nacional 'Defesa da Família'* ficou conhecida pela mobilização das *Jornadas das Mães de Família*, uma manifestação anual de alguns dias marcados por conferências oficiais, nas quais se discutiam os apoios a desenvolver para diminuir a mortalidade infantil e valorizar o papel das famílias numerosas no futuro da Nação, mobilizando mensagens dos principais dignitários do regime. O objectivo «propaganda» (vocábulo então muito em uso, sem a conotação negativa que hoje é usual atribuir-se-lhe), era assumido nas próprias bases estatutárias da Organização (Base VI):

Com o fim de persuadir a necessidade de promover e intensificar a protecção especial à maternidade e difundir os princípios contidos nestas bases, a organização criada pelo Decreto de que estas fazem parte determinará a realização oportuna de jornadas de propaganda denominadas JORNADAS DAS MÃES DE FAMÍLIA, para cuja execução será instituída, sob proposta do Ministro do Interior, uma comissão de propaganda, que por seu turno proporá as delegações distritais e concelhias.¹⁵⁶

As primeiras jornadas, apesar de previstas desde 1935, só ocorreram em 13 e 14 de Junho de 1942, o que era exemplificativo da dificuldade de passar da letra da lei aos actos. O cartaz respectivo fazia a apologia do então designado *modelo português de família* através da utilização iconográfica de um grupo familiar numeroso - «pai, mãe e dez filhos saudáveis, todos amamentados por sua mãe» - surgindo como slogan «A maternidade honra e glorifica a mulher». Falava-se mesmo, ainda que metaforicamente, de um «culto pela maternidade» numa campanha que um panfleto fixou em cinco ideias-base:

Luísa Van Zeller – Assistência Materno-Infantil. Princípios e Realizações. *Boletim de Assistência Social*, nºs 107-110, 1952, p. 79.

¹⁵⁶ A Jornada das Mães de Família, *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 8-17.

- A maternidade é uma honra e uma glória para a mãe;
- Por via de regra os filhos podem e devem nascer no próprio lar;
- A mãe deve aleitar o seu filho;
- O aleitamento a biberão deve ser o último recurso, mas quando este se torna indispensável é necessário rodeá-lo de todos os cuidados higiénicos;
- Limpeza e não riqueza. Água e sabão custam pouco dinheiro.

Estas ideias-base eram explicadas em pequenos textos, que chamavam a atenção para a necessidade de cuidados especiais e vigilância médica na gravidez, para a importância do parto no domicílio (e a função domiciliar das maternidades para esse efeito), a conveniência do aleitamento materno, a higiene a observar com a alimentação artificial e demonstrações de vestuário. Alguns dos temas incluíam glosas sob a forma de quadras populares¹⁵⁷.

As primeiras jornadas das Mães de Família assumiram essa característica de um acto de propaganda, com discursos oficiais, algumas exposições/demonstrações e palestras na rádio por pessoas ligadas à saúde (por exemplo, a enfermeira D^a Ana Guedes da Costa, do Porto) em estabelecimentos administrativos (juntas de freguesia e câmaras municipais) de Lisboa e Porto, e alguns concelhos limítrofes destas cidades para públicos locais, visando divulgar conhecimentos de higiene maternal e infantil, além da publicação de alguns folhetos e bilhetes ilustrados. Os discursos oficiais, como o do Ministro do Interior, apontavam para a necessidade de «assistir à maternidade e à primeira infância, para salvar uns da morte inglória e os outros de uma existência que os inutiliza para o trabalho produtivo e para o futuro da Nação», chamando a atenção não só para a mortalidade infantil (cujos níveis regionais mais elevados se encontravam precisamente nas cidades de Lisboa e Porto), mas também

¹⁵⁷ Alguns exemplos de quadras utilizadas:

Quem da saúde não trate,
No tempo da gravidez,
Pode ser que um filho mate
Pela sua estupidez.

Tens o dever – se queres ser
Boa mãe... boa mulher...-
De amamentar ao teu peito
O filho que Deus te der.

Nunca o menino mamado
Deve tornar a mamar,
Sem que duas grandes horas
Tenham tempo de passar.

Chupeta –
Ninguém a meta
Na boquinha dum pequeno
- É pior que veneno!

para os elevados índices de traumatizados pelos problemas de partos com assistência deficiente.

Uma opinião inscrita no relato feito pelo *Boletim de Assistência Social*, denuncia a falta de eficácia das Jornadas no Porto, cujas sessões só foram frequentadas por pequenos grupos de mães pobres chamadas pela organização, pois escassearam as «senhoras das classes superiores», não comparecendo à chamada do regime:

Para primeira tentativa, que tinha necessariamente de ser como que um ensaio para realização perfeita, a 'Jornada' satisfiz. Mais se pode fazer, e se me é lícito expor a minha humilde opinião, direi que me parece dever o fim da 'Jornada' ser mais o de interessar as classes cultas e economicamente bem colocadas pelas obras de protecção às mães e às crianças, do que fazer ensino de higiene. Só pode fazer-se este, com proveito, nas classes pobres, por educação persistente, desenvolvida dia a dia, nos estabelecimentos de puericultura. As demonstrações ocasionais, como as da 'Jornada' são um elemento de pequena valia para a modificação dos maus hábitos dessa parte da população. Já para as classes mais elevadas, uma demonstração atraente pode demonstrar interesse por estes assuntos, e levar as ouvintes a procurar saber mais e a considerar a valia das obras de protecção à maternidade e à infância.¹⁵⁸

E, em Lisboa, exceptuando a acção localizada na Maternidade Alfredo da Costa, a imagem de fracasso também se evidenciou, com a médica Maria Luísa Van Zeller, da organização, a explicar, na sua resenha sobre a acção nos concelhos do distrito, que muitas palestras não se realizaram por falta de público, explicitando o comentário mais frequentemente ouvido por esses lugares: «em matéria de assistência Portugal é só Lisboa»¹⁵⁹.

A reforma da assistência e seus reflexos na área materno-infantil

A reforma da «assistência social» no Estado Novo constituiu a base para a introdução de alguns dispositivos, em versão muito limitada, do «Estado-Providência» em Portugal, num processo que se iniciou em 1935 e ganhou maior formalismo em 1944, com a aprovação do Estatuto da Assistência Social.

Como explica Pedro Adão e Silva, em texto sobre as origens e os modelos de «welfare» do Sul da Europa, pode generalizar-se a Portugal o «modelo corporativo»,

¹⁵⁸ A Jornada das Mães de Família. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 8-17.

¹⁵⁹ VAN ZELLER, Maria Luísa – A Primeira Jornada das Mães de Família nos Diferentes Concelhos do Distrito de Lisboa. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 32-35.

também típico de outros países continentais (Alemanha, França, Áustria, etc.), cujas raízes remontam a atitudes governamentais que, longe de apoiarem uma lógica de direitos de cidadania, pretendiam antes conter o seu desenvolvimento, implementando medidas para «abrandar a mobilização dos movimentos operários e aumentar a lealdade dos funcionários públicos», ao mesmo tempo que a doutrina social da Igreja codificava o «papel da família e da comunidade na transição das sociedades feudais para as sociedades industrializadas». O papel de garantir algum «bem-estar» continuaria, assim, entregue a algumas estruturas pré-industriais, «encrustadas, quer na igreja, quer na família», não numa lógica de redistribuição da riqueza que visasse a mudança social, mas sim numa lógica de manutenção de formas tradicionais de solidariedade, embora a um nível mais actualizado para dar resposta aos novos desafios e riscos. As políticas sociais desenvolvidas pelo Estado teriam como objectivo fundamental a «preservação da coesão social», a estabilidade e a segurança. É nestas linhas ideológicas que se torna visível o princípio de subsidiariedade, o qual, entre outros aspectos, implica que «o estado não trate de forma igual todos os indivíduos e grupos sociais, mas que, numa atitude típica do corporativismo, lide com grupos sociais de acordo com o seu status», surgindo o Estado como o «último recurso para a intervenção social e somente responsável pela intervenção quando outras instituições, de natureza intermédia, se mostram incapazes»¹⁶⁰.

A discussão política, no período indicado, sobre as modalidades de Assistência Social parece-nos ser uma ilustração da teoria acima transcrita, com o Estado a tentar promover, nomeadamente, a reforma das misericórdias e a chamar a si apenas algumas valências que visavam cobrir o chamado «passivo social», ou seja, os grupos sociais mais pobres e desprotegidos. A nossa intenção, porém, não é estudar essa discussão¹⁶¹, mas apenas referenciar alguns aspectos que se prendem directamente com uma dessas áreas, a materno-infantil, rastreando o discurso oficial, através do recurso à abundante informação prestada pelo *Boletim da Assistência Social*¹⁶², à legislação inserta no *Diário do Governo* e ao *Diário da Assembleia Nacional* e a brochuras publicadas pelos serviços desta área.

¹⁶⁰ SILVA, Pedro Adão e – O Modelo de Welfare da Europa do Sul. Reflexões sobre a Utilidade do Conceito. *Sociologia. Problemas e Práticas.*, nº p. 25-59.

¹⁶¹ Cf. PIMENTEL, Irene Flunser - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40. *Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 2000, p. 477-508.

¹⁶² O *Boletim da Assistência Social* é uma publicação editada, entre 1942-1958, pela Subsecretaria de Estado da Assistência Social, publicando estudos, reportagens, legislação específica e outra informação relativa aos serviços de assistência social.

Recorde-se que o Decreto-lei nº 27610, de 1 de Abril de 1937, atribuía à Direcção Geral de Assistência o estudo de uma reforma da assistência social, através de uma comissão, tendo em conta a experiência e o princípio de que «a assistência deve na mais larga medida possível ser exercida por particulares, cabendo ao Estado a orientação superior e a coordenação de todas as actividades beneficentes», mas acautelando-se desde logo as incidências financeiras que qualquer projecto mais ousado poderia comportar. Para o efeito, a Direcção Geral realizaria um inquérito para saber da situação e possibilidades da assistência privada, devendo a reforma desenvolver-se após o conhecimento dessas potencialidades. Nesta perspectiva se devem enquadrar as disposições da nova versão do Código Administrativo (publicada em 31.12.1940) que tornavam obrigatório para as misericórdias a função de assistência às grávidas e recém-nascidos.

Note-se que as misericórdias eram (são, ainda) associações de assistência portuguesas, emanadas da sociedade civil, através do princípio da caridade cristã, estando as mais antigas no terreno desde os finais do século XV, exercendo a sua acção mediante um compromisso ou carta de deveres. O novo Código Administrativo definia como misericórdias «os estabelecimentos de assistência ou beneficência criados e administrados por irmandades ou confrarias canonicamente erectas e constituídas por compromisso, de harmonia com o espírito tradicional da instituição, para a prática da caridade cristã». Distingua-as, assim, de outras instituições particulares de assistência (por exemplo, as sociedades de socorros mútuos), mas abria-lhes a porta à intervenção do Estado e à procura de uma reforma que, sem esquecer o «compromisso» fundador que remetia para as 14 obras de misericórdia, actualizasse a função assistencial à mudança dos tempos. A assistência às grávidas e recém-nascidos era enquadrada, assim, nesse espírito de renovação e actualização da atitude assistencial. Para esse efeito o governo sugeria a revisão dos *compromissos*, considerados antiquados, das diversas misericórdias espalhadas pelo País, chamando-as a participar activamente na obra de assistência social que o Estado se propunha desenvolver, sugestão que fazia em discursos públicos na área da Assistência, muitos deles transcritos ao longo dos vários *Boletins da Assistência Social*.

Posteriormente, o Decreto-lei nº 31666 de 22.11.1941 permitia ao Ministro do Interior concentrar, suprimir e transferir serviços de assistência de qualquer tutela. Estabelecia, ainda, a possibilidade de reconversão de instituições oficiais em particulares, ou seja, a sua «desoficialização» (por exemplo, entregar alguns

equipamentos como hospitais ou creches às misericórdias), bem como a do pessoal respectivo, ao mesmo tempo que restringia a condição de elegibilidade para as instituições de assistência aos cidadãos que tinham essa capacidade no domínio político (isto é, afastava a oposição política mais activa destes cargos). Criava um Centro de Inquérito Assistencial, para estudar as condições das famílias que solicitavam a assistência e passar «cartas de assistência» indispensáveis para a concessão de subsídios. Criava a Comissão Executiva da já referida Organização “Defesa da Família” (presidida pelo Sub-Secretário de Estado da Assistência Social) para dar execução ao plano de assistência materno-infantil estabelecido no Decreto nº 25936. Esta organização, na prática, limitava-se a organizar reuniões que designava de «Jornadas das mães de família», cujo objectivo passava pela designada educação das mães, que se pretendia fazer «pela palavra e pela figuração, para infiltração dos conhecimentos de profilaxia quanto à saúde e à moral da maternologia»¹⁶³. E tinha um dos seus actos mais simbólicos na atribuição de «diplomas de honra» às famílias numerosas, acto simbólico do culto populacionista apregoado pelo regime.

A Organização “Defesa da Família” surgia inserida na política de assistência social adoptada pelo Estado Novo, que, como já referimos, era enquadrada em quatro grupos, que balizavam as áreas de intervenção estatal e suas tipificações, relacionadas as fragilidades sociais consideradas então relevantes. O primeiro grupo era dedicado às preocupações criadas com as etapas iniciais do indivíduo que configuravam a sua entrada na vida, mas para a sua operacionalização era criada a possibilidade de alterar substancialmente as unidades instaladas, desde os dispensários às maternidades, desde alterações de instalações a mudanças de pessoal, aspecto este que se tornou polémico, porque se dispensaram, por vezes, técnicos, nomeadamente médicos, até aí com função relevante em algumas instituições.

Nesse sentido, o Decreto nº 31913, de 12.5.1942, veio complementar o já referido Decreto nº 31666, no que se referia à eventual reorganização, transferência e admissão de pessoal das instituições de assistência que pretendessem desenvolver a reforma esperada. O campo do pessoal era, assim, regulamentado em novos moldes, estabelecendo-se no campo do exercício da enfermagem os princípios de feminilidade e de independência familiar e o bom porte moral. Mas permitia-se que os candidatos

¹⁶³ Qual é o Plano e Actividade da Organização Nacional de Defesa da Família? – discurso do Director Geral de Saúde Pública proferido na sessão inaugural da 2ª Jornada das Mães”, *Boletim da Assistência Social*, nº 6, Agosto/1943, p. 235-238.

a lugares de enfermagem fossem admitidos a provas de aptidão desde que tivessem diploma ou tirocínio, ou seja, apenas prática de trabalho hospitalar, o que nos elucidava sobre as dificuldades de recrutamento de enfermagem na época e de uma menor consideração que os cursos de enfermagem ainda suscitavam (mesmo sem curso, podiam-se executar os serviços esperados!). Assim, neste domínio, estabeleciam-se as seguintes disposições (artigo 3º):

§4º - O tirocínio ou prestação de enfermagem hospitalar feminina são reservados a mulheres solteiras ou viúvas sem filhos.

§5 - Serão admitidas a provas de aptidão profissional de enfermagem *ad hoc*, seguido de estágio trimestral, as pessoas que apresentem diploma de estudo ou tirocínio em qualquer escola de enfermagem oficial ou particular.

Artº 4 - O bom comportamento moral e um teor de vida irrepreensível são essenciais tanto para a admissão como para o desempenho de funções de assistência.

Esta intervenção pública minimalista deveria ser complementada com a adaptação das instituições civis às novas exigências, cuja autonomia o Estado dizia querer respeitar. Era o caso das misericórdias. Mas apesar dos incentivos, das pressões governamentais e da minuciosa regulamentação disponibilizada, a reforma das misericórdias foi muito frouxa. Verdadeiramente só se efectuou a da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que já era gerida, desde 1834, por comissões administrativas nomeadas pelo Estado e não por mesas tradicionalmente eleitas, muito ciosas dos seus pergaminhos. Foi pelo Decreto nº 32255, de 12.9.1942, que se aprovou a reformulação dos seus serviços, atribuindo-se-lhes a função de manter a assistência à maternidade e à primeira infância em benefício da Cidade. Tinha sido tradição secular das misericórdias a assistência aos expostos, mas pedia-se-lhes agora o «auxílio às mães de família na sua benemerente e insubstituível tarefa de procriadoras e educadoras das novas gerações», apontando-se este como o terreno de acção da Misericórdia de Lisboa no campo da puericultura. A reforma da Misericórdia de Lisboa foi assim a primeira a reorganizar-se dentro do novo espírito de actualização que se pretendia viesse a servir de modelo para as restantes. Ao mesmo tempo que se lhe consagrou autonomia jurídica e administrativa, definiram-se como campos de intervenção mais urgente e necessária:

- a assistência à primeira infância;
- o socorro médico ao domicílio;

- as cozinhas económicas, incluindo estas, para além do apoio a indigentes, a prestação de refeições a mães necessitadas em situação de gestantes ou lactentes, numa acção complementar da assistência maternal.

Nas modalidades de assistência a prestar, privilegiava-se o tipo de apoio domiciliário, só se recorrendo à hospitalização em caso extremo, por uma diversidade de razões, em que avultavam as económicas, mas em que também eram invocadas as higiénicas e as morais. Também ficava adstrito à Misericórdia de Lisboa o serviço de Inquérito Assistencial (Decreto nº 31666), na parte relativa à cidade, ou seja, a indagação das condições sociais das famílias a ajudar, requisito necessário para a eventual atribuição de subsídios ou declarações oficiais¹⁶⁴.

Como se infere dos enunciados legais acima transcritos, o objectivo da reforma da «assistência social», desenvolvida nos inícios da década de 1940 pelo Estado Novo, era o de reorganizar a dispersão de organismos vocacionados para a assistência social então existentes, imprimindo uma direcção única e centralizada. Foi isso que aconteceu também com os serviços dirigidos para a área materno-infantil. Tratava-se de responder a um movimento internacional, sendo que o Estado Novo procurava moldar essa reforma essencialmente segundo os padrões da Itália fascista, embora na altura se desenvolvessem reformas noutro sentido, como era o caso da Inglaterra, que, em 1942, aprovava o «Plano Beveridge» que dava novas configurações ao sistema de assistência e previdência social, inaugurando aquilo que se passou a designar como o «Estado-Providência», segundo um «modelo liberal ou anglo-saxónico»¹⁶⁵.

Em qualquer caso, a assistência social em Portugal não era apenas constituída pelas misericórdias, enquanto instituições particulares, e por hospitais e maternidades, como instituições públicas. Havia práticas institucionalizadas de assistência assumidas por órgãos autárquicos de âmbito distrital ou provincial, as Juntas

¹⁶⁴ As Misericórdias Portuguesas – Sua Origem e Possível Reforma. *Boletim da Assistência Social*, nºs 4 e 5/Junho-Julho de 1943.

¹⁶⁵ *O Plano Beveridge*. Lisboa: Editorial Século, s/d (com prefácio do Prof. Marques Guedes). O Plano Beveridge respondeu a uma solicitação do governo inglês (gabinete Churchill, em 1941) para um estudo da situação dos seguros sociais em Inglaterra e formulação de sugestões para a sua reforma, de forma a estabelecer um novo quadro de deveres e direitos relativos aos seguros sociais obrigatórios. O Plano constituiu a resposta a essa solicitação e a sua aplicação inaugurava a nova era da segurança social.

Distritais, criadas na orgânica administrativa do liberalismo no século XIX, transformadas depois em Juntas de Província, pelo Estado Novo¹⁶⁶.

As Juntas Gerais eram órgãos autárquicos que, nos séculos XIX e XX, funcionaram a nível distrital, com representantes eleitos (procuradores) pelos concelhos respectivos e que assumiam algumas actividades de carácter local/regional, como era o caso da assistência. No âmbito dessas atribuições tutelavam e fiscalizavam as instituições de assistência (confrarias, misericórdias, hospitais, asilos, etc.) e assumiam também iniciativas próprias. Era o caso da Junta Geral do Distrito do Porto, cuja importância, na área materno-infantil, justifica uma breve digressão, a título exemplificativo.

A Junta Geral do Distrito do Porto

A Junta Geral do Distrito do Porto administrara, desde 1836, e nos termos da legislação vigente, as Casas da Roda (do Porto e Penafiel), que movimentavam mais de dois milhares de crianças expostas anualmente, casas que encerraram por decreto governamental, em 1867, substituindo-se por Casas-Hospícios, que chamavam a si a assistência a crianças abandonadas, mas sem o estigma de «expostos». Esta foi uma solução tomada no âmbito de um debate nacional que então ocorria, dada a ineficácia e o escândalo que persistiam com um tipo de serviço (as «rodas») que há muito deixara de se adequar às novas concepções de tratamento de crianças abandonadas. Depois, por efeito de doações e legados, novos estabelecimentos e serviços de assistência à infância desvalida foram criados pela Junta Geral, um pouco caoticamente, segundo a manifestação da vontade individual de alguns beneméritos, mas sem um plano genérico de base, que as administrações procuravam de tempos a tempos delinear, sem êxito. Não é nosso objectivo estudar o serviço de assistência materna da Junta Geral (depois Junta de Província do Douro Litoral, com a reforma administrativa de 1936), cujo serviço de «assistência à infância» compreendia os seguintes estabelecimentos, segundo uma publicação institucional¹⁶⁷:

- Hospício Materno «Corte Real» - 90 crianças até aos 2 anos;

¹⁶⁶ Ver, para o caso de Coimbra, além das publicações da Junta Geral e Junta de Província, a recente obra de SOUSA, Jorge Pais – *Bissaya Barreto. Ordem e Progresso*. Coimbra: Minerva, 1999 (inclui Cd-rom com filme sobre a assistência local).

- Escola Maternal e Profissional de Vairão – 150 raparigas de 1-13 anos;
- Casa Hospício – 40 crianças de 2 a 6 anos;
- Internato «Alves de Magalhães» - Escola «Rosa Santos» - 50 raparigas de 13-16 anos;
- Casa Pia de Paço de Sousa - 60 rapazes de 7-10 anos;
- Colónia Agrícola «Ferreira Lapa» - 160 rapazes de 11-15 anos;
- Colónia Marítima;
- Casa Paterna (50 rapazes dos 14-18 anos);
- Instituto de Puericultura c/ Dispensário de Higiene Infantil.

Destaque-se a natureza do Hospício Materno Corte Real, criado para substituir em parte os serviços da «roda», que funcionava na rua Antero de Quental, nº 194, no Porto. Tinha como função recolher crianças necessitadas até aos 24 meses, incluindo as mães respectivas, que ficavam como amas internas com o pagamento mensal de 30\$00 até completarem a alimentação ao seio dos seus filhos. Eram também recebidas crianças lactentes cujas mães as não pudessem amamentar, sendo estas alimentadas artificialmente a biberão. O Hospício tinha uma lotação de 90 crianças e 40 mães-amas, para além das 250 amas externas contratadas pela Junta para resposta às necessidades dos estabelecimentos relativos à primeira infância¹⁶⁸.

Naturalmente, o funcionamento dos serviços de assistência da Junta foi objecto de atenção por parte dos especialistas «puericultores», sobretudo da classe médica da Faculdade de Medicina do Porto, que neles vislumbrava um complexo de problemas a resolver: ausência de fiscalização das amas externas a quem eram entregues crianças abandonadas; a prática sistemática do aleitamento artificial e o consequente esquecimento da aleitação materna; a convivência dentro de uma mesma instituição de crianças com idades variadas; a permanência de adolescentes nos internatos sem criação de hábitos de trabalho, etc. A situação evoluiu, quando, com o Estado Novo, o Prof. Almeida Garrett, então director da Faculdade de Medicina do Porto e um conhecido «puericultor», passou para a presidência da Junta Geral, tendo procurado articular os diversos serviços ao nível da Cidade e introduzir neles pessoas e princípios ligados à puericultura.

¹⁶⁷ Comissão Administrativa da Junta Geral do Distrito do Porto - *A Obra de Assistência à Infância da Junta Geral do Distrito do Porto – Memória Enviada à II Exposição Nacional da Criança (Lisboa-Abril de 1933)*. Porto, Junta Geral, 1933.

¹⁶⁸ A acção de puericultura tinha de se conjugar com uma outra - a luta anti-tuberculose, pelo que se desenvolvia um esforço aturado para robustecer as crianças, sendo uma das preocupações dos dispensários o dispensar refeições.

Neste contexto se compreende o Decreto-Lei nº 20828, de 28.1.1932, que legitimou as propostas da Junta Geral do Distrito do Porto, conferindo-lhe novas funções de assistência infantil, através da criação do Instituto de Puericultura do Porto, com o explícito objectivo de coordenar uma série de serviços dispersos no âmbito da Assistência Infantil, adstritos também a outras entidades como a Direcção Geral de Saúde, Câmara Municipal do Porto e Faculdade de Medicina. A sede do Instituto de Puericultura veio a instalar-se em edifício próprio, construído no Jardim Carrilho Videira (ao Carregal), por iniciativa da Junta Geral. Chamando a si alguns serviços (Dispensário de Higiene Social, Posto de Protecção à Infância, Lactário da Câmara Municipal), coordenando e orientando outros serviços desta área a nível distrital, o Instituto de Puericultura pretendia ser, nos termos do decreto referido, um «estabelecimento modelar de combate às doenças familiares e hereditárias e de luta contra a mortalidade infantil», função que deveria estender a sua acção a toda o distrito. Funcionou, na verdade, como um primeiro ensaio de política coordenadora no domínio da assistência infantil em espaço urbano, passando a orientar alguns dos serviços de assistência materno-infantil.

Note-se que, no ano anterior, em 1931, tinha a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, já na previsão destes serviços, criado um curso de enfermeiras-visitadoras de higiene para formar o pessoal considerado adequado, de forma a dotar de funcionários os seis dispensários que o Instituto de Puericultura englobava, bem como para outros serviços, entre eles os da Junta Geral. Era uma tentativa de divulgar, através de visitas aos domicílios e de consultas regulares nos dispensários, conhecimentos de higiene e alimentação relativos a mães recentes e crianças menores de um ano de idade, para tentar diminuir a mortalidade infantil elevadíssima que a cidade do Porto experimentava.

Para o nosso estudo interessa, sobretudo, a forma como se processava a assistência à primeira infância em geral, através do Dispensário de Higiene Infantil, orientado pelo Instituto de Puericultura, e que funcionava em anexo ao Hospício Materno Corte Real (na rua Antero de Quental, nº 200). Tratava não só das crianças internadas, mas prestava também assistência higiénica e de enfermagem a todas as que ali fossem apresentadas, algumas das quais podiam ser encaminhadas para o Hospício referido. Tinha anexo o Lactário Municipal. Do relatório do primeiro ano de actividade, que se iniciou em Novembro de 1932, pode extrair-se a rotina da prestação de cuidados pela

equipa de saúde (um médico-director, duas enfermeiras-visitadoras, uma enfermeira e uma servente):

Os dias designados para as consultas de puericultura são as 3^{as}, 5^{as} e sábados, durante a manhã. Nestes dias, além das consultas de crianças já inscritas, são feitas as consultas a inscrições novas, depois de concluído todo o serviço de inscrição, que consta do interrogatório da Mãe, de referências clínicas acerca do Pai, da pesagem e mensuração da criança. Esta só pode ser inscrita até aos seis meses de idade, com o fim de obrigar a Mãe a aceder, o mais cedo possível, ao convite que lhe é feito pela Enfermeira-visitadora, quando esta a procura em casa com esse intuito e com o propósito de lhe dar os primeiros conselhos de Higiene infantil (todas as visitadoras têm o curso de puericultura) e, ainda, de colher os elementos de ordem económica e social referentes à Família, notas indispensáveis para elucidar o clínico quanto à situação dos Pais, para efeito da concessão gratuita de leite, farinhas e medicamentos. Estas consultas são aconselhadas como devendo ser tomadas semanalmente, até aos seis meses do lactente: após esta idade, passam as Mães a ser solicitadas para aparecerem quinzenalmente, até ao ano, oportunidade em que são convidadas a vir à consulta todos os meses. Até aos dois anos e meio, época em que a criança abandona o Dispensário, tem sempre a mãe o Dispensário aberto para obter as informações de natureza clínica ou higiénica que desejar, bem como para usufruir os benefícios materiais de que o Dispensário embora limitadamente pode dispor – R.U.V., injecções, curativos, medicamentos, vacinações, etc. Nestes mesmos dias, pela Enfermeira são efectuados os curativos necessários e as injecções prescritas: aos outros dias da semana, têm lugar: às 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} feiras as sessões de R.U.V; às 2^{as} feiras as vacinações anti-diftéricas; às 4^{as} e 6^{as} feiras a vacinação anti-variólica, com entrega posterior do respectivo atestado.

O Dispensário desenvolvia, assim, um trabalho de captação das mães para os cuidados sanitários a prestar às crianças, nomeadamente, cuidados pediátricos, vacinação coerciva, educação higiénica, sendo esta apresentada como uma ampla tarefa «de arrasar e desiludir» os servidores mais voluntariosos, devido à falta de ilustração e o «obscurantismo eugénico» que a grande maioria das mães apresentavam.

Estas rotinas verificavam-se nos vários postos similares que se iam abrindo para cobrir as diferentes áreas da cidade, conforme se pode ver pelo quadro anexo, retirado de publicações do Instituto de Puericultura. Um aspecto a salientar era o financiamento dos diversos serviços, pois tendo o Instituto autonomia financeira, estava dependente de verbas a atribuir por diversas entidades, numa situação instável. Compreende-se, assim, o esforço da sua administração para que viesse mais tarde a ser incorporado no sistema estatal, na medida em que a necessidade de assistência

materno-infantil de carácter profiláctico já não se compadecia com voluntarismos da filantropia local, exigindo verbas e pessoal que só o poder central poderia assegurar .

Em resumo, o Instituto de Puericultura do Porto foi uma das muitas instituições de pequena dimensão e de âmbito local que procurou aplicar os princípios da puericultura, tendo o seu mentor, Prof. Almeida Garrett, visitado instituições do género na França e depois em Itália para neles se inspirar. Nos seus serviços veio a incluir as *visitadoras sociais* (que antecederam as assistentes sociais) e *enfermeiras-puericultoras* tanto para prestação de cuidados nos postos e dispensários como para serviços domiciliários¹⁶⁹. Este tipo de instituições veio, depois, a ser integrado no Instituto Maternal.

*

Depois da criação voluntarista de algumas organizações que se apresentavam como defensoras da família, profundamente marcadas pelo cunho ideológico na década de 1930, institucionalizou-se em 1945, no âmbito da reorganização do Estatuto da Assistência Social, um Instituto de Assistência à Família (Decreto-lei nº 35108, de 7.12.1945). Eram-lhe atribuídas funções de orientação e coordenação de actividades, em que um dos objectivos era a implementação de uma rede de «serviço social», embora procurasse afirmar-se como «mais espírito do que estrutura organizada (...) mais uma doutrina que uma mecânica de serviço (...) mais um conjunto de princípios do que um articulado de disposições legais».

Note-se que o conjunto de reformas de assistência iniciado nos meados da década de 1930 revelava uma considerável resistência por parte do Estado em se assumir como prestador de serviços, pois preconizava apenas uma «melhor arrumação das actividades assistenciais dispersas, sob a intendência do ministério do Interior, por mais de uma direcção geral e por vários organismos, que têm gozado de maior ou menor autonomia». Defendia, portanto, a organização e coordenação da assistência em novos moldes, isto é, promovia-se apenas um ordenamento estrutural, centralizando a autoridade. Assim se dizia no Decreto 27610, de 1.4.1937, e repetia-se no Decreto-lei nº 31666, de 22.11.1941, referindo-se a propósito da responsabilidade estatal:

¹⁶⁹ As enfermeiras-visitadoras de higiene social tinham surgido em França em 1911, vindo a sua profissão a ser reconhecida pelo governo francês em 1922. COVA, Anne - «*Au Service de l'Église, de La Patrie et de la Famille*». *Femmes Catholiques et Maternité sous la IIIe République*. Paris : L'Harmattan, 2000, p. 126. Para Portugal, ver MARTINS, Alcina Maria de Castro - *Génese*,

[...] sob a designação de assistência social se incluem, modernamente, não apenas as actividades beneficentes, mas outras pertencentes à esfera dos serviços públicos. Certos desvios doutrinários usariam mesmo negar todo o valor às iniciativas de beneficência particular e até a algumas das funções naturais do agregado familiar, que julgariam bem substituídas por serviços burocratizados. Não é esta a doutrina da Constituição Portuguesa e crê-se que ruinosas consequências de experiências feitas nalguns países acabarão por impor de novo os sãos princípios que nos orientam.

A preocupação económica, o «modo menos oneroso» de gerir, o medo de excessos de pessoal e de inferioridade de serviços levou a que a reforma da assistência social tivesse uma componente muito grande de retórica, de reformas no papel e de poucas realizações práticas ou de curto alcance. A falta de concretização dos princípios enunciados (o não assegurar do salário familiar previsto constitucionalmente, a ridicularia de prestação com o abono familiar e o seu carácter restrito, a ausência de complementos de auxílio, a incapacidade de criar habitação social, a falta de subsídios de desemprego, a escassez de assistentes sociais) foi reconhecida no interior do próprio regime político, dada a incapacidade de se ajustar a ideia à acção¹⁷⁰. Em todo o caso sublinhava-se a ideia de fornecer uma preparação mais cuidadosa ao pessoal da assistência, tendo-se focado a atenção, entre outras, na enfermagem e nas parteiras como áreas a reformar.

Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

¹⁷⁰ BOTELHO, Maria Leonor Correia; FONSECA, Armando Carvalho da - Assistência à Família. Princípios e Realizações. *Boletim da Assistência Social*, nºs 107 a 110, 1952, p. 103-133.

CAPÍTULO V

O INSTITUTO MATERNAL (1943): A CENTRALIZAÇÃO DA ÁREA MATERNO- INFANTIL E A DEFINIÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA PROFISSIONAL – A ENFERMEIRA PUERICULTORA

Nos anos quarenta, os resultados entrevistados nas estatísticas demográficas relativos à situação materno-infantil não eram animadores¹⁷¹. Com uma taxa nacional média de 136‰, em 1939-1942, a mortalidade infantil continuava elevadíssima. A mortalidade materna por razões de parto ou afins era ainda bastante alta: pelo menos duas mulheres/dia morriam por esta altura, em território nacional, devido a problemas com o parto ou afins (abortos, por exemplo), conforme os números oficiais retirados do *Anuário Demográfico* (Quadro XI).

Quadro XI - Óbitos por situações de gravidez e parto. Portugal: 1937-1943

Causa de óbito	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943
Septicémia, infecção puerperal	367	415	388	279	294	266	318
Outras doenças de parto e puerpério	458	386	464	473	436	410	415
Totais	825	801	852	752	730	676	733

Fonte: HOMEM, ob. cit., p. 234.

Estes indicadores quantitativos surgiam como bastante contrastantes com o que se passava na Europa, pelo que, dizia-se, a política de assistência social do Estado Novo na área da saúde materno-infantil não podia continuar entregue a núcleos atomizados de assistência, era preciso que o Estado assumisse as suas responsabilidades¹⁷². Impunha-se o desenvolvimento de algumas acções no sentido de diminuir a persistência das taxas altas da mortalidade infantil, que, em média, correspondiam ao óbito de 72 crianças/dia¹⁷³. Apesar de este ser um quadro demográfico tradicional, em que a elevada natalidade correspondia a uma elevada mortalidade, a sua continuação

¹⁷¹ Para uma leitura actual, da evolução das variáveis demográficas em Portugal, cf. BANDEIRA, Mário Leston – *Demografia e Modernidade – Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1996.

¹⁷² HOMEM, Francisco Fernandes – Normas Positivas em Trabalhos de Puericultura. *Boletim da Assistência Social*, nº 31/32, Setembro e Outubro de 1945, p. 233-241.

¹⁷³ Dados para o ano de 1943, no espaço continental: 209483 partos, dos quais 198101 nados-vivos e 9199 nados-mortos; morreram no primeiro mês de vida 8336 crianças e um total de 26278 no primeiro ano de vida. HOMEM, Francisco Fernandes – *Ob. cit.*

originava já fortes críticas à obra assistencial que o Estado Novo anunciara implementar, mas que não revelava sinais de evolução muito significativa, não obstante a retórica populacionista e de apoio à maternidade e à criança¹⁷⁴.

A falta de assistência na gravidez e no parto era notória para a maioria da população. A assistência às grávidas e parturientes no domicílio era um mito, tal como a ideia de instalar nos bairros urbanos e nas freguesias rurais «pequenas consultas destinadas a proporcionar às mães de família os ensinamentos, cuidados higiénicos e socorros de urgência de que carecerem durante a gravidez, parto e lactação», como se defendia na Base V do decreto-lei que instituíra a Organização “Defesa da Família”, seguindo de perto os mandamentos da puericultura que remetia para a ignorância das mães a causa dos problemas.

Naturalmente havia quem sugerisse uma outra perspectiva, mesmo dentro do sistema vigente, pedindo-se a ligação entre o obstetrícia e a puericultura, apontando para uma intervenção médica mais activa, ainda que sem esquecer a vertente da «educação das mães», considerada apenas uma variável entre outras na causalidade da mortalidade infantil: «a forma de combater a nado-mortalidade está na vigilância cuidada da gestante para a profilaxia e tratamento das doenças, educação da grávida e do meio, prevenção dos acidentes, reparação das lesões constituídas, salvaguarda das futuras gestações»¹⁷⁵. Mas não era por esta via que seguia a estruturação da assistência materno-infantil.

A criação do Instituto Maternal

Em 1943, perante o quadro deprimente da situação materno-infantil e da escassez de resultados da sua política pouco interveniente, o Estado Novo avançou com a criação do Instituto Maternal, conferindo-lhe um «unidade de orientação (...) um

¹⁷⁴ A retórica maternal ficava, por vezes, a descoberto. Veja-se uma crítica clínica: « O novo Código Administrativo reduziu duma semana o tempo de licença para o parto das funcionárias do Estado. De três semanas, uma das quais podia ser utilizada antes do parto, passou a ser concedida apenas durante duas semanas. Porquê, quando se sabe que a involução uterina só está completa 21 dias após o parto e quando muitas mulheres necessitam de repouso antes do parto? Desde que o Estado admite as mulheres como funcionárias deve atender à sua maternidade. Tais medidas levam à restrição da natalidade e à prática do aborto. As empresas particulares imitam o Estado, e algumas há que, contra o que está expresso na lei, despedem do trabalho as empregadas grávidas. Há que desfazer este ambiente contrário à maternidade». BOLÉO, José de Paiva – Algumas Razões com que se Pretende Justificar o Aborto. *Boletim da Assistência Social*, nºs 31/32, Setembro e Outubro de 1945, p. 246-249.

¹⁷⁵ HOMEM, Francisco Fernandes - ob. cit., p. 237.

comando único orientador»¹⁷⁶. Este Instituto era apresentado, antes de mais, como uma derivação da doutrina que sustentara, em 1935, a Organização Nacional “Defesa da Família”, relembrando-se de novo todos os tópicos previstos da política materno-infantil do Estado Novo, pois o Instituto surgia para a operacionalizar. Com efeito, argumentava-se que as maternidades teriam vivido até então apenas das «aspirações de alguns mestres da obstetrícia», mas chegara o momento de coordenar e impor alguns princípios comuns às várias modalidades de assistência, nomeadamente, em realação a cada uma delas, «nunca esquecer a sua verdadeira função de *escola de mães*, de cooperadora da família, e não de substituto da sua missão social». Entretanto, reconhecia-se: «o peso das ideias feitas e das rotinas criadas torna difícil a passagem da doutrina à prática», importando rever o funcionamento das várias unidades de cuidados «com o fim de as sujeitar a uma orientação doutrinal comum e de obter a coordenação da sua actividade com a de outras instituições de assistência materno-infantil e com as finalidades atribuídas à Organização Nacional ‘Defesa da Família’». Este quadro justificativo, aqui sinteticamente apresentado, antecedia a criação do Instituto Maternal, através do Decreto nº 32651, de 2 de Fevereiro de 1943, para servir de tutela aos diversos serviços estatais ligados à assistência materno-infantil, nomeadamente as maternidades. Funcionava como uma espécie de Direcção-Geral, ficando integrado no Ministério do Interior, dependente da Subsecretaria de Estado da Assistência.

Como era entendido o objectivo de «centralização executiva» para a área materno-infantil que o Instituto Maternal deveria operacionalizar? Explicitamente como «pensamento dominador de uma centralização directiva», para depois fornecer directrizes e estimular:

Por parte da Direcção Geral de Saúde, de algumas Juntas de Província, Câmaras e Misericórdias têm sido envidados, nos últimos anos, louváveis esforços na promoção da assistência infantil, e a estes se têm juntado os de muitas iniciativas particulares.

Como mais de uma vez se tem afirmado, não pertence ao Estado e às autarquias, provinciais ou concelhias, a prestação directa da assistência, e por isso a criação do Instituto levará naturalmente a congregar sob a sua direcção as modalidades de carácter materno-infantil actualmente na dependência administrativa do Estado ou das autarquias; será porém respeitada a autonomia das instituições particulares que a actividade do Instituto, longe de prejudicar, visa a

¹⁷⁶ Delegação do Instituto Maternal no Porto – Palavras do Sub-secretário de Estado da Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, nº 11, Janeiro de 1944, p. 469-471.

favorecer. Quanto a estas, o Instituto deverá actuar, como centro propulsor da sua difusão, de harmonia com as directrizes superiores e tendo em vista obter uma acção assistencial mais extensa e um rendimento quanto possível perfeito.

O mesmo pensamento dominador de uma centralização directiva leva a congregar no Instituto as três maternidades actualmente existentes em Lisboa: Alfredo da Costa, Magalhães Coutinho e Santa Bárbara.

Esta acção de centralização visaria, no imediato, as unidades de assistência afins em Lisboa, sendo, desde logo, prevista uma delegação do Instituto Maternal para o Porto, o que se faria em torno de um conjunto de instituições a quem se reconhecia «o mérito da sua louvável actividade precursora», que importaria desenvolver (Dispensário dos Pobres, Instituto de Puericultura e Maternidade Júlio Dinis, esta na sua parte administrativa e assistencial, pois a componente do ensino ficaria ainda sob a direcção do professor da Faculdade de Medicina). O mesmo se previa para Coimbra, mas cuja concentração de instituições ficaria dependente de um estudo a efectuar.

As directrizes não seriam para imediata concretização integral, mas ficariam condicionadas pelas possibilidades económicas e pela existência de pessoal convenientemente preparado. Ou seja, mandava-se avançar... mas devagar. O Instituto Maternal gozaria de personalidade jurídica e autonomia administrativa, seria dirigido por um director e um sub-director, nomeados pelo Ministro do Interior, em comissões de cinco anos renováveis, sob condição de não acumulação com outros cargos ou funções públicas, devendo um dos directores passar a residir na sede do Instituto (Maternidade Alfredo da Costa) e exercer a superintendência administrativa dos serviços ali instalados. No imediato, era criada, porém, uma comissão instaladora para propor as adaptações necessárias, nomeadamente a revisão de estatutos, funções e quadros das instituições agregadas e a proposta de novos serviços.

As finalidades atribuídas ao Instituto Maternal eram as seguintes:

Efectivar e coordenar a prestação da assistência médico-social à maternidade e primeira infância;

Organizar e dirigir investigações científicas tendentes a melhorar a assistência referida;

Organizar e manter estágios de aperfeiçoamento de médicos em toconomia, ginecologia e puericultura;

Organizar e dirigir cursos estagiários de enfermeiras puericultoras;

Colaborar no combate às causas da degenerescência física e às aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação e, bem assim, na difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura¹⁷⁷.

No que se refere às funções de ensino, importa ainda sublinhar as condições previstas para o seu exercício. Assim, enquanto as Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto não possuíssem instalações próprias para o ensino de obstetrícia, poderiam utilizar respectivamente as Maternidades Magalhães Coutinho e Maternidade Júlio Dinis: era pois uma autorização provisória, pois estava prevista, desde 1935, a criação dos Hospitais Escolares (que só veio a verificar-se, mais tarde, sendo os seus projectos recuperados para a rede prevista pela lei nº 2011, publicada em 1946). No que se refere aos cursos estagiários de enfermeira puericultoras, seriam organizados em regime de internato e neles ingressariam enfermeiras que pretendessem obter a especialização.

A institucionalização de um sistema de apoio à maternidade e à criança, articulando em rede instituições antes autónomas ou «dispersas» procurava cumprir, pelo menos no âmbito formal, um objectivo geral de saúde pública, na medida em que lhe competia criar as condições para minorar as elevadas taxas de mortalidade infantil. Mas um parágrafo do decreto institucionalizador sublinhava, uma vez mais, que a assistência à maternidade respeitaria os princípios já consignados, ou seja, seria «exercida através de postos de consulta pré-natal e pós-natal e de socorro ao domicílio», os quais receberiam dos serviços instalados na sede ou delegações do Instituto a orientação técnica e a cooperação assistencial necessária.

No ano seguinte ao da sua criação, em 1944, o Instituto foi integrado na orgânica definida pelo *Estatuto de Assistência Social*, diploma que definiu a rede institucional do campo sanitário no período do Estado Novo, sendo, por essa ocasião, discutida de novo a assistência materno-infantil, agora numa visão de conjunto, e atribuídos oficialmente ao Instituto os papéis e tarefas a desenvolver na sua área, que não se afastaram do seu quadro inicial.

Anos depois, numa síntese sobre trabalho já realizado¹⁷⁸, a Direcção respectiva apresentava o Instituto Maternal como «centro propulsor de múltiplas actividades», com uma orgânica própria, que irradiava a sua acção em diversos sectores,

¹⁷⁷ Decreto-Lei nº 32651, 2.2.1943.

«agrupando os organismos públicos ou particulares, que visam a assistência materno-infantil, e promovendo a criação de outros, de molde a tornar articulado e eficiente o conjunto». O Instituto Maternal pretendia apresentar-se como a «verdadeira espinha dorsal» do sistema de saúde materno-infantil, que devia articular serviços e estabelecer as grandes linhas gerais, apoiando a criança mediante dois meios: os directos e os indirectos (assistência prestada à mãe e reflectida no filho). Este modelo de Instituto, dotado de funções «de natureza acentuadamente técnica e orientadora desta modalidade de Assistência», veio a ser adoptado para outras áreas de assistência delimitadas (à família, aos menores, aos inválidos, aos tuberculosos), pelo Decreto-lei nº 35108 de 7 de Novembro de 1945.

A discussão do modelo assistencial no Estado Novo: a assistência materno-infantil

Como se reconhecia no relatório prévio do Decreto nº 32651, de 2.2.1943, que criou o Instituto Maternal, com a oficialização das maternidades ampliara-se também a doutrina sobre a função médico-social das maternidades (particularmente no diploma que criava a Maternidade Júlio Dinis, o de maior conteúdo doutrinário, por ser o último e propiciar uma visão de conjunto), as quais deixavam de ser encaradas como «câmaras de parturição» para serem consideradas como «centros promotores e orientadores das várias formas de assistência materno-infantil». Os eixos fundamentais desta doutrina, exposta no relatório do Decreto nº 32651, eram, resumidamente, os seguintes:

- A mãe e a sua função maternal eram indissociáveis da família e do meio social que as enquadravam: «a mãe não pode considerar-se isolada, mas no quadro familiar e no meio social a que pertence, e, por isso, dentro das condições e possibilidades que estes oferecem às suas responsabilidades maternais»;
- O domicílio era considerado, em condições normais, o lugar próprio para o nascimento dos filhos;

¹⁷⁸ Algumas Palavras sobre o Relatório da Direcção do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol.I, nº 1, 1946, p. 167-171.

- As maternidades deveriam instituir, como extensão social de socorro de internamento, a assistência ao parto no domicílio, para assegurar à mãe nestas condições uma cuidadosa vigilância higiénica;
- Através de postos de consulta e vigilância pré-natal e pós-natal, a disseminar nos grandes agregados urbanos e nas povoações rurais, seria promovido o internamento nos casos anormais ou quando faltasse o domicílio;
- Afirmava-se que a protecção jurídica ao nascituro seria illusória se não fosse acompanhada de uma protecção higiénica e social, isto é, se às mães abandonadas ou repelidas do lar não se disponibilizasse um hospício maternal, que as dissuadisse de eventuais ideias de desespero, aborto ou infanticídio;
- Como modalidades de assistência pós-natal deveriam ser promovidas obras complementares, como abrigos de convalescentes, cantinas maternas e creches-lactários, mas nenhuma destas modalidades deveria esquecer o seu papel de «escola de mães, de cooperadora da família e não de substituto da sua missão social», isto é, não deveria criar situações de desresponsabilização materna.

É neste quadro de ideias que se define um perfil de serviços do Instituto Maternal, atribuindo-se-lhe um conjunto de papéis específicos e gerando-se, por consequência, expectativas no campo da assistência materno-infantil, centradas essencialmente no parto no domicílio com assistência sanitária e serviços de cobertura nacional. O relatório do Decreto nº 32651, que criava o Instituto, sintetizava, na verdade, as grandes linhas já expostas anteriormente nos Decretos-leis nº 25936, de 17.10.1935, que determinava a Organização Nacional "Defesa da Família", e nº 29036, de 30.09.1938, que formalizava a Maternidade Júlio Dinis e definia as suas funções.

Mas o relatório em referência reconhecia ainda, de uma forma muito clara, a necessidade de articular uma política comum às diversas valências do sistema, referindo-se a resistências e reconhecendo dificuldades na prática para a aplicação das leis, sendo que as maternidades se pautavam muitas vezes pela rotina tradicional. Aceitava que, no plano discursivo, toda a idealização do modelo de assistência maternal poderia ocorrer de forma harmoniosa, mas que no domínio da realidade as coisas não se pautariam por esse plano. Na verdade, o modelo exposto no discurso do diploma institucionalizador funcionava essencialmente como um pano de fundo para

legitimar e produzir sentido às intervenções governamentais, as quais apontariam essencialmente um rumo, mais do que uma realidade generalizada, dada a pouca ênfase colocada na concretização. Em todo o caso, a criação do Instituto Maternal, centralizando esta política de assistência materno-infantil, seria um compromisso, uma solução institucional impulsiva para conferir operacionalidade e eficácia ao sistema gizado, que, pelo modelo adoptado, garantia uma não-ruptura com a tradição, ainda que se desenvolvessem esforços para a enquadrar pelos padrões da medicina científica.

Importa, então, sublinhar que todas estas alterações, configurando reformas progressivas, embora numa perspectiva minimalista da intervenção estatal, se enquadravam num plano mais vasto que congregava saúde e assistência. E sublinhe-se que a palavra «assistência» suscitava nos anos 40 não já (ou apenas) caridade e filantropia, mas criava expectativas de responsabilidade estatal na organização e responsabilização de serviços não só para os mais pobres e indigentes mas para camadas cada vez mais vastas da população, embora nem sempre de forma demarcada entre as diversas modalidades de serviços prestados, daí as tentativas de delimitação formal¹⁷⁹. Mas o quadro ideológico vislumbrado através das atribuições do Instituto Maternal revelava, desde logo, as limitações do modelo assistencial adoptado pelo Estado Novo e as suas ambiguidades. Na verdade, para o Estado Novo a acção pública na assistência maternal, para além das maternidades, devia ser reduzida ao mínimo, devendo aquele tipo de assistência ser dinamizada, na medida do possível, por instituições particulares, como as misericórdias e a previdência que estava em fase de organização (Caixas de Previdência, Casas do Povo, Casas dos Pescadores). A preocupação principal do Estado Novo dirigia-se, na realidade, para a moralização das classes populares, dada a ênfase colocada nos objectivos de ensino e educação das mães, focalizando-se no papel da célula familiar como entidade básica da sociedade e nos comportamentos higiénicos e morais das mães. O processo de domicialização

¹⁷⁹ PINTO, João Manuel Cortez – A Previdência e Assistência. Subsídios para o Estudo da sua Coordenação. *Boletim da Assistência Social*, nº 92-94, Outubro-Dezembro, 1950, p. 392-396. HENRIQUES, Duarte Manuel Gorjão – Cooperação dos Serviços Públicos na Sanidade e Assistência. *Boletim da Assistência Social*, nº 92-94, Outubro-Dezembro, 1950, p. 396-401. CARDOSO, Fernando Magalhães – Conceitos Fundamentais da Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, nº 119-120, Janeiro-Junho, 1955, p. 57-79. Assinala Cortez Pinto: «Distingue-se pelo seu âmbito a previdência da assistência porque enquanto esta tem fundamentalmente a seu cargo os inadaptados, os inadaptáveis, os desamparados, aqueles que não têm possibilidades de contribuir para o bem comum, enfim, aqueles que constituem o que se chama um passivo social, figuram no âmbito da previdência todos os que trabalham, ou que gozam da protecção dos que trabalham – o activo social». *Ob. cit.*, p. 393.

assistencial assumia, neste contexto, um papel de tecnologia de intervenção lá, no recôndito do lar, onde o Estado sempre teve dificuldade em entrar. E o Estado-Providência era apenas um vago eco do que se começava a fazer nos principais países europeus!

As alterações institucionais operadas não se faziam sem polémicas nem desconfianças ou, no mínimo, sem alguns registos que evidenciavam um sentido contraste entre legislação e realidade, apesar do ambiente autoritário do período salazarista. Por exemplo, Fernando da Silva Correia, um conhecido e influente médico de Saúde Pública de Coimbra, equacionava, em 1943, no *Boletim da Assistência Social*, os novos problemas da assistência materno-infantil, dizendo-se preocupado com a dualidade *mudança de designação versus persistência da mesma realidade*. Na sua perspectiva, o espírito e as modalidades antigas da caridade e da beneficência deveriam dar lugar ao serviço de organizações colectivas que permitissem aos mais carenciados o acesso ao recursos modernos da ciência e da técnica. E, no que se referia à assistência maternal, convocava a urgência de combater todo o tipo de debilidades sociais, todas as maleitas a que alguns chamavam, em linguagem médica, a «distocia social»:

Em poucos ramos de assistência a ciência tem permitido mais progressos do que na referente à maternidade e infância. Com efeito, só depois das doutrinas pasteurianas foi possível averiguar a causa da maior parte das mortes e doenças das mães e crianças, evitando-as ao máximo nos países onde se pensa a sério no problema. Falámos, propositadamente, não só de mortes, como de doenças. É que certos economistas, alarmados com o aumento do custo de vida, não querendo, e muito bem, aceitar o aborto, nem o neomalthusianismo e a sua versão hipócrita do método de Oggino, não hesitam em se conformar com a mortalidade infantil devida à ignorância das mães, sem repararem que a sua atitude cínica, não só os torna cúmplices de hecatombes de inocentes, maiores do que as da guerra, entre as quais por certo se perdem muitos talentos e génios, como os liga à responsabilidade de colaborarem na preparação duma geração de raquíticos, de heredo-sifilíticos, de escrofulosos, de falhados física e moralmente¹⁸⁰.

Sublinhe-se que Fernando da Silva Correia se tinha tornado uma referência da saúde pública em Portugal, desde que apresentara, em 1937, a sua obra *Portugal Sanitário: subsidios para o seu estudo*, como dissertação de doutoramento na

¹⁸⁰ CORREIA, Fernando da Silva – A Propósito de Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, nº3, Maio, 1943, p. 9.11.

Universidade de Coimbra, na qual quantificara e qualificara tanto as principais endemias verificadas em Portugal como a geografia profundamente desigual da implantação dos agentes de saúde. Desenhava o panorama desastroso da saúde pública em Portugal, pois só nas três principais cidades (Lisboa, Porto e Coimbra) se prestava alguma assistência na doença aos pobres, pela conjugação de um conjunto de características:

a existência de grandes hospitais nestas cidades facilita a hospitalização dos doentes; as consultas externas hospitalares, os dispensários, as múltiplas clínicas gratuitas, as associações mutualistas, a existência de estudantes dos últimos anos do curso médico, etc., são recursos que só se encontram nas três cidades universitárias (...) No resto do país a assistência aos pobres é em geral deficiente, tardia ou mal orientada. Os elementos dessa assistência são os médicos municipais, os hospitais, os dispensários, as associações mutualistas, as parteiras municipais, as Misericórdias e outras associações beneficentes e as farmácias, além dos sanatórios. A contribuição do Estado e das Corporações Administrativas (Câmaras Municipais, Juntas Gerais de distritos, Juntas de freguesia) têm sido exíguas e insuficientíssimas em geral. Se não fosse o auxílio da iniciativa particular e a caridade dos médicos e farmacêuticos a situação dos pobres era angustiosa¹⁸¹.

Esse retrato sanitário de Portugal tornou-se uma base de recurso na argumentação aduzida nos debates da Assembleia Nacional e Câmara Corporativa sobre a legislação que criou o sistema da «Assistência Social», em 1944. Portugal era um país em que a mortalidade infantil era «fortíssima» e a mortinatalidade «assustadora» e em que a natalidade tendia a diminuir e a mortalidade a aumentar, segundo a deputada da Assembleia Nacional, Maria Luísa Van Zeller, que ilustrava as suas palavras com dados do *Portugal Sanitário* e do *Anuário Demográfico* de 1941. Perante o elevado número de óbitos de lactantes e da persistência de flagelos como a tuberculose, a sífilis e o alcoolismo, a deputada reconhecia que, enquanto não fossem resolvidas as deficiências do agregado familiar no que respeitava à salubridade da habitação, problemas económicos, educação cívica, moral e higiénica, o «lindo edifício das obras da assistência infantil» não teria alicerces. Não bastaria acarinhar crianças e criar creches, lactários, cantinas ou dispensários, obras estas mais visíveis e por isso mais fáceis de apadrinhar e concitar para elas a caridade pública e particular. Nesta intrincada situação económica e social, em que as endemias criavam graves

problemas congénitos, Maria Luisa Van Zeller argumentava que a «assistência infantil nunca pode desligar-se da assistência maternal», considerando-as como «dois aspectos de um grande e único problema social, estudar e resolver um é ter quase estudado e resolvido o outro». E interrogando-se sobre as causas da elevada mortalidade dos tipos infantil e neo-natal, respondia ela própria:

Porque, salvo raras exceções, as suas mães foram vítimas do alcoolismo dos pais, dos maridos e dos irmãos, porque foram portadores da sífilis ou outras doenças venéreas mal ou não tratadas, porque tiveram gravidezes ao abandono, sem cuidados de higiene e clínicos, sem a alimentação suficiente, porque nas classes menos abastadas, para não abandonarem a casa, o marido, os filhos, aí tiveram os seus partos a maioria das vezes sem quaisquer cuidados profissionais, assistidas por “curiosas”, ou por si próprias, com risco da sua saúde, e às vezes até da vida, e logo se levantaram e andaram a pé, trabalhando e dando aos filhos seios flácidos, vazios, onde a fome e as canseiras minguaram e enfraqueceram o leite. Os débeis, os prematuros, por falta da necessária assistência maternal ou dos cuidados das mães para com eles são vidas perdidas, como perdidas são todas essas vidas que por teorias ou práticas despupacionais não chegaram, na verdade, a ser vida a florescer e são ainda perdidas as mais tenazes, as que, teimando em ser vida, saltando diques, fizeram tábua rasa da limitação dos nascimentos, germinaram, para afinal acabarem por ser assassinadas no “tabernáculo” da própria mãe. O número de abortos é inapreciável – fazem-se clandestinamente, fazem-se abertamente, às claras, numa rendosa indústria, onde, infelizmente para a classe a que pertencem, se amalgamam médicos sem escrúpulos, parteiras, enfermeiras e não profissionais¹⁸².

A acusação habitual da «mãe ignorante» dava lugar à constatação da *mãe ignorada* pela sociedade, da *mãe-vítima* que teria de ser ajudada. Este quadro social dramático e dramatizado servia à deputada Van Zeller para consubstanciar a reivindicação de se integrarem no sistema de assistência infantil as valências da «puericultura pré-natal», como forma de apoiar a grávida nas situações de morbidez e de desamparo sanitário e económico, contribuindo nomeadamente para diminuir o volume de abortos e qualificar o parto e a reprodução.

As enunciações acima apresentadas caminhavam no mesmo sentido do importante «Parecer acerca da proposta de lei sobre o Estatuto da Assistência Social», emitido

¹⁸¹ CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu Estudo*. Coimbra: Dissertação para Doutoramento, 1937, p. 307.

¹⁸² Assembleia Nacional, *Diário das Sessões*, 18.03.1944, p. 258. A oradora, referindo-se aos serviços em que trabalhava como médica (Alcântara, em Lisboa), referia que em 1000 inscrições de grávidas com partos anteriores que se inscreveram na sua consulta, 74,4% só tinham sido anteriormente assistidas por «curiosas».

pela Câmara Corporativa e de que foi relator Marcelo Caetano¹⁸³. Este *Parecer*, em torno do qual giraram várias comunicações parlamentares, consagrava um espaço significativo às questões da maternidade e da criança, perspectivadas no quadro mais geral da saúde pública, de que importa sublinhar as principais linhas de força, na medida em que constituem directrizes do que devia ser a assistência neste domínio, informando medidas posteriores.

A preocupação inicial do referido *Parecer* era de natureza demográfica, perante a queda da natalidade: de 31,5 ‰ em 1928, a natalidade descia para 23,75 ‰, em 1943; mas, curiosamente, a morti-natalidade (nados-mortos por mil nascimentos) subia progressivamente de 43,14 ‰, em 1929, para 47,76 ‰, em 1943. Do ponto de vista populacional, considerava-se a situação alarmante, indiciando uma clara disseminação de práticas neo-malthusianas apesar de todas as proibições e campanhas. Reconhecia o *Parecer* que «a mulher foge cada vez mais ao fardo que para ela representa a maternidade», explicando essa fuga por uma diversidade de problemas graves que envolviam a gravidez e o parto, nomeadamente a elevada frequência de acidentes puerperais e suas conseqüentes mazelas, por falta de assistência, para além das questões económicas, sociais e de emancipação da mulher. Do ponto de vista da mortinatalidade, a subida verificada era uma evidência do fracasso das políticas de assistência seguidas até aí, pois em todo o mundo a tendência apontava no sentido contrário, ou seja, para a descida, mesmo em países envolvidos na Segunda Guerra Mundial, como a França ou a Itália. O *Parecer* equacionava depois os meios previstos para assistir a mulher na gravidez e no parto, a saber:

- a instalação de consultas pré-natais, para vigilância médica e educação maternal, por acção conjugada de médico e visitadoras;
- a criação de postos de assistência ao parto no domicílio, para apoiar os partos em casa;
- as maternidades, para internamentos de partos diagnosticados como de risco, para as mães que não tivessem casa própria (que vivessem em pensões, quartos...), ou vivessem em habitações sem condições de higiene (tugúrios), ou ainda para as que não tivessem em casa ambiente moral necessário ao repouso pós-parto;

¹⁸³ *Parecer Acerca da Proposta de Lei sobre o Estatuto da Assistência Social, Assembleia Nacional, Diário das Sessões, de 25.02.1944.*

- abrigos maternais (para recolher grávidas em dificuldades e desprotegidas, como forma de apoio discreto e prevenção de abortos ou infanticídios, de preferência a funcionarem próximo das maternidades) e cantinas maternais (para fornecerem refeições a baixo custo a grávidas ou mães em amamentação).

Além destas instituições, achava a Câmara Corporativa que a assistência à maternidade tinha de ser acompanhada por:

- medidas enérgicas contra o aborto provocado, não só como combate a uma prática «imoral e anti-social», mas sobretudo como medida de saúde pública, pelas situações de infecções daí decorrentes que punham em perigo a vida das mulheres;
- medidas ligadas ao exercício da profissão médica e da profissão de parteira (o *Parecer* recuperava e transcrevia as posições da obra «Portugal Sanitário», de Fernando Correia da Silva, que forneciam uma representação negativa sobre as parteiras que exerciam em «regime livre», alegando a impossibilidade da sobrevivência para a maioria a partir do número médio de partos que poderiam realizar, a que já fizemos referência;
- o cumprimento da legislação relativa ao trabalho das mulheres durante a gravidez e à situação das assalariadas parturientes, tanto em relação à vigilância sanitária relativamente às tarefas desempenhadas como às obrigações empresariais de manterem creches e salas de amamentação quando tivessem determinado número de operárias casadas com filhos (que, na maioria dos casos, ficava letra morta).

No que se referia à primeira infância, o *Parecer* da Câmara Corporativa equacionava diversas necessidades, não se eximindo a demonstrar que, do ponto de vista quantitativo, a mortalidade infantil não diminuira ao longo dos últimos quinze anos (em 1925 era de 132 ‰ e em 1940 de 126,1 ‰, tendo atingido níveis ainda mais elevados neste intervalo temporal, dos quais o mais elevado foi o do ano de 1937 com 151,4 ‰)¹⁸⁴. E comparava os indicadores da situação com outros dados europeus, em que a mortalidade infantil se situava então próxima dos 60 ‰, ou seja, menos de metade. O diagnóstico da situação apontava, na opinião do autor do *Parecer*, três

¹⁸⁴ Por isso, Ricardo Jorge dizia que Portugal era “um cemitério de crianças”. In BENOLIEL, Sara – Os Preconceitos em Puericultura e a Maneira de Combatê-los. *Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, 2ª série, Porto, 1935.

perigos conducentes a estas taxas elevadas em Portugal: o perigo congénito, o perigo alimentar e o perigo infeccioso. Além de outras soluções apontadas (criação de serviços de prematuros, de creches, de lactários), sublinhem-se as seguintes medidas urgentes aconselhadas:

- a educação das mães, mostrando-lhes a importância dos cuidados maternos, aspecto que deveria ser acompanhado de outras medidas destinadas a superar dificuldades económicas;
- o dispensário de puericultura, relacionando as tarefas de médicos e de *enfermeiras-puericultoras*, bem como de *visitadoras* para acompanharem nos domicílios a observância das prescrições e proceder ao seu ensino.

Note-se que a «educação das mães» sobre princípios de base científica relativos à higiene e a outros cuidados materno-infantis aparecia aos médicos higienistas e puericultores como a primeira medida para superar a elevada mortalidade infantil: consideravam uma urgência fazer comungar as mães das aquisições científicas da medicina para se ser uma boa mãe em termos actualizados, fazer-lhes compreender os fenómenos do crescimento, da alimentação e da higiene do lactante e dos cuidados a ter nestas circunstâncias. Vejam-se alguns cuidados maternos de natureza pré-científica ainda praticados na década de 1940 (e que continuaram para além disso), apontados pela médica Sara Benoliel como «preconceitos» que urgia combater junto das mães, para os substituir por outros de natureza científica: não tratar dos olhos dos recém-nascidos, como forma de prevenir a cegueira; deixar crescer crostas na cabeça, porque conservava a saúde; reçar o banho diário, porque enfraquecia a criança; atribuição de quase todas as doenças infantis aos dentes em rompimento, imaginando chuchas e outros objectos conspurcados ou conspurcáveis; interpretar os gritos do lactente como fome, provocando superalimentação; provocar o alcoolismo da mãe para produzir leite, alcoolizando a criança, a ponto de fazer crises de *delirium tremens*; espremer os seios do recém-nascidos para espantar o «leitinho das bruxas», provocando abscessos e até septicémias; aleitamento ao seio demasiado prolongado, provocando anemia alimentar, verificando-se também o inverso (açordas cedo demais)¹⁸⁵.

O *Parecer* comungava deste tipo de preocupações, indo ainda mais longe, perfilhando extensões da acção médica de tal forma que o saber médico se convertia

num saber moral. O campo das «chagas sociais» (a mortalidade infantil, as mães desprotegidas, bem como a prostituição, a mendicidade, a vadiagem) constituía para a Câmara Corporativa e para o Estado Novo um problema geral de profilaxia social, a qual só se combateria pela *educação*, logo, tornava-se imperativo um *plano educativo*, como estratégia voluntarista para a transformação das mentes. Essa *educação* seria o resultado do «esforço conjugado de quanto representa autoridade técnica ou moral na vida portuguesa: a igreja, a escola, a medicina, a família», diz o *Parecer*. O saber médico, eminentemente técnico-científico, deveria associar-se, deste modo, a uma intervenção que abrangia o domínio da moral, integrando-se numa estratégia para a execução de mudança de acordo com os valores então prevalecentes no poder instituído.

Mas, para ultrapassar o nível da divulgação abstracta de posições e conseguir uma resolução prática de problemas, era importante alargar a equipa sanitária, integrando uma nova valência – a técnica do serviço social. Através de guias ou agentes do serviço social (as assistentes sociais) ajudar-se-ia a adaptar o indivíduo ao seu meio e a melhorar esse meio. As assistentes sociais vinham complementar e desenvolver a acção das visitadoras sanitárias (as que prolongavam ao domicílio a assistência higiénica, profiláctica e clínica) e tornar mais produtiva a acção da equipa sanitária, na medida em que levantavam em fichas ordenadas toda a problemática de tipo social envolvente dos problemas de saúde. Apontava-se, assim, para uma nova profissão já existente noutros países e clarificava-se a divisão de funções no seio dos serviços de saúde pública, pois as *visitadoras* eram uma solução precária no campo da enfermagem. Esta nova dimensão tecnológica da assistência teria a vantagem de libertar os profissionais da saúde para o tipo de cuidados para que tinham sido preparados, concentrando-os exclusivamente no campo da saúde/doença e não os envolvendo na solução de problemas que tinham a ver com a situação social e económica vivida, para a qual não havia soluções terapêuticas, mas sim a necessidade geral de progressos económicos e de modernização social.

No campo da assistência médica específica, o *Parecer* da Câmara Corporativa recuperava e insistia na organização local dos «centros de saúde», criados legalmente desde 1934 (despacho ministerial de 6.10.1934), regulamentados no ano seguinte (despacho de 20.03.1935) mas de que existiam apenas na altura 7 exemplos, um dos

¹⁸⁵ BENOLIEL, Sara – Os Preconceitos em Puericultura e a Maneira de Combatê-los. *Conferências da*

quais em Lisboa criado com a cooperação norte-americana da Fundação Rockefeller. Segundo o despacho de 1935, para além das consultas gerais, os centros de saúde poderiam ter serviços como:

- higiene infantil;
- protecção às mulheres grávidas;
- odontologia;
- oftalmologia;
- otorrinolaringologia;
- serviço antituberculoso;
- serviço anti-venéreo;
- serviço especial contra endemias reinantes;
- vacinações;
- análises clínicas.

Com este quadro perguntar-se-á: o que faltava? Faltava desde logo a assunção pelo governo das responsabilidades financeiras para que um plano destes funcionasse, daí estas medidas constituírem essencialmente um exercício de retórica. O caso dos centros de saúde é mais uma vez revelador da lentidão típica do Estado Novo na implementação de medidas propostas pela sua própria iniciativa, era a conhecida prática de fazer «reformas no papel». Com o entusiasmo militante e o voluntarismo de alguns quadros superiores do ministério e de técnicos de saúde empenhados no progresso social, criavam-se as leis, os regulamentos, os enquadramentos jurídicos da assistência. Mas não se asseguravam os meios financeiros, remetendo-se para os poderes locais ou entidades civis a criação e manutenção de tais serviços, a que o governo daria uma acção de fiscalização e de alguma cooperação, por isso se dizia que «as câmaras municipais, as misericórdias e as casa do povo deverão fazer uma contribuição para o serviço dos centros de saúde, que não deverá ser inferior à cota de contribuição da parte da Direcção Geral de Saúde»¹⁸⁶. Perante a debilidade financeira ou o desmazelo e desinteresse de muitas câmaras municipais, os centros de saúde só muito lentamente se iam implantando.

Para este quadro, em que a assistência se transformava (e se reduzia) num vasto e vago «plano educativo», não bastavam as boas vontades e o espírito de voluntariado

Liga Portuguesa de Profilaxia Social, 2ª série, Porto, 1935.

¹⁸⁶ Despacho de 20.3.1935 cit. no *Parecer Acerca da Proposta de Lei sobre o Estatuto da Assistência Social*, Assembleia Nacional, *Diário das Sessões*, de 25.02.1944, p. 121.

de algumas pessoas, cujo mau desempenho se tornava visível, segundo o *Parecer*, em muitos estabelecimentos de assistência: «a assistência social é eminentemente educativa: ora, se não se pode educar o povo sem educadores, é manifesta a necessidade de formar os educadores». A nova execução da política assistencial deveria corresponder também a uma mudança de espírito dos profissionais envolvidos, a uma mudança de processos de trabalho, a uma aceleração de ritmo e por isso carecia de ser estudada, tecnicamente aprofundada, o que só se conseguiria através da implementação de novos dispositivos de formação de profissionais: a) de assistentes sociais; b) de pessoal de enfermagem e de visitadoras sanitárias; c) de médicos sanitários.

Mas não bastaria uma nova formação técnica. O *Parecer* falava de missão e de remuneração, vertentes sobre as quais deveria assentar uma clara profissionalização dos serviços: «Deve exigir-se sempre a quem quer que se proponha exercer qualquer tarefa de assistência social a consciência de missão e de vocação. Mas, posto isso, terá como regra de se assegurar a essas pessoas os meios de vida indispensáveis para poderem dessa missão fazer uma profissão e nela seguir carreira». Esta era uma posição que, segundo o *Parecer*, se deveria estender a todos os que trabalhavam em educação, recolhimentos, asilos, creches e também, naturalmente, na saúde pública, incentivando nomeadamente o *full time* e permitindo uma eventual diferenciação salarial para este efeito entre os que praticavam *full time* e *part time*.

No entanto, a focalização do problema da formação e da profissionalização da enfermagem, incluindo-se aqui as parteiras, surgia algo matizada face às linhas de força acima enunciadas. Fala-se de baixa qualidade da enfermagem, quando comparada com a observada na Inglaterra ou Alemanha. Reconhece-se algum constrangimento: «a impossibilidade de forçar vocações religiosas», o que impunha necessidade de recrutar pessoal laico, advindo preocupações no recrutamento e na formação. Mas acreditava-se nas potencialidades de novos modelos, com o apoio de instituições estrangeiras (Fundação Rockefeller, que colaborava com a formação oferecida pelo Instituto Português de Oncologia). Assim, pela sua relevância, importa transcrever o trecho que o *Parecer* emite a propósito da formação do pessoal de Enfermagem, salientando a representação de uma especificidade desta área de acção, onde afinal ainda se considerava ser superior o espírito de missão ao de profissão, sugerindo-se mesmo a «renúncia ao lar», tal como acontecia na Alemanha.

PESSOAL DE ENFERMAGEM E VISITADORAS

Não há médico interessado no problema da assistência social em Portugal que não considere absolutamente fundamental a renovação dos métodos da formação do pessoal de enfermagem.

Estamos neste ponto embaraçados por hábitos inveterados, que hão-de custar a eliminar da nossa mentalidade e da vida hospitalar.

A diferença entre a enfermagem nos hospitais portugueses e nos hospitais de mais adiantados países estrangeiros é enorme. Resulta esse facto de que na Inglaterra ou na Alemanha a enfermeira destina-se à carreira por vocação e a ela se consagra com todas as veras, renunciando ao seu lar; ingressa numa corporação de rígida disciplina; adquire preparação técnica de primeira ordem; é uma auxiliar e colaboradora, apreciada, considerada e respeitada, dos médicos; encontra no hospital um ambiente moralmente irrepreensível, que lhe cumpre manter impoluto, embora com liberdade de vida, sob sua responsabilidade, fora do estabelecimento.

Análogas condições, adaptadas às suas circunstâncias, se encontram quanto ao pessoal masculino.

Recrutado todo este pessoal num meio social já cultivado ou, ao menos, educado, é excelente cooperador na missão orientadora e formativa dos serviços de assistência social.

E não se pense que este pessoal, por ser laico, encara a sua missão como simples modo de ganhar a vida mediante o exercício mecanizado de uma técnica seca. Não. A severidade do recrutamento, a disciplina e o ambiente moral da corporação onde ingressam acendem-lhes um espírito de devoção carinhosa, de que todos os doentes guardam terna recordação. A memória dessa doce e enérgica figura de mulher (porque a doçura não é incompatível com uma perseverante, esclarecida e calma energia) que foi Florence Nightingale guia e ilumina em muitos países a missão de enfermagem elevada à altura de uma gloriosa renúncia em benefício da humanidade sofredora.

Na impossibilidade de forçar vocações religiosas, há que fomentar a melhor orientação, dentro desta generosa concepção, das vocações de enfermagem. Nos últimos tempos tem-se procurado melhorar e disciplinar a preparação e o exercício da enfermagem, e a isso visou o Decreto nº 31612, de 31 de Dezembro de 1942. Persiste-se, porém, em fazer a educação de enfermeiros e enfermeiras por médicos, o que não é aconselhável, pois se trata de profissões inteiramente diferenciadas, cada uma das quais tem sua técnica, seu espírito e sua missão.

Há já, porém, alguma coisa de rasgadamente novo dentro da orientação preconizada: é a Escola Técnica de Enfermeiras, criada pelo Decreto nº 30447 de 17 de Maio de 1940, no Instituto Português de Oncologia, com a valiosa colaboração técnica e assistência financeira da Fundação Rockfeller.

Tem de encarar-se também a preparação de pessoal especializado. No Hospital Júlio de Matos está a fazer-se um curso de formação de enfermeiros e enfermeiras psiquiatras, segundo as modernas concepções, com o auxílio do pessoal suíço em boa hora contratado com autorização do Governo.

As enfermeiras puericultoras e parteiras têm de ser formadas com extremos de cuidado, sem esquecer uma sólida preparação moral que as habilite a ser conselheiras nos melindrosos transes em que tantas vezes são procuradas.

Enfim, as enfermeiras visitadoras (visitadoras sanitárias, visitadoras escolares) hão-de ser formadas em institutos próprios, onde se tornem aptas para colaborar com a família e educá-la para, sem quebra

de unidade e autonomia, vencer os obstáculos que a doença, o desânimo e a negligência criam ao desenvolvimento de uma vida sã e feliz.

A constituição das corporações de enfermagem deve ser estimulada e favorecida. Convém de facto que, dada a grande desigualdade de nível entre o pessoal existente e o que tem de formar-se para o futuro, se separem os grupos, homogêneos tanto quanto possível, deixando-se mesmo estabelecer entre eles fecunda emulação.

Toda a obra reformadora neste capítulo terá, porém, de ser condicionada pela vinda de pessoal estrangeiro que prepare, num meio isolado, os novos profissionais.

In Parecer acerca da proposta de lei sobre o Estatuto da Assistência Social

Mas o relevo deste trecho do parecer advém da concepção de corpos profissionais de que partilha, exigindo para cada serviço uma vocação e preparação técnica, com recrutamento social a fazer em estratos cultos ou educados. A formação deveria ser própria a cada profissão, modelo que se incentiva, desaconselhando a formação da enfermagem por médicos, dada a distinção das profissões e das técnicas próprias a cada uma delas, e defendendo o aprofundamento das especializações. Assim, entre os novos profissionais e os antigos as diferenças de nível seriam elevadas, mas isso não deveria constituir um óbice à qualificação, deveriam mesmo ser organizadas corporações distintas e deixar estabelecer-se a emulação. Uma obra de reorganização profissional que só se poderia desenvolver com a participação de especialistas estrangeiros. Vislumbra-se, no trecho transcrito do *Parecer*, já uma valorização da profissionalização da enfermagem, quer na dimensão económica (a regularidade salarial digna), quer na dimensão ética, com base num vocacionalismo laico, assegurado por um recrutamento severo e pela disciplina corporativa. Estas dimensões criariam um espírito de corpo, ou seja, um ideal de serviço, que conduziria à interiorização de regras, à afirmação de valores, ao controlo das condutas pessoais¹⁸⁷. Não se esqueça que o Estado Novo tentou restabelecer o princípio corporativo, como alternativa à sociedade capitalista da luta de classes, inspirando-se precisamente nas antigas corporações de ofícios (Marcelo Caetano, o relator do *Parecer*, era um dos grandes estudiosos do fenómeno corporativo medieval).

Das propostas, pareceres e discussões resultou a publicação do Estatuto da Assistência Social, através da Lei n° 1998, de 15 de Maio de 1944, cujos princípios ditaram a posterior reorganização e ajustamentos dos serviços de assistência social,

¹⁸⁷ Sobre o conceito de profissionalismo, cf. ROCHE, Janine – Que Faut-il Entendre par Professionnalisation?. *Education Permanente*, n° 140/1999-3, p. 35-50.

mas sem fugir às linhas essenciais do Estado Novo nesta matéria, já atrás sublinhadas (Decreto-Lei nº 35108, de 7.11.1945) ¹⁸⁸. A lei nº 1998 estabeleceu as normas de regulação de actividades assistenciais de responsabilidade pública ou privada, propondo-se «valer aos males e deficiências dos indivíduos, sobretudo pela melhoria das condições morais, económicas ou sanitárias dos seus agrupamentos naturais» (Base I). Ou seja, enquadrava as responsabilidades do Estado (governo e administração local) no domínio da sanidade geral, defendendo a colaboração com as instituições civis, a quem poderia conceder subsídios para o mesmo fim, desenvolvendo uma acção coordenada com as instituições de previdência. A designada «assistência social» deveria cobrir de modo sistemático todos os males de que o homem enfermasse, pelo que, assumia as seguintes modalidades:

- actividade sanitária (com especial atenção para as endemias da época: tuberculose, sezonismo, cancro e outras doenças infecciosas ou mentais);
- assistência à família, incluindo a assistência à maternidade e primeira infância, cobrindo ainda situações de invalidez ou desprotecção.

A assistência materno-infantil não poderia, assim, considerar-se isolada dos restantes aspectos da assistência social. E, na sua Base XIII, a lei estabelecia que esta valência seria realizada através do «Instituto Maternal», com funções de aperfeiçoamento e coordenação das modalidades seguintes:

- consultas pré-natais e pós-natais, cantinas maternais e postos de assistência ao parto no domicílio;
- maternidades e abrigos maternais;
- creches-lactários e dispensários infantis;
- parques infantis ou jardins de infância, colónias-preventórios e colónias estivais.

A Assistência Social incorporava assim o Instituto Maternal tal como fora gizado dois anos, para enquadrar os serviços de assistência materno-infantil. Estes continuariam a funcionar dentro dos mesmos moldes, mas como subsistema de uma configuração institucional mais vasta, a Assistência Social, que assegurava serviços de saúde, para cujos encargos respondiam os utentes, quando podiam, ou o Estado, quando, após inquérito, reconhecia a incapacidade financeira do utente. Foi criado um Conselho Superior de Higiene e Assistência Social que passaria a dar pareceres nesta

¹⁸⁸ BRANDÃO, Diogo de Paiva – *Assistência Social. Diplomas Coordenados e Anotados*. Lisboa:

área, nomeadamente sobre as novas obras a realizar pelo Estado ou quando houvesse subsídio estatal para obras privadas¹⁸⁹(as obras mais significativas que se seguiram foram as dos hospitais universitários, Santa Maria, em Lisboa, e S. João, no Porto inaugurados, respectivamente, em 1953 e 1959, no âmbito da nova lei de Organização Hospitalar, nº 2011, de 2 de Abril de 1946).

O Instituto Maternal¹⁹⁰ viu, assim, esbater-se a importância que inicialmente lhe estava destinada, porque teve de se submeter aos princípios e à direcção da Assistência Social, ficando com acção própria mas autonomia limitada, tornando-se uma organização idêntica a outras, tendo as suas finalidades sido debatidas e criticadas. Na sua configuração burocrática e de serviços ficou com três delegações – Lisboa, Porto e Coimbra, para cobrir o sul, norte e centro do País, e com subdelegações a nível distrital. A sua acção coordenadora, de forma a tornar mais produtiva e eficaz a assistência da sua área, nem sempre se fez sentir de maneira satisfatória, como se reconhecia em diversas publicações, que apontavam; a insuficiência de obras assistenciais; a ausência de coordenação; a dispersão de acções; a falta de espírito de colaboração; a falta de dotações orçamentais; a morosidade da acção educativa; a dificuldade de preparação de pessoal necessário.

Não obstante o quadro geral, um ou outro núcleo local funcionaria de forma satisfatória: falava-se do exemplo de Setúbal, cuja acção coordenada se traduziria numa quebra de mortalidade infantil concelhia da ordem dos 50% (com taxas de 200 por mil em 1941 teria baixado para 90 por mil, em 1950). E sublinhava-se a acção da Maternidade Alfredo da Costa, considerada como sede do Instituto Maternal e como Maternidade Central, onde além dos serviços já existentes se operaram beneficiações e algumas inovações:

- Serviço permanente de urgências para crianças;
- Serviço de internamento para débeis e prematuros;
- Serviço de transfusões de sangue e plasma;

Direcção Geral de Assistência, 1948, p. 137-161.

¹⁸⁹ Redacção Definitiva do Estatuto da Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, 1944, p. 568-573.

¹⁹⁰ No Parecer acerca da proposta de lei sobre o Estatuto da Assistência Social, o relator da Câmara Corporativa, referindo-se ao Instituto Maternal, dizia: «melhor se designaria por Assistência Nacional à Maternidade e Infância, visto a designação de Instituto caber a estabelecimentos singulares» (Assembleia Nacional, *Diário das Sessões*, 25.2.1944, p.115). E, depois, sugere que o nome de Instituto Maternal seja dado ao grupo autónomo respectivo de cada localidade (Lisboa, Coimbra e Porto), assim como propõe uma discussão sobre a integração ou não das maternidades no sistema de Assistência Social, fazendo-se eco de críticas ao modelo adoptado.

- Serviço de dadoras de leite humano;
- Consulta de otorrino-laringologia;
- Consulta de esterilidade conjugal (a única no País);
- Serviços de património e estatística.
- Uma brigada móvel para consultas periódicas em consultórios improvisados nas juntas de freguesia, quartel de bombeiros, etc.

Seria possível mostrar uma longa lista de estabelecimentos espalhados pelo País onde funcionavam alguns serviços de assistência materno-infantil que eram apresentados como extensões do Instituto Maternal, muitos deles criados nas décadas de 1920 e 1930. Na realidade, a acção coordenada era circunscrita, limitando-se às três grandes cidades e zonas envolventes, deixando a «provincia» sem cobertura ou com serviços fracos e dispersos.

As estatísticas publicadas, embora revelando crescimento gradual nos actos de atendimento, mostram a capacidade limitada de acção do Instituto Maternal, embora com relevo no campo das vacinações e na concessão de alimentos, no que se refere aos cuidados directos à criança, e nas consultas às mães. Mas os partos realizados no domicílio com assistência por agentes públicos, como se estabelecia doutrinalmente, apenas se contabilizavam por 3580, no quinquénio 1946-1950; as visitas domiciliárias limitavam-se a 696, as realizadas por médicos, e a 15581 as realizadas por enfermeiras. E o número de partos realizados nas maternidades para o mesmo período quinquenal era de 28217, na sua totalidade. Uma gota no oceano, tendo em conta a dimensão demográfica: ou seja, os partos assistidos no âmbito do Instituto Maternal (no domicílio e maternidades) representavam para o quinquénio apontado cerca de 32.000 partos, quando o número anual de partos em Portugal, por esta altura, rondava os 200.000/ano!¹⁹¹

Poderíamos ainda referenciar a obra de propaganda educativa de natureza puericultora, com numerosos folhetos relativos aos trabalhos maternos, com títulos do género: *Para que o seu filho cresça com saúde; Alimentação da futura mãe; Cuide de si...pensando no seu filho; A grávida e os trabalhos caseiros*, etc..

Mas os números apresentados significavam que o Instituto Maternal, apesar de lançado com o objectivo de modificar políticas e práticas assistenciais na área

¹⁹¹ Por aqui se pode ver que o excesso de parteiras invocado por Costa-Sacadura ou Fernando da Silva Correia, retirando daí a necessidade de as parteiras fazerem abortos para sobreviverem, era uma

materno-infantil, nunca ganhou uma dinâmica apreciável, apesar da propaganda de que foi objecto na altura do lançamento. Na verdade, o Instituto Maternal apresentava-se como a «forma embrionária de um grande plano de acção, a alargar-se metodicamente e sem precipitações por todo o País»¹⁹². Não obstante a constituição de um corpo clínico e de um corpo especializados, próprios do Instituto, bem como a criação de alguns dispensários, veio a representar um evidente malogro de assistência materno-infantil em Portugal durante o Estado Novo¹⁹³. Incapaz de ampliar de forma satisfatória os seus serviços de assistência, e de coordenar os existentes, com as diversas instituições a pautarem-se pela rotina, quebrado o ímpeto do entusiasmo inicial e dado o carácter restritivo da sua implantação geográfica, o Instituto juntava a estes problemas um outro, que era o da persistência da ligação entre serviços de saúde e assistência social, em que aos poucos se foram desvanecendo os objectivos de investigação e de inovação na qualidade dos serviços.

Para compreendermos a súbita perda de importância do Instituto Maternal, bem como o esquecimento da velha reivindicação de uma maternidade por distrito, importa notar a adopção de uma nova política hospitalar adoptada pela lei nº 2011, de 2 de Abril de 1946. Por esta lei, dividia-se o país em zonas, regiões e sub-regiões. As zonas eram três: norte, centro e sul, com sedes no Porto, Coimbra e Lisboa. Cada capital de distrito correspondia a uma região, podendo um agrupamento de concelhos constituir uma sub-região. Do ponto de vista de assistência, visava-se a implantação de hospitais centrais, regionais e sub-regionais. Ora todos estes tipos de hospitais seriam polivalentes, sendo dotados, entre as diversas valências, de serviços de pediatria e obstetrícia. Este quadro, que naturalmente demorou a sair do papel (muitos hospitais só surgiram já na fase marcelista ou mesmo depois da revolução de 25 de Abril de 1974) constituiu a base para a modernização hospitalar em Portugal, estabelecendo na área materno-infantil o princípio da convergência das parturientes para os hospitais a construir, representando o fim da instalação de novas maternidades autónomas, a favor da criação de enfermarias obstétricas nesses hospitais. Na mesma linha se equacionou a reforma de enfermagem, de forma a criar pessoal qualificado e

representação profundamente exagerada, ainda que fosse um facto a desigual distribuição geográfica a nível nacional.

¹⁹² Um Ano do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. I, nº 1, 1946, p. 119-123.

¹⁹³ VAN ZELLER, Maria Luísa – Assistência Materno-Infantil em Portugal. *Boletim da Assistência Social*, nºs 107-110, 1952, p. 53-101.

suficiente para os novos hospitais centrais e regionais, obrigando o Instituto Maternal a adaptar-se à nova situação.

A Delegação no Porto do Instituto Maternal

O Instituto Maternal foi criado como uma super-estrutura política para dirigir, controlar e dinamizar todas as unidades de assistência clínica na área materno-infantil, para conferir uma unidade de pensamento, segundo os modelos ideológicos do Estado Novo, a uma longa série de estabelecimentos. Mais do que criar, o Instituto Maternal integrou, pois, unidades de saúde, submetendo-as ao «pensamento governativo», nomeadamente no domínio de «socorro e auxílio às classes desprotegidas». Invocando este «ambiente renovador», a direcção do Instituto, ao fim do seu primeiro ano de actividade, comunicava em relatório:

Ao tomar conta do Instituto Maternal, a Direcção teve desde logo em vista reorganizar os serviços administrativos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no sentido de lhes dar maior eficiência e ligá-los por uma acção coordenadora, com margem a poderem ser eficientemente fiscalizados pela Direcção e pelos chefes dos respectivos serviços. Sobre esta base, sem o que não é possível administrar com critério e acerto, se orientou o nosso esforço inicial, podendo já afirmar-se que a máquina administrativa melhorou consideravelmente e bem desejaríamos que viesse a ser modelar¹⁹⁴.

O seu propósito era, pois, controlar politicamente os serviços e nesse pressuposto criou um organigrama que estabelecia delegações, sub-delegações e postos materno-infantis (os dispensários). E, nesse objectivo de coordenação, o Sub-Secretário da Assistência Social emitiu mesmo um despacho em 7 de Fevereiro de 1946, pelo qual não poderia, de futuro, fundar-se «nenhuma outra obra de tipo assistencial materno-infantil sem o parecer favorável do Instituto».

Foi através do Decreto nº 33527 de 12.02.1944 que se concretizou a criação da Delegação do Instituto Maternal no Porto, apresentada como uma medida de desconcentração¹⁹⁵, a qual foi inaugurada em 4 de Junho de 1945. A Delegação do Instituto Maternal, dirigida por Espregueira Mendes, passou a tutelar todos os

¹⁹⁴ Um Ano do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. I, nº1, 1946, p. 119-123.

¹⁹⁵ No ano seguinte, em 20 de Maio de 1946, era inaugurada a Delegação do Instituto Maternal em Coimbra, dirigida pelo Prof. Bissaya Barreto.

serviços que, na cidade do Porto, se dedicavam então à assistência maternal, criados antes por diversas instituições, como a Junta de Província do Douro Litoral, a Câmara Municipal do Porto, a Faculdade de Medicina e outras organizações associativas, nomeadamente o Dispensário dos Pobres, criado no século XIX pela rainha D^a Amélia, procurando dar-lhes uma orientação coordenada.

O núcleo central dessas instituições de assistência materno-infantil era, no entanto, o Instituto de Puericultura, criado em 1932, por acção conjunta da Junta da Província do Douro Litoral e Faculdade de Medicina, quando o conhecido Prof. Almeida Garrett era simultaneamente presidente de uma e director da outra, já com funções de coordenação. Como já vimos, o Instituto de Puericultura agregava cinco Dispensários de Pediatria e de Puericultura, os quais chamavam a si a orientação de cinco postos de lactação municipais, em cujo âmbito, para formar pessoal adequado, o Prof. Almeida Garrett criara, em 1931, na Faculdade de Medicina, o curso de Enfermeiras Visitadoras. Na Delegação do Instituto Maternal, integravam-se ainda o Abrigo dos Pequeninos, um serviço de creche para recolha de 120 crianças durante o tempo de trabalho dos pais, e, naturalmente, a Maternidade Júlio Dinis, que manteve, contudo, «autonomia administrativa e técnica e do ensino de obstetrícia».

Foi com base neste tipo de serviços existentes que o Instituto Maternal organizou a cidade do Porto em seis zonas para efeitos de assistência, (re)criando em cada uma delas um serviço de consulta pré-natal e de ginecologia, várias consultas de pediatria e de puericultura e vários lactários. As zonas foram depois subdivididas em subzonas, multiplicando-se gradualmente os serviços de consultas e lactários. Tendo como objectivos a assistência pré-natal, no parto e na primeira infância (criança até aos sete anos), o Instituto Maternal, incluindo a sua Delegação no Porto, era uma forma de institucionalização do novo paradigma médico: a medicina preventiva.

Assim, o serviço da Delegação do Instituto Maternal no Porto estruturava-se da seguinte forma em termos de serviços prestados:

- serviço social;
- consultas de pediatria, puericultura e lactários;
- consultas pré-natais e de ginecologia;
- serviços de parto ao domicílio;
- abrigos e jardins de infância.

E os serviços instalados eram, então, os seguintes:

- Maternidade Júlio Dinis;
- Dispensários de puericultura pós-natal: Rainha Dona Amélia; Abrigo dos Pequeninos; Magalhães Lemos; Hospício Materno; Higiene Infantil; S. Roque da Lameira; Ramalde; Instituto de Puericultura; Ameal; Matosinhos; S. António das Antas; Aldoar; Maternidade Júlio Dinis; Lordelo do Ouro; Freixo; Foz do Douro; Areosa; Massarelos, Candal e Creche Salazar.

O decreto referido determinava ainda a organização na Maternidade Júlio Dinis do «curso de enfermeiras puericultoras», enquanto «designação nova a adoptar no Instituto para as enfermeiras-parteiras», a que pouco depois se acrescentou o «curso de auxiliar de enfermeira puericultora».

O sentido da função social dos serviços ficou explicitado no discurso oficial de inauguração da Delegação, que segue as orientações superiores já antes expressas, de valorização do papel social e económico da mãe na família, numa perspectiva natalista e tradicionalista. Remetiam-se as mães para o lar e para a sua função maternal de assistir, aleitar e cuidar dos filhos, função considerada insubstituível e uma vocação natural, embora as mães tivessem de ser «educadas» ou «reeducadas», tanto do ponto de vista da higiene como da moral, afastando-as dos novos modelos que começavam a surgir, que passavam pela entrega das crianças em creches durante o dia de trabalho dos pais:

Ao ouvir certas ideias correntes tem-se por vezes a impressão de haver quem pense que os filhos só poderão defender-se contra a família, ou prescindindo dela. Conceito aberrante e contrário à lei da natureza. Pelo contrário a Constituição Política Portuguesa considera a família a fonte primária de conservação e desenvolvimento da raça e é esta a doutrina que informa o Instituto Maternal. A família é a primeira e mais perfeita instituição de assistência aos filhos; os peitos maternos serão sempre o melhor lactário; o lar familiar o melhor jardim de infância; a mãe a melhor das puericultoras... Se esta ignora algumas regras ou desconhece alguns preceitos é preciso ensiná-la. Por isso no relatório do Decreto que instituiu a Delegação do Porto se diz que todas as instituições a criar deverão ser antes de tudo escolas de educação e reeducação das mães. Estas não alimentam os filhos somente com os bicos do peito, mas também com a ternura do olhar. A geração dos filhos começa e termina no coração das mães. O Instituto deve cooperar com a família e não substituí-la por criadeiras socializadas.¹⁹⁶

¹⁹⁶ Delegação do Instituto Maternal no Porto (discurso do Director Geral de Saúde). *Boletim de Assistência Social*, nº 11/Janeiro/1944, p. 469-471.

Um novo paradigma formativo: as enfermeiras puericultoras

Os objectivos fundamentais da criação do Instituto Maternal foram, como já sublinhámos, os de estabelecer a unidade e a centralização da política de assistência maternal, promovendo a coordenação entre os vários serviços, a partir de uma direcção central.

Entre as funções atribuídas ao Instituto Maternal constavam a promoção de serviços de estudo e de investigação e de preparação de novo pessoal médico e de puericultura. O leque de serviços inerentes ao Instituto Maternal alargava-se à difusão de consultas pré-natais e pós-natais nos meios urbanos e rurais, em coordenação com as maternidades, incluindo ainda o controlo de actividades complementares como creches, lactários, abrigos de convalescentes, cantinas maternais e serviços de assistência e propaganda, não esquecendo a cooperação com instituições de carácter particular neste âmbito. Atribuía-se-lhe também uma função de difusão junto da família das noções de higiene e puericultura, no sentido de combater a *deficiência moral*, ou, nos termos da legislação, «colaborar no combate às causas da degenerescência física e às aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação».

Era, explicitamente, o velho problema do neomalthusianismo, ou seja, da difusão das práticas de controlo da natalidade, que os natalistas viam como «campanha da morte» a ameaçar o futuro da sociedade, em face da qual o Instituto Maternal deveria fazer uma «campanha de vida» para assegurar o futuro demográfico da Nação, utilizando como estratégia o designado «ensino para a maternidade»¹⁹⁷. Por isso, o programa de formação dos novos profissionais deveria abranger a inculcação destes princípios natalistas, paralelamente à adopção de medidas proibitivas de produção e venda de antígenésicos, renovando as medidas de interdição que vigoravam desde 1929 (Dec. nº 17636, de 19.11.1929).

Uma das actividades cometidas ao Instituto Maternal foi, pois, a de ministrar formação aos profissionais de saúde que se destinavam, numa primeira fase, aos quadros dos diversos estabelecimentos do Instituto, embora pudessem também ocupar lugares noutros serviços exteriores e independentes, quando lhes fosse reconhecida oficialmente a sua especialidade, com base na formação adquirida. Assim aconteceu

com os médicos, abrindo o Instituto estágios em Lisboa e no Porto para preparar o seu corpo clínico, um «escol de profissionais devotados, que amanhã constituirá uma elite»¹⁹⁸, aberto à frequência de voluntários, acrescido de reuniões periódicas para o debate de problemas da especialidade¹⁹⁹ e da publicação de uma revista especializada – a *Revista Clínica do Instituto Maternal* (que se publicou entre 1946-1967).

Um tipo de preocupações idêntico se revelou na área da enfermagem, nomeadamente no campo das enfermeiras-parteias, cuja formação o Instituto procurava também controlar, recriando a sua formação de acordo com os princípios ideológicos adoptados. Assim, no campo da preparação profissional, foram criados os *cursos estagiários de enfermeiras puericultoras*, paralelamente aos estágios para médicos, na área da saúde materna (ginecologia, obstetrícia e puericultura). E assinalavam-se (relatório preambular do Dec. Nº 32651) as consequências da mudança de paradigma sanitário que a adopção do conceito de puericultura implicava na formação das enfermeiras-parteias:

O maior âmbito da assistência a prestar a nascituros e nascidos justifica a mudança do título vulgar de parteiras. Na verdade, se a assistência à maternidade não pode julgar-se completa nem perfeita com os auxílios prestados no acto do nascimento, também à competência da enfermeira assistente não pode bastar o conhecimento prático dos cuidados que nesse transe importam à mãe e ao filho, mas deve abranger na especialização a assistência a prestar antes, durante e depois do parto.

Temos, assim, os princípios da puericultura a sustentarem o objectivo de ultrapassagem da **parteira**, para dar lugar à **enfermeira puericultora**, pois pretendia-se uma profissional mais abrangente, mais capacitada para uma área alargada de cuidados, de forma a incluir a cobertura de cuidados exigidos pela gravidez, parto, puerpério e primeira infância. Tratava-se de formalizar um área de cuidados que expandia as funções tradicionalmente atribuídas à parteira, embora este alargamento

¹⁹⁷ Instituto Maternal - Da Nomeação e Posse dos Directores de Serviço. *Boletim da Assistência Social*, nº 13, Março de 1944, p. 3-6.

¹⁹⁸ Algumas Palavras sobre o Relatório da Direcção do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol, I, nº 2, 1946, p. 167-170.

¹⁹⁹ O conceito de «especialidade» médica nesta altura corresponde apenas à organização de uma disciplina, de área de saber e de investigação, mas não tinha ganho ainda reconhecimento profissional, pois as especialidades médicas só foram reconhecidas pelo Decreto-Lei nº 38213, de 26.3.1951 (alargadas depois na revisão estatutária da Ordem dos Médicos, pelo Decreto-Lei nº 40651, de 21.6.1956. Sublinhe-se que a Ordem dos Médicos foi reconhecida oficialmente pelo Decreto-Lei nº 29171, de 24.11.1938 como organismo corporativo.

viesses a ser defendido desde a emergência da puericultura, o que exigia alterações formativas. Mas, para além do conhecimento técnico às novas profissionais, impunha-se-lhe outro tipo de exigência, que tinha a ver com opções políticas em termos do debate que já há muito ocorria particularmente no mundo ocidental sobre o dilema natalismo *versus* neomalthusianismo, ou seja, sobre os direitos à planificação familiar, direitos estes que na ideologia do Estado Novo e na sociedade católica eram liminarmente rejeitados, pelo que a nova enfermeira puericultora deveria ser também uma «mensageira da vida».

Assim, para o Instituto Maternal esta valência profissional passou a ser conceptualizada de uma nova forma, designada de *enfermeira-puericultora*, expressão na qual se detecta uma clara preocupação de fazer desaparecer a referência de «parteira», vocábulo que, fruto de representações sociais e da sua adopção pelo discurso médico natalista, parecia arrastar uma conotação negativa para os novos directores do Instituto. Entre estes, pontificava a médica Maria Luísa Van Zeller, nomeada vice-presidente da direcção, paralelamente à sua acção de deputada da União Nacional, ainda hoje conhecida nos meios de enfermagem pela sua aversão àquela denominação. Esta mudança de designação não pretendia ser apenas uma mudança de nome, mas visava operar uma ruptura, produzindo um novo tipo de profissionais, habilitadas por um novo modelo de formação e com uma selecção mais cuidada, pois exigia-se como requisito de habilitação literária o 2º ano do liceu, o que desde logo elevaria o nível social, atendendo aos padrões escolares da altura. Optava-se, assim, por uma descontinuidade, pela introdução de um novo paradigma profissional que devia cobrir uma área de cuidados mais alargada, mas apresentar também um maior nível literário de base, um recrutamento social mais cuidado, formando-se numa nova cultura obstétrica que não visasse apenas os aspectos de conhecimento científico e técnico, mas também um novo quadro de valores profissionais, deontológicos e ideológicos.

O desejado fim da terminologia tradicional da actividade não se pode, contudo, dissociar das representações sociais que envolviam as parteiras. É certo que se pode levantar a questão da precisão terminológica, na medida em que o vocábulo parteira remete para o parto e, alargando-se as funções respectivas, passaria a ser uma designação restritiva. Essa era a explicação oficial acima citada. Mas, na designação de parteira, pesava a conotação da actividade com as práticas ligadas ao aborto, aspecto durante muito tempo também conotado com os médicos, mas de cujo ónus

eles conseguiram libertar-se perante a opinião pública (o papel da institucionalização da Ordem dos Médicos, em 1938, através do seu controlo profissional, terá sido decisivo para passar publicamente a imagem de uma nova ética). Por outro lado, como temos vindo a mostrar, a autonomia relativa das parteiras foi ultrapassada, através de um exercício persistente em torno do seu controlo por parte dos médicos, primeiro formatando os seus cursos, depois integrando-as no universo da enfermagem, e, finalmente, alterando-lhes a designação tradicional, aspecto de particular significado simbólico, pois significaria o fim de um confronto: a parteira acabava e a sua actividade passaria a desenrolar-se num quadro profissional e cultural completamente diferente (pelo menos nas aparências, pois a história veio a mostrar que as enfermeiras-puericultoras, até pelo pequeno volume formado por estas profissionais, acabaram por exercer a sua actividade essencialmente como parteiras nas maternidades ou serviços afins).

Esta teoria, por demasiado conspirativa, não será por si só totalmente verdade, mas restritiva, como todas as teorias. De facto, teremos de descer ao contexto para aprofundarmos mais esta questão, que pretende transformar as parteiras em enfermeiras-puericultoras por via de uma nova cultura que não é exclusivamente médica mas também ideológica. Bastará pensarmos que na França, a pátria da puericultura, a *sage-femme* ainda hoje segue o seu percurso, ou que, na Inglaterra, a *midwife* ainda não precisou de mudar a designação, referindo-nos a países onde as práticas neomalthusianas (nomeadamente o aborto) foram objecto de grandes discussões públicas. Por outro lado, não podemos falar de médicos como uma unidade, o mesmo acontecendo com as parteiras, precisamos de ter um olhar fraccionista e detectar a conflitualidade inter-grupal inerente a todas as formas sociais e de expressão de poder. Ora, como veremos melhor no capítulo seguinte, a Escola do Instituto Maternal destinada a formar enfermeiras puericultoras, apresentado assim novas parteiras que são mais do que isso profissionalmente, confronta-se com a persistência dos cursos de partos nas Faculdades de Medicina, que, dentro do quadro legal, continuavam a formar parteiras. Na realidade, a ocupação das maternidades (pensadas inicialmente para funcionarem em articulação com as universidades) e da absorção de algumas funções universitárias por médicos do Instituto Maternal não foi pacífica, muito menos quando o Instituto, numa atitude algo proselitista, produzia um discurso de qualificação e moralização, que acabava por ter efeitos de desqualificação

sobre os serviços universitários de obstetrícia²⁰⁰. A mudança de designação inseria-se, a nosso ver, também nesta conflitualidade, traduzindo emulação e desejos de superação por parte de alguns protagonistas do Instituto Maternal. Se descermos ao testemunho do vivido que tivemos oportunidade de recolher através de entrevista, percebemos melhor os fenómenos de rivalidade que existiam por exemplo entre as duas maternidades de Coimbra (uma afecta ao Instituto, outra à Faculdade), em que o sussurrado apodo de «abortadeiras» às parteiras de uma das maternidades funcionava como elemento de distinção relativamente à da outra, era um signo de explicitação do novo paradigma profissional. E não foi por acaso que houve discussões ao nível docente das escolas de enfermagem para que se varresse da designação dos cursos de especialização posteriores a esta fase a palavra parteira, pois teve-se em conta a representação social e o preconceito²⁰¹. Por isso, parece-nos que a mudança de designação não decorre de um processo natural, mas revela-se de profundo interesse analítico, como nos lembra Boltanski, quando nos adverte que o nome de uma ocupação não pode ser analisado apenas em função da evolução técnica e da divisão do trabalho mas também na mediação simbólica que subjaz às divisões entre grupos²⁰².

A nova designação de enfermeira puericultora inseria-se, assim, num processo não apenas técnico mas também político e ideológico que se propunha conferir uma formação às novas profissionais, tornando-as discípulas das posições natalistas, aspecto que o relatório²⁰³ expressava numa retórica moralista, ao sabor da época:

Mas de pouco valeria ainda que a enfermeira possuísse toda a técnica, se viesse a faltar-lhe o sentido das responsabilidades como mensageira da vida e defensora da gloriosa dignidade maternal. E, porque este sentido quase inteiramente se perdeu em muitas profissionais, interessa ao futuro da grei empregar urgentemente todos os esforços para a sua recuperação. Tal é o fecundo objectivo dos cursos estagiários de enfermeiras puericultoras que se confiam à direcção do Instituto.

²⁰⁰ A conflitualidade não se explicita nos textos institucionais controlados pelo regime do Estado Novo, mas ao nível dos testemunhos do vivido saltam algumas ironias evidentes da conflitualidade referida. Foi o que aconteceu, por exemplo, quando foi nomeado para director do Instituto Maternal no Porto um ortopedista. A retórica da competência traduzia-se na prática em algumas incongruências de nível técnico e político!

²⁰¹ É, aliás, sintomático que, em caso recente, do julgamento muito mediatizado de uma situação de prático de abortos (o conhecido «caso da Maia»), a imprensa e a opinião pública em geral tenham recuperado a expressão «enfermeira-parteira», repescada no baú das representações conotadas com o aborto, quando essa referência profissional já não existe e, desde 1967, apenas se formam enfermeiras com especialidade de Obstetrícia (designação com pequenas variações).

²⁰² BOLTANSKI, Luc – *Les Cadres. La Formation d'un Groupe Social*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1982, p. 47-59.

²⁰³ Assistência à Maternidade e Primeira Infância – Relatório do Decreto-lei nº 32651. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, Março de 1943, p. 5-7.

Decretavam-se, desde logo, duas escolas, em Lisboa e outra no Porto, para enfermeiras puericultoras, enquanto «designação nova a adoptar no Instituto para as enfermeiras-parteias», com curso trienal, para preparação de «uma legião de mulheres dedicadas e beneméritas, educadas no culto da profissão», que deveria ser encarada como «uma espécie de sacerdócio com espírito de abnegação e sacrifício»²⁰⁴. Para isso a estrutura curricular do curso deveria incluir estudos relativos à enfermagem geral, puericultura e partos, noções de higiene social e técnica de serviço social, procurando preparar as novas enfermeiras para a assistência especializada a mães e à criança, antes, durante e depois do parto, tanto no meio hospitalar como no domicílio.

No que respeitava à formação de profissionais, sublinhe-se que o Instituto Maternal tinha recebido, a partir do Decreto instituidor, a incumbência apenas de organizar estágios para enfermeiras, no sentido de as preparar no domínio da puericultura, isto é, previa-se que fornecesse uma forma de especialização a enfermeiras já diplomadas, tal como acontecia no modelo das enfermeiras-parteias. Mas no âmbito do seu poder de iniciativa, o Instituto formulava uma proposta no sentido de seguir uma prática que se tornou regra na altura: cada instituição especializada formava as suas próprias enfermeiras, ou seja, assegurava as necessidades próprias de pessoal, não formando muitos alunos para além da sua capacidade de empregador. Na verdade, a formação escolar de técnicos de enfermagem não estava integrada no sistema educativo nacional: as escolas públicas de enfermagem estavam adstritas aos Hospitais Civis de Lisboa e da Universidade de Coimbra, debaixo da tutela da Direcção Geral da Assistência, então no Ministério do Interior. Depois, o Instituto Português de Oncologia criou a sua própria Escola Técnica de Enfermeiras, com a colaboração da Fundação Rockefeller, norte-americana, para a formação de técnicas naquela área (Dec. 30447 de 17 de Maio de 1940). Na área de psiquiatria, os Hospitais Júlio de Matos e Sobral Cid formavam também os seus especialistas de enfermagem psiquiátrica. Na mesma linha, as maternidades Alfredo da Costa e Júlio Dinis já se encarregavam da área materno-infantil, por deslocação das escolas de parteiras antes anexas aos hospitais escolares: submetidas a uma nova tutela administrativa, competia-lhes agora seguir as novas directrizes.

²⁰⁴ Notícias e Informações. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, I, 1946, p. 167-171.

No que se refere ao recrutamento deste pessoal de enfermagem para o Instituto Maternal, o «Regulamento provisório para admissão de pessoal técnico» era esclarecedor: devia reduzir-se ao mínimo absoluto, porque os serviços poderiam contar com «a existência de estagiárias e alunas às quais poderá ser distribuído trabalho que, servindo para o ensino, seja de utilidade para o movimento da instituição»²⁰⁵.

Encontramos aqui, através da ocupação das alunas estagiárias, uma solução usual em hospitais norte-americanos e europeus, que associava o efeito económico da medida à disponibilização de um espaço de aprendizagem para a produção de saberes de acção, de forma a desenvolver actividades que conduzissem a uma crescente integração no universo de trabalho. Ao nível do discurso oficial e perante a realidade profissional existente, procurava-se um «profissionalismo novo» para a assistência maternal²⁰⁶. Por isso, as enfermeiras (antigas parteiras) que já estivessem no activo nas maternidades teriam de fazer um estágio de aperfeiçoamento de três meses, com prova final teórica e prática de enfermagem geral e de higiene pré e pós-natal, isto é, tinham de operar uma reconversão em puericultura, mas a estratégia passava pelas novas profissionais.

Sublinhe-se ainda que o Instituto Maternal também devia seguir a regra geral criada para o Estado para a admissão de enfermeiras, nomeadamente a exigência de celibato, conforme o Decreto nº 31913, de 12.3.1942, que impusera como condição indispensável que as candidatas à enfermagem nos vários serviços assistenciais do Estado fossem solteiras ou viúvas sem filhos²⁰⁷.

Entretanto, as tabelas oficiais para admissão de pessoal para os quadros das organizações do Instituto Maternal eram as seguintes:

- Obstetrícia: 1 enfermeira /5 camas;
- Ginecologia: 1 enfermeira/ cada seis doentes até uma lotação de 50 camas (reduzida de 1/8 quando a lotação fosse superior a 50);
- Puericultura: as necessárias (sem ponderação oficial, embora na introdução do regulamento se fale de 2 enfermeiras e 7 auxiliares).

²⁰⁵ Instituto Maternal – Regulamento Provisório para Admissão do seu Pessoal Técnico. *Boletim da Assistência Social*, 2º ano, nº 14, Abril de 1944, p. 77.

²⁰⁶ Leis, Decretos, Portarias e Outros Diplomas que Interessam à Saúde e Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, 2º ano, nº 14, Abril de 1944.

Mas, só mais tarde, pelo Decreto nº 12651 de 27.11.1948, se constituiu o quadro definitivo do pessoal (d direcção, chefias, delegações e maternidades) do Instituto Maternal.

O quadro de pessoal do Instituto Maternal foi alvo de sucessivos reajustamentos, correspondendo à instalação de uma instituição em crescimento. Se esta questão do quadro de pessoal é perfeitamente secundária para este tipo de estudo, já um pormenor desse quadro deve merecer a atenção: trata-se da classificação profissional/dotação dos quadros de enfermagem previstos para as maternidades afectas ao Instituto Maternal e da sua evolução. Vejamos a fórmula classificatória (Quadro XII), a partir do caso da Maternidade Júlio Dinis, salientando-se que, exceptuando a fixação do número de profissionais, corresponde ao verificado nas duas outras maternidades - Alfredo da Costa, em Lisboa, e na de Coimbra (Maternidade Bissaya Barreto a partir do Decreto-lei nº 40829 de 27.10.1956).

Quadro XII : Evolução das categorias no Quadro de Pessoal de Enfermagem da Maternidade Júlio Dinis, do Instituto Maternal, em diversos anos

Nºs	Ano de 1948 (a)	Nºs	Ano de 1949 (b)	Nºs	Ano de 1956 (c)
1	Fiscal	1	Fiscal	1	Enfermeira puericultora geral
1	Enfermeira chefe	1	Enfermeira puericultora-chefe	1	Enfermeira puericultora chefe
2	Enfermeira subchefe	2	Enfermeira puericultora subchefe	3	Enfermeira puericultora subchefe
4	Enfermeiras de 1ª classe	4	Enfermeira puericultora de 1ª classe	4	Enfermeira parteira puericultora de 1ª classe
8	Enfermeiras de 2ª classe	6	Enfermeira puericultora de 2ª Classe	16	Enfermeira parteira puericultora de 2ª classe
12	Auxiliares de Enfermagem	10	Auxiliares de Enfermagem	12	Auxiliares de Enfermagem

a) Portaria 12651 de 27.11.1948; b) Portaria 12861 de 20.6.1949; c) Portaria 15830 de 20.4.1956.

Como se pode observar, o quadro parte da designação geral de enfermeira, para adoptar depois o de enfermeira-puericultora e, finalmente, recuperar a designação de parteira, ainda que na expressão de «enfermeira parteira puericultora», o que nos

²⁰⁷ Isto para além do cumprimento da Lei nº 1901, de 21.5.1935, sobre associações secretas, que impunha a cada servidor do Estado a declaração, sob compromisso de honra, de não pertencer a associações ou institutos secretas ou ilegais.

revela as hesitações e eventuais divisões neste domínio, o peso do simbólico a intrometer-se perante as novas decisões de nomenclatura que se tentava ajustar à dimensão técnico-científica da ocupação no processo de divisão do trabalho.

Como nos lembra Michel Foucault, a *palavra* também faz a *coisa*, ou seja, a expressão verbal produz por ela mesma uma objectivação da realidade que depois se torna difícil ignorar ou ultrapassar, na medida em que a palavra agrega um campo de representações que ganha lugar próprio em cada cultura, na sua linguagem e percepções. E aí temos a designação de parteira, arredada numa fase inicial da categorização profissional, por efeitos de reinvenção profissional, a reaparecer depois por forma a dar conteúdo à expressão usada, enquanto a nova palavra «puericultora», que se tornou uma palavra-chave nestes anos no vocabulário da elite da saúde materno-infantil, acabaria por perder importância e diluir-se transversalmente em várias especialidades médica (pediatria, obstetrícia, saúde pública), bem como noutras áreas profissionais (enfermagem, serviço, social, ensino primário e secundário).

CAPÍTULO VI

ESCOLAS DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO MATERNAL E SABERES OBSTÉTRICOS

As maternidades portuguesas surgiram com íntima ligação às universidades e com funções de assistência social às classes pobres. À medida que se constituíram, receberam nas suas instalações os «cursos de parteiras», sempre supervisionados pelo catedrático de obstetrícia de cada Faculdade de Medicina, configurando-se como o espaço apropriado para o ensino obstétrico, tanto para parteiras como para médicos, substituindo nessas funções as enfermarias respectivas dos tradicionais hospitais escolares.

Com a sua integração no Instituto Maternal, as maternidades, na sua função escolar, foram destinadas a albergar as suas novas escolas para parteiras-puericultoras, embora continuassem a servir de palco ao ensino universitário de obstetrícia, incluindo os antigos cursos de parteiras que não foram, no imediato, dissolvidos. A separação da funcionalidade das maternidades seguiu mesmo um esquema dual nas localidades onde havia duas instituições deste tipo:

- a) em Lisboa, a Maternidade Magalhães Coutinho e a Maternidade de Santa Bárbara (Enfermaria do Hospital S. José) continuaram afectas à Faculdade de Medicina para nelas promover o ensino clínico de obstetrícia, enquanto na Maternidade Dr. Alfredo da Costa eram instaladas as secções centrais do Instituto Maternal e os diversos serviços previstos;
- b) em Coimbra, a Maternidade Daniel de Matos continuaria afecta à Faculdade de Medicina, enquanto a nova Maternidade de Coimbra (ainda em construção, o que explica a abertura mais tardia da delegação), depois designada de Maternidade Byssaia Barreto, seria disponibilizada para o Instituto.
- c) no Porto, como só havia a Maternidade Júlio Dinis, teve de se encontrar uma solução de coabitação, integrando-a para todos os efeitos no Instituto Maternal, mas garantindo à Faculdade o ensino de obstetrícia dirigido pelo catedrático de Obstetrícia²⁰⁸.

²⁰⁸ Decreto 33527, de 12.2.1944, que constitui a Delegação do Instituto Maternal, no Porto.

Aliás, ficou previsto que se procedesse a um internamento selectivo, sendo dadas indicações, no decreto que cria o Instituto Maternal, para que fosse tida em conta a distribuição «das grávidas, das parturientes infectadas, das abortantes e abortadas» (na prática, estas últimas deveriam ir para as maternidades afectas às Faculdades, ou para o Hospital de Santo António, no caso do Porto, pois os serviços affectos ao Instituto Maternal não deveriam receber as situações de casos procedentes de situações problemáticas). A um argumento de ensino e de saúde, colava-se uma acção de filtragem social, no ensino de evitar misturas de pessoas com diferente condição moral e situação patológica, como forma de ultrapassar (e aceitar) um fantasma que estava muito interiorizado nas elites contra a hospitalização do parto, como vimos em capítulo anterior, que era a da mistura de classes. Esta situação ajuda a explicar a colagem de representações difusas de aborto a determinadas instituições.

Entretanto, em 1945, o Sub-Secretário de Estado da Assistência Social, aprovava, internamente, o projecto de *Curso de Enfermeiras Puericultoras*, a criar e a manter pelo Instituto Maternal, uma proposta inovadora face ao encargo que lhe fora cometido pelo decreto fundacional que só previa o aperfeiçoamento de enfermeiras já diplomadas (Decreto nº 32651). Esse curso destinava-se a «preparar profissionais de enfermagem para assistência especializada à mãe e à criança, antes, durante e depois do parto»²⁰⁹.

O Curso constaria de estudos de «enfermagem geral, puericultura e partos, completados com noções de higiene social, técnica de serviço social, moral e profissional e outras consideradas necessárias», através de aulas teóricas, práticas, estágios, visitas e sessões culturais. Teria a duração de três anos, conferindo o título de enfermeira-puericultora, o que, dizia-se, permitiria «exercer, além das funções de enfermagem geral, as de parteira em qualquer estabelecimento de assistência, ou particularmente».

Funcionando em regime de internato, haveria uma monitora para superintender, que teria ali residência obrigatória. O Curso abriria com um número de alunas «condicionado, em cada ano, pelas necessidades dos serviços». As condições de ingresso previstas eram exigentes:

- Ser solteira, com idade entre os 18 e os 25 anos;

²⁰⁹ Instituto Maternal. *Boletim da Assistência Social*, 35/36, Janeiro/Fevereiro de 1946, p. 436-439.

- Além de boas condições físicas, era preciso bom comportamento moral, «comprovado por três pessoas idóneas que não pertençam à respectiva família», através de atestado;
- Possuir o 2º ciclo dos Liceus (5º ano) ou equivalente, ou apenas o 1º ciclo (2º ano), mas neste caso seria submetida a exame de aptidão.

A Direcção do Instituto Maternal reservava-se o direito de colher informações (de tipo moral e/ou político?) sobre as candidatas para decidir a sua admissão e submetê-las, se entendesse conveniente, ao Instituto de Orientação Profissional. A organização de estudos seguia depois o modelo escolar do ensino secundário, com frequências, exames finais, provas de recursos, obrigação de uniforme. O último artigo do Regulamento, estabelecia uma excepção nas exigências de habilitações literárias para o primeiro ano de funcionamento, pois permitia-se a matrícula às candidatas que «embora não possuindo o 1º ciclo dos Liceus, já se tivessem inscrito para o curso sumário a realizar no Instituto Maternal, ou que possuam o curso de partos ou de enfermagem de qualquer das escolas oficiais do país e bem assim às diplomadas por qualquer curso de carácter social». Era uma tentativa para promover uma reconversão a quem já circulasse nos serviços de saúde e, eventualmente, para garantir condições de funcionamento, procurando evitar falta de alunos.

O Regulamento incluía ainda algumas informações anexas, tais como propinas, planos de estudos e modelos de requerimentos e declarações. Uma das recomendações do plano de estudos indicava que o ensino teórico deveria ocupar: no 1º ano, dois terços dos tempos lectivos; no 2º ano, metade; no 3º ano, apenas um terço, graduando desta forma a relação teoria-prática.

As despesas do curso corresponderiam a um custo total elevado: propinas ascendentes nos três anos – 200\$00, 250\$00, 300\$00; caução inicial de 100\$00, para assegurar qualquer indemnização; mensalidade de 450\$00 para alojamento e alimentação no internato. Considerando 12 mensalidades, teríamos 5400\$00, no 1º ano, acrescentando mais 50\$00 em cada ano seguinte (verba a que podemos atribuir um valor actual de 336 contos anuais/ano, corrigido da desvalorização da moeda²¹⁰, ou seja, o curso, no somatório dos três anos, ficaria a rondar um valor ligeiramente superior a um milhar de contos, em termos actuais). Se pensarmos que o salário de um operário ou de trabalhador rural rondava, na época, os 10\$00/dia, vemos que o seu

salário anual, por inteiro, não chegaria para pagar o custo anual de um ano de formação. O objectivo de selecção social salta à vista, nas finalidades do curso: assim se compreendem melhor alguns discursos promotores da enfermagem quando falavam na necessidade de formar um «escol», isto é, de atrair para a profissão de enfermagem estratos sociais médios ou altos. A exclusão das candidatas originárias de meios pobres estaria, porém, teoricamente salvaguardada, pois garantia-se que «as alunas que por si, ou por quem nos termos da lei civil deva prestar-lhes alimentos, não possam satisfazer totalmente os encargos normais do curso, deverão declará-lo no acto da inscrição a fim de se proceder a inquérito e estabelecer a compensação que, nesses encargos, lhes deverá caber». Seriam objecto do habitual inquérito da Assistência Social.

Uma análise formal ao texto do despacho do Sub-Secretário de Estado que aprovou o Regulamento do Curso de Enfermeiras Puericultoras revela que era datado de 22 de Fevereiro de 1945 e destinava apenas o Regulamento para publicação no *Boletim da Assistência Social*. Entretanto, o termo da Direcção Geral de Assistência, a dizer «está conforme», era de 23 de Fevereiro de 1946. Assim, o Regulamento esperou ainda um ano para ser publicado apenas naquele Boletim, que não tinha valor jurídico, não tendo sido sequer recebido despacho para sair no *Diário do Governo*, aspecto necessário para lhe conferir valor legal. Este pormenor levantava uma questão fundamental, a de o curso não ser, de momento, oficial, isto é, de funcionar apenas para o interior do Instituto e, eventualmente, não garantir a prioridade dos seus habilitados para efeitos de concurso público, pormenor que se tornou muito discutido nos meios de enfermagem (segundo relatos de antigas profissionais). Qual a razão deste incidente? Esta situação era tanto mais relevante quanto estavam em desenvolvimento estudos para realizar uma nova reforma do ensino de enfermagem, com objectivos de normalização do sector (ver capítulo seguinte), pelo que a explicação poderá residir no facto de não se justificar a criação de um modelo alternativo, numa altura de mais amplas decisões. Veja-se, como o médico Luís Adão, que presidia à reforma de enfermagem, considerava, em 1945, que os cursos de aperfeiçoamento, nomeadamente, os de parteiras puericultoras, só deviam ser

²¹⁰ A tabela de correcção da desvalorização da moeda indica um coeficiente de 62,28 para os valores relativos ao período 1946-1950 (Portaria 2040/2001 – *Diário da República*. 28.8.2001, p.5532).

ministrados depois de obtido o curso geral²¹¹, doutra forma criavam-se diversos tipos de enfermeiras. Além disso, um dos pontos mais importantes dessa reforma do ensino de enfermagem então em curso, depois publicada em 1947, era precisamente o de estipular que os cursos de enfermagem tinham de decorrer em escolas de enfermagem, que poderiam ser públicas ou privadas, mas era exigida a formalização da escola, numa altura em que muitos hospitais se limitavam a ministrar cursos em situações improvisadas. Essas escolas teriam de ser aprovadas pelo Estado, bem como os respectivos planos de estudo. Assim, não fazia sentido que um organismo do Estado, nas vésperas de sair uma reforma que vinha sendo discutida abertamente há alguns anos, avançasse com mais um curso sem escola, era um exemplo a ultrapassar. Este argumento formal, que pode ter sido decisivo, ajuda também a compreender a não abertura do curso, tal como se previra para 1945.

Por isso, no relatório anual, datado de 1946, reconhecia-se que houvera dificuldades de implementação, mas atribuíam-se a razões logísticas as causas da não abertura:

Procurou-se, de começo, organizar um curso de enfermeiras-puericultoras - designação nova a adoptar no Instituto para as enfermeiras-parteiras, como centro de preparação, em regime de internato, de pessoal devidamente habilitado. Apesar de todos os esforços, não foi possível no corrente ano lectivo iniciar-se o referido curso, tendo de proceder-se a obras de adaptação, que já se encontram concluídas e de molde a poder funcionar no próximo ano com os requisitos necessários. Para tanto foi elaborado o respectivo regulamento. Foi também estabelecido que os professores deste curso e de um outro criado em idênticas condições na Delegação do Porto, se constituísse com elementos a designar dentre o seu corpo clínico²¹².

Isto revela que, por mais vontade que a Direcção do Instituto Maternal tivesse na implementação do curso, esta modalidade não era pacífica. Este atraso de funcionamento verificava-se tanto na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, como na Maternidade de Júlio Dinis, lugares onde inicialmente apenas se realizaram estágios de reciclagem em puericultura para as enfermeiras já em exercício. A decisão para que o recrutamento do corpo docente se resolvesse no âmbito do quadro do Instituto Maternal parece revelar também o afastamento docente (provocado ou voluntário?) da equipas universitárias de obstetrícia. Dispensava-se, em qualquer caso, o contributo

²¹¹ ADÃO, Luís – *Relatório da Viagem a Espanha para Estudo das Escolas de Enfermagem desse país*. Lisboa: 1945

dos professores das faculdades de medicina na formação das novas «parteiras», enquanto tal (pois alguns colaboraram, por exemplo, Bissaya Barreto, em Coimbra, cujo escola passou a funcionar mais tardiamente, só em 1955), o que parece elucidativo de um certo fechamento e selectividade ideológica que o Instituto Maternal promovia na admissão de especialistas e na formação dos seus profissionais, apesar de se apresentar inicialmente como centro de investigação obstétrica. Esta situação parece-nos uma expressão da conflitualidade a que já nos referimos no capítulo anterior (não podemos esquecer a prática totalitária do regime político em vigor, na altura!)²¹³.

A persistência dos cursos de partos nas Faculdades de Medicina

Enquanto o Instituto Maternal procurava resolver os problemas de implementação do seu novo curso, tanto no Porto como em Coimbra continuavam, talvez por inércia ou por desconfiança no modelo do Instituto Maternal (ou seria resistência?), a processar-se paralelamente os antigos cursos de enfermeiras-parteiras no âmbito das Faculdades de Medicina, para candidatas que, sendo enfermeiras, podiam ter apenas o exame de instrução primária como habilitação literária.

No entanto, embora de forma não directamente explicitada, era objectivo dos mentores e directores do Instituto Maternal que os cursos de enfermeiras-puericulturas superassem as necessidades dos serviços do Instituto e se implantassem no terreno da puericultura por todo o país, substituindo as já tradicionais enfermeiras-parteiras habilitadas pelos cursos de partos adstritos às universidades.

Essa expectativa tornou-se mais explícita à medida que a situação do Instituto evoluiu favoravelmente. Em 1952, a médica, deputada e vice-presidente do Instituto Maternal, Maria Luísa Van Zeller, reclamava a extinção daqueles cursos de partos, tendo em conta os ministrados pelo Instituto Maternal²¹⁴:

²¹² Um Ano do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, I, 1946, p.119-123.

²¹³ A polémica entre o Instituto e as Universidades terá ficado mais acesa com a abertura de lugares para o quadro, entrando médicos novos, que vieram a ocupar lugares que normalmente eram preenchidos por escolha universitária, tendo havido dispensas de outros.

²¹⁴ VAN ZELLER, Maria Luísa – Assistência Materno-Infantil em Portugal. *Boletim da Assistência Social*, nºs 107-110, 1952, p. 53-101. Veja-se como a autora fala com algum cuidado dos cursos do Instituto Maternal, falando ainda no futuro, quando já havia pela menos uma edição do curso já realizado.

Ao tempo em que o Instituto Maternal selecciona e forma pessoal de enfermagem, especializado em assistência materno-infantil, que virá a ter uma preparação técnica que demanda, pelo menos, 3 a 4 anos de estudo aturado (sendo 1 em regime de internato) e precedido, pelo menos, de habilitações literárias equivalentes ao 1º ciclo dos liceus, no Porto e em Coimbra ainda se mantêm os antigos cursos de parteiras, a cuja frequência, e sem qualquer selecção prévia, são admitidas alunas apenas com o exame de instrução primária! Tais cursos deverão ser extintos, pois não constituem habilitação de nível suficiente para a missão que, nos nossos dias, compete àquelas que, nas horas mais graves da vida de uma mulher, terão que as aconselhar, amparar e assistir!

A posição contra o modelo de formação veiculado pelas Faculdades de Medicina era já inegável, ganhara a forma de registo impresso, por parte desta responsável pelo Instituto Maternal, embora nunca estivesse prevista na legislação, facto que deixou crescer a ambiguidade. Mas a verdade é que a extinção de tais cursos só ocorreu mais tarde, primeiro no Porto e, depois em Coimbra²¹⁵, este já durante a década de 60, no âmbito da reforma das especialidades em enfermagem.

A explicação desta sobreposição não é simples. O curso de parteiras das faculdades tinha o seu percurso delineado há muito, gozava de um prestígio relativo no meio sanitário (ainda que com graves acusações vindas de sectores natalistas), tinha tradição no meio popular (era gratuito, o que explicava a adesão de alunas originárias de meios pobres), tinha o patrocínio de verdadeiras escolas universitárias e de obstetras com renome (que eventualmente subscreveriam a necessidade de maior formação na componente científica e deontológica), desenvolvia-se para as profissionais de enfermagem que, tendo já algum tirocínio hospitalar, pretendiam seguir apenas o ramo obstétrico. Além disso, a prática maciça do parto no domicílio, sem assistência sanitária pública, era um facto (apesar dos discursos que apontavam no sentido oposto), pelo que havia mercado de trabalho para estas profissionais, ainda que, como em todos os ramos profissionais, pudessem surgir situações marginais, neste caso concreto práticas ilegais de aborto. Para o bem ou para o mal, conforme os pontos de vista, o curso tinha a sua posição assegurada no mercado. Por sua vez os cursos de enfermeira-puericultura surgiam de novo, eram mais exigentes ao nível de pré-requisitos académicos (2º ano do liceu, contra a 4º classe pedida por aquele), mais

²¹⁵ Para todos os efeitos estes cursos remontavam a 1836, embora revistos. Daí que a Universidade de Coimbra ainda passasse os diplomas com referência ao «Curso Bienal de Arte de Obstetrícia» que habilitava a «exercer a Arte de Parteira», conforme se pode ler exemplar que temos à vista, datado de 1958. *Documentação particular.*

demorados (3 anos), mais exigentes, mas apresentavam-se apenas como cursos de enfermagem, camuflando a valência de parteira, e, sobretudo, eram muito caros e, por isso, um pouco utópicos, porque se destinavam a uma elite social que não se revia na enfermagem (essa ocupação de «criadas de servir», como nos dizia uma entrevistada e antiga aluna, recordando a tentativa dissuasora da mãe). O eventual não reconhecimento oficial foi outro pormenor simbólico, importante em termos de mercado: em Coimbra, o curso do Instituto Maternal esteve vários anos sem funcionar por falta de candidatas e/ou falta de interesse dos seus responsáveis, só se iniciando em 1955, enquanto o curso da Faculdade ia formando enfermeira-parteias, o que terá acontecido até à reorganização de enfermagem que, na década de 1960, deu um novo enquadramento às especializações, mas derivando daí dois cursos em simultâneo na cidade de Coimbra.

Mas, mais do que efeito de um movimento de procura, a persistência dos já tradicionais cursos de parteiras parece evidenciar uma atitude de afirmação por parte da oferta, isto é, das Faculdades de Medicina, em relação conflitual com o Instituto Maternal pelas razões já apontadas em capítulo anterior, derivada da crítica implícita (às vezes, explícita) nos cursos do Instituto. Além disso, as Faculdades tinham uma relação tensa, derivada do uso partilhado das maternidades para efeitos de ensino clínico, espaços que tinham promovido, que utilizavam e administravam desde a sua fundação mas de que se sentiam agora praticamente despojadas (a administração passara para o Instituto Maternal, mesmo quando a maternidade era utilizada pela Faculdade).

No caso do Porto, a Maternidade Júlio Dinis, que arrancara com uma campanha cívica da cidade, tinha sido concebida e institucionalizada no âmbito da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, para desviar a clínica obstétrica do Hospital de Santo António, por alegada falta de condições. Simultaneamente, pretendia-se fazer dela um espaço público de investigação e ensino na área da saúde materna, tanto para clínicos como para parteiras, na linha de separação aconselhada pela medicina da altura. O director clínico da Maternidade era, por inerência, o catedrático de obstetrícia da Faculdade, que adaptava o seu ensino às valências existentes, tanto as de serviço externo, como as de internamento (58 camas de obstetrícia e 25 de ginecologia).

O que aconteceu depois com a integração da Maternidade no Instituto Maternal? Aquele que era uma espaço adstrito à universidade passou a ter de ser negociado com

a direcção do Instituto, estando as traves mestras dessa colaboração inscritas oficialmente na Portaria nº 10849 de 23.01.1945, que procurava precisamente regular as funções docentes exercidas pela Faculdade de Medicina na Maternidade Júlio Dinis, para o ensino de obstetrícia e ginecologia (bem como no Instituto de Puericultura, para pediatria e puericultura). As aulas decorreriam no anfiteatro da Maternidade, até que se concretizasse a construção e abertura do «hospital escolar», previsto desde 1935, ou seja, o prometido Hospital que se veio a chamar «S. João» (só inaugurado afinal em 24.06.1959), pelo qual a Faculdade de Medicina lutava há muitos anos, como forma de superar os problemas frequentes desta Faculdade com a mesa da Santa Casa da Misericórdia, proprietária do Hospital de Santo António. Mas as internadas seriam distribuídas, conforme as necessidades de ensino, pelas salas atribuídas à Faculdade ou para as salas privativas do Instituto; o anfiteatro servia para as prelecções tanto da Faculdade ou do Instituto, com horários marcados de forma a não haver incompatibilidade, ou seja, era negociado previamente; o mesmo tipo de partilha ocorreria no Instituto de Puericultura. A Faculdade de Medicina deixava de controlar a instituição pela qual se batera e mobilizara.

Na realidade, o «curso de parteiras» era já uma extensão residual na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Se consultarmos o *Anuário da Universidade do Porto*, que só se publicou a partir de 1946, verificamos que no 1º volume nem sequer surge referência a qualquer curso de parteiras. Tal já não acontece no 2º volume referente ao ano de 1947/48, o qual nos informa apenas de que, na Faculdade de Medicina, para além do curso de Medicina, se ministra ainda o *Curso de Parteiras*, bem como o *Curso de Enfermeiras Visitadoras de Higiene* (coincidência cronológica da publicitação com o anúncio da abertura dos cursos do Instituto Maternal). Tudo se tornava mais claro ainda no 3º volume, relativo ao ano lectivo 1948/49, onde constam a referência a esses cursos, disciplinas e professores. A emulação parece-nos evidente, o conflito fazia sublinhar o serviço público da Faculdade na área obstétrica e de higiene. Parece-nos que as Faculdades de Medicina não gostaram de ser ignoradas ou ultrapassadas nesta questão da reforma do ensino das parteiras e da feição extra-universitária que ela tomou.

Apesar das limitações informativas, a oportunidade permite-nos registar alguns dados curriculares, que nos revelam a focalização em saberes teóricos, não só exclusivamente técnicos e direccionados para a área de execução, mas ainda as

temáticas de Puericultura e de Enfermagem, a cujo elenco disciplinar se devia acrescentar o estágio nas enfermarias, em exercício prático junto das parturientes.

Curso de Parteiras:

Professor extraordinário – Dr. Alberto Saavedra: *Noções de Anatomia e Fisiologia Humanas – Eutocia; Assistência Obstétrica – Distocia.*

Professor Extraordinário, Dr. Francisco Manuel da Fonseca e Castro – *Puericultura e Eugénica Geral;*

1º Assistente Dr. Eduardo Esteves Pinto – *Princípios de Enfermagem Geral*

Como curiosidade, dado existirem sobreposições disciplinares com o curso anterior, anote-se a informação relativa ao *Curso de Enfermeiras Visitadoras de Higiene:*

Professor Extraordinário, Dr. Francisco Manuel da Fonseca e Castro – *Puericultura e Eugénica Geral*

1º Assistente Dr. Eduardo Esteves Pinto – *Princípios de Enfermagem Geral*

1º Assistente Dr. Júlio Machado de Sousa Vaz – *Higiene Doméstica e Profilaxia das Doenças Contagiosas*²¹⁶.

Por trás da legislação que cria e/ou substitui cursos parece haver, na verdade, uma realidade mais complexa, que pode fazer com que as novas normas sejam virtuais, verificando-se demoras de execução que tanto se podem explicar por rotinas burocráticas ou por problemas de resistência, através do prolongamento dos modelos antigos. Contudo, o curso de parteiras continuava a ser um curso menor na faculdade, não obstante o mérito profissional dos médicos que o ministravam, incluindo a disciplina de enfermagem. Tudo parece ter-se passado como em algumas universidades espanholas, visitadas pelo director da Escola Artur Ravara, Luís Adão, em 1945, numa viagem de estudo, as quais tinham escolas anexas de enfermagem e de parteiras. Segundo ele as Universidades ministravam um ensino inferior ao das diversas escolas de enfermagem alternativas existentes então em Espanha, tendo os responsáveis espanhóis confidenciado ao visitante de que «nada interessava às Faculdades senão o ensino da Medicina e que as escolas de enfermagem e de parteiras

as tomavam como excrescências a repelir na primeira oportunidade»²¹⁷. Mas não de qualquer maneira, diriam as Faculdades portuguesas em referência.

Aliás, se recorrermos a uma brochura mais recente de homenagem ao Dr. Alberto Saavedra, vemos que o serviço que lhe fora distribuído no curso de parteiras da Maternidade Júlio Dinis correspondia a uma espécie de ostracismo, dado ser um adversário confesso do regime político salazarista²¹⁸. Não desmerecendo da probidade científica e moral do especialista, publicamente reconhecida, podemos no entanto avaliar o pouco crédito que o curso de parteiras merecia à Faculdade, de resto perceptível já na invisibilidade acima referida, na listagem das actividades da Faculdade de Medicina inserta na primeira edição do *Anuário da Universidade do Porto*, apesar de, aparentemente, não ter havido interrupção na sua leccionação.

Mas a pouca atenção que as faculdades de medicina pareciam conceder aos cursos de parteiras, bem como a fixação numa estrutura curricular muito apertada, num ensino muito tradicionalista e o desleixo no controlo da formação prática, esquecendo os estágios, eram os argumentos recorrentes para que o Instituto Maternal pretendesse assumir o controlo no domínio da formação da área, de forma a moldar a alma das novas parteiras, inculcando-lhes os valores então em voga relativos à família, à maternidade e à natalidade. A canalização selectiva das parturientes para as maternidades, remetendo para os serviços universitários essencialmente os partos complicados, conjugado com o afastamento dos professores da Faculdade das maternidades com mais movimento de partos naturais, retirava a possibilidade de manter por muito mais tempo o modelo tradicional do curso de parteiras. Recordemos que este curso era uma obrigação pública das Universidades que vinha desde 1836 (quando as de Lisboa e Porto ainda eram Escolas Médico-Cirúrgicas), de frequência gratuita, implementado com o objectivo de criar e disciplinar novas parteiras que substituíssem as «curiosas» e «empíricas», disseminando a cultura médica e controlando a sanidade pública.

²¹⁶ *Anuário da Universidade do Porto*, anos 1946 a 1949 (existe um *Anuário da Faculdade de Medicina*, mas só cobre o período 1911-1927).

²¹⁷ ADÃO, Luís – *Relatório da Viagem a Espanha para Estudo das Escolas de Enfermagem desse País*. Lisboa: 1945, p. 8.

²¹⁸ Alberto Saavedra. *No Centenário do seu Nascimento: 1895-1995*. Porto: Sociedade Divulgadora da Casa- Museu Abel Salazar, 1995.

As Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal

O facto de o curso de enfermeiras puericultoras não ter funcionado no ano inicialmente previsto (1945-1946) não inviabilizou o projecto de formação de enfermeiras-puericuloras, que se baseava num pressuposto assente do Instituto Maternal e do pensamento dos seus dirigentes.

Neste contexto de preocupação formativa do seu pessoal, em que a enfermagem era ainda encarada sob a perspectiva de missão, a direcção do Instituto Maternal insistia, em 1946, na criação das escolas próprias e na relevância que o curso, já em funcionamento, viria a ter:

Pouco seria formar um escol de médicos especializados, se paralelamente se descursasse o delicado problema da enfermagem, de tão larga projecção na vida hospitalar. A enfermeira carece hoje de uma cultura adequada e de preparar-se para uma espécie de sacerdócio com espírito de abnegação e sacrifício. Para se atingir essa finalidade, criaram-se duas escolas de enfermeiras puericultoras, que funcionam em Lisboa e no Porto em curso trienal, por forma a contar-se amanhã com uma legião de mulheres dedicadas e beneméritas, educadas no culto da profissão²¹⁹.

A ideia era, portanto, formar também um *escol* na enfermagem puericultora, através de um curso integrado que fornecesse competências gerais e competências específicas, numa conjugação das especialidades que interessavam à área, vulgarmente já designada de materno-infantil. O Instituto Maternal insistia, porém, na designação de puericultura, dando continuidade ao discurso que alguns dos seus mentores fizeram nos anos 30, no âmbito da Organização “Defesa da Família”, embora a designação já surgisse um pouco causticada dado o seu uso populista e propagandista.

O tempo de espera serviu, porém, para se rever o regulamento do curso e transformá-lo em *Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal*²²⁰, procedendo aos ajustamentos necessários, nomeadamente a preparação dos aspectos formais das escolas respectivas.

²¹⁹ *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. I, nº 2, 1946, p. 168.

²²⁰ *Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal. Boletim da Assistência Social*, Outubro-Dezembro de 1947, p. 296-302.

1. Curso integrado: Curso de Enfermeira Puericultora

Assim, o Instituto adiou o funcionamento do curso para os finais de 1946, fazendo, entretanto, publicar em vários lugares e na sua *Revista Clínica*²²¹ o anúncio da abertura de inscrições para o Curso de Enfermeiras Puericultoras, com a seguinte informação:

Curso de Enfermeiras Puericultoras

Consta de estudos relativos à enfermagem geral, puericultura e partos, noções de higiene social, técnica de serviço social, etc., destinado a preparar profissionais de enfermagem para a assistência especializada a mães e à criança, antes, durante e depois do parto.

O curso funcionará em instalações adequadas e regime de internato.

As condições de admissão e mais informações estão patentes na Secretaria da sede do Instituto Maternal (maternidade Dr. Alfredo da Costa) e nas suas delegações do Porto e de Coimbra e nas sub-delegações de Setúbal e Évora.

Aceitam-se inscrições.

Com maior ou menor controvérsia, as escolas de enfermagem do Instituto Maternal começaram a funcionar em 11 de Novembro de 1946, em regime de internato, uma na Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, outra na Maternidade Júlio Dinis, no Porto. Através do dito «Regulamento das Escolas» podemos seguir os contornos gerais desse curso.

O Regulamento, porém, induz alguma ambiguidade na designação das novas escolas, à espera de serem reconhecidas oficialmente para se assumirem como instituições. Enquanto o título do regulamento as designa de «escolas de enfermagem», o primeiro artigo do mesmo regulamento chama-lhes «Escola de Enfermeiras-Puericultoras»²²², ao mesmo tempo que remete apenas para a unidade a funcionar na sede do Instituto Maternal, em Lisboa, a qual serviria de modelo (nas disposições finais e transitórias previa-se a abertura de escolas idênticas nas delegações do Instituto, ou seja no Porto e em Coimbra, às quais seriam aplicadas as disposições do Regulamento). A Escola era apresentada como «destinada a preparar

²²¹ *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. I, nº 2, 1946, p. V.

²²² Talvez seja interessante sublinhar que no Decreto nº 36219, de 10 de Abril de 1947, que estabelece a reforma de 1947, nunca se pronuncie a palavra «puericultura» no diploma, mesmo quando se referem os cursos das maternidades, apelidados de «enfermagem materno-infantil». Um sinal de que a referência «puericultura», tão sublinhada até aos inícios da década de 40, começava a perder sentido numa altura em que tanto na medicina como na enfermagem se falava cada vez mais de especialidades.

profissionais de enfermagem para a assistência especializada à mãe e à criança, antes, durante e depois do parto».

Definia-se o quadro geral das áreas de formação, estabelecendo-se que a Escola fornecesse «conhecimentos relativos à enfermagem geral, puericultura e partos, complementados com as noções de higiene social, técnica de serviço social, moral profissional e quaisquer outros» considerados oportunos e necessários.

A Escola gozava de autonomia técnica e administrativa, embora sob direcção superior do Instituto Maternal, de cujo orçamento dependia, mas produzindo receitas próprias, devendo possuir registos biográficos e das situações escolares relativas às avaliações.

Mas o *Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal* trazia uma novidade que, de alguma forma, alterava os pontos de vista iniciais do Instituto. Na verdade, o governo optara já por um modelo dualista na enfermagem²²³, estabelecendo duas categorias na profissão, a desenvolver a partir do modelo de formação, aspecto que viria a consagrar na reforma do ensino de enfermagem de 1947: a) enfermeiro, com curso de 2 anos (podendo acrescer de 3 meses a um ano em caso de especialidade); b) auxiliar de enfermagem, com curso de 1 ano. O Instituto, nesse ajustamento à elaboração da lei da reforma de 1947, cujos trâmites corriam em paralelo, procedeu à revisão do seu modelo de formação. Assim, passariam a funcionar dois cursos, destinados exclusivamente a candidatas do sexo feminino:

- Curso de enfermagem auxiliar, com a duração de um ano e destinado a ministrar conhecimentos essencialmente práticos às candidatas *auxiliares de enfermagem* (cujo funcionamento parece não ter acontecido nesta fase, servindo apenas para se ajustar à lei);
- Curso de enfermagem especializada, com a duração de três anos, preparando para o exercício da actividade de *enfermeiras-puericultoras*.

O director da Escola seria um cargo acumulado pelo sub-director do Instituto Maternal (na altura, a já referida médica Maria Luísa Vanzeler), tendo como funções orientar e fiscalizar todos os serviços da Escola, presidir ao Conselho Escolar, elaborar planos de estudo, organizar horários e distribuir o serviço lectivo, contratar e rescindir pessoal. Junto do Conselho Escolar, que dava pareceres sobre exames, penalidades e aproveitamento das alunas, funcionava uma junta médica, à qual

²²³ Esta reforma é analisada com mais pormenor no capítulo seguinte.

competia examinar as candidatas à matrícula, vigiar o estado sanitário das alunas, efectuar vacinações e requisitar exames médicos.

Na matrícula, além dos elementos de identificação e de habilitações literárias, as alunas deveriam apresentar um atestado de bom comportamento moral e civil (e já não três como exigia no regulamento inicial do curso), podendo a Direcção da Escola «oficiosamente completar as informações acerca do comportamento moral das candidatas». A admissão ficava dependente da robustez das candidatas e dos resultados num exame de admissão, devendo estas ter entre 18 e 30 anos (alargava-se, assim, a idade, ampliando dos 25 inicialmente previstos para 30 anos, no limite superior, podendo ainda, no limite inferior, matricularem-se com 17 anos se habilitadas com os cursos de pré-enfermagem). Ao nível das habilitações, funcionavam como requisitos a 4ª classe para o curso de auxiliares e o primeiro ciclo dos liceus ou equivalente para o curso de enfermagem especializada.

Mas também no domínio das habilitações, o Instituto Maternal teve de baixar as expectativas iniciais, dispensando o 1º ciclo no acesso ao curso de enfermeira puericultora. Com efeito, um parágrafo estabelecia que poderiam ser admitidas ao «exame de aptidão independentemente das habilitações referidas (...) as auxiliares de enfermagem com 3 anos de bom e efectivo serviço, que hajam revelado excepcionais aptidões para o exercício da profissão, atestadas pelo Director do Estabelecimento onde tenha prestado serviço)», o que dava origem a várias interpretações e abria caminho a arbitrariedades. Por outro lado, nas condições de preferência para a admissão, admitiam-se, por ordem de escolha:

- a) As candidatas aprovadas em cursos de pré-enfermagem, enfermagem auxiliar ou serviço social;
- b) As candidatas que, tendo prestado serviço de enfermagem, «hajam revelado especial vocação para o seu desempenho»;
- c) As candidatas que possuíssem habilitações superiores;
- d) As candidatas que tivessem menos idade.

O calendário do ano escolar era o adoptado para os outros estabelecimentos de ensino secundário, mas o período das férias grandes seria reduzido de dois para apenas um mês, sendo o outro «destinado ao complemento do estágio e tirocinio». Para este efeito as alunas seriam divididas em dois grupos, gozando férias em mês diferente, o que revela um sentido da sua indispensabilidade nas instituições, como mão-de-obra.

O ensino era ministrado através de aulas teóricas e práticas, de trabalhos práticos, de sessões culturais e visitas de estudo, além dos estágios, tudo de frequência obrigatória. Os estágios deveriam ser acompanhados por professores, monitoras ou vigilantes. Às monitoras, que tinham um papel central nestas escolas, além das funções docentes, competia-lhes vigiar o estudo das alunas, informar mensalmente a direcção do seu comportamento, assiduidade e aproveitamento, apreciando e classificando os trabalhos práticos executados sob a sua orientação. Durante o estágio, as alunas ficavam sujeitas ao regime do pessoal do respectivo serviço. Os estágios seriam efectuados nos estabelecimentos de assistência materno-infantil e regulados de forma a que as alunas, no final do curso, tivessem conhecido todos os serviços do estabelecimento, segundo planos previamente estabelecidos pelo corpo docente e pela direcção, no sentido de adquirirem um conhecimento prático em todas as valências e estarem prontas a trabalhar em qualquer serviço. Haveria exames obrigatórios de frequência em cada período escolar, o que mostra a opção por um modelo de escolaridade formal, que segue de perto o ensino secundário, neste domínio.

O regulamento estabelecia um padrão de comportamento para as alunas, que importa transcrever, para aferirmos o sentido do ordenamento estabelecido. Assim, seriam obrigadas:

- 1 - A comparecer pontualmente às aulas e estágios, guardando neles impecável disciplina e compostura.
- 2 - A manter irrepreensível comportamento moral.
- 3 - A executar os serviços que lhes forem destinados, com a maior diligência e zelo, tendo em vista a sua valorização profissional.
- 4 - A tratar com carinho e solicitude os doentes.
- 5 - A respeitar os professores, monitoras e pessoal de enfermagem como seus superiores e guias.

Os professores e monitoras (enfermeiras) seriam nomeados pelo Ministro do Interior de entre médicos e outros funcionários do Instituto Maternal, podendo fazer-se recurso pontual ao exterior. Uma monitora assumia as funções de regente do curso, competindo-lhe, para além da docência, as funções de vigiar as alunas, acompanhá-las nas suas saídas obrigatórias, garantir a ordem, asseio e disciplina no internato, informar a direcção das ocorrências e manter actualizado o serviço de secretaria privativo e o cadastro das alunas. Devia, para isso, residir obrigatoriamente na sede do internato.

Como funcionava o internato? Alojadas nas instalações da escola (se necessário, em casas autónomas), as alunas eram obrigadas a usar uniforme, fornecido pela Escola, segundo modelo-padrão, excepto meias e calçado, que obedecendo a modelo aprovado, deveriam, no entanto, ser adquirido. Cada uma deveria dispor de um enxoval privativo, a usar sob o uniforme, com número mínimo de peças segundo uma relação anexa ao regulamento:

- 3 camisas de noite
- 3 saias
- 6 calças
- 3 soutiens
- 12 panos higiénicos
- 12 lenços de assoar
- 4 pares de meias brancas
- 1 par de peúgas de lã branca
- 2 camisolas de lã com mangas curtas
- 1 casaco de malha de lã azul escuro
- 2 pares de sapatos de camurça branca
- 1 par de sapatos para ginástica
- 1 rede para o cabelo
- 1 copo de dentes
- 1 escova de dentes
- 1 pente
- 1 escova para o cabelo
- 1 escova de fato
- 1 lima para as unhas
- 1 tesoura de unhas
- 1 caneta de tinta permanente
- 1 relógio
- 1 tesoura de tipo hospitalar, curva e sem bicos
- 1 dedal

As alunas deveriam observar a maior ordem e asseio nos aposentos e no vestuário a seu cuidado, sendo responsabilizadas pela eventual negligência. Deviam permanecer na sede do internato, ficando condicionadas às seguintes normas:

- Podiam sair aos sábados ou nas vésperas de feriado, devendo entrar no dia seguinte à noite.

- A ausência da sede do internato deveria ser precedida de autorização da regente que, em caso de menoridade, carecia de autorização paterna ou encarregado de educação por escrito.
- Só por excepção e com justificação seria permitida a saída das alunas nos dias úteis.
- Só podiam receber visitas em dias e horas superiormente designados (excepcionalmente, com motivo justificado).
- Só podiam telefonar ou receber telefonemas em casos de absoluta necessidade.

A preocupação normativa incluía um horário geral para o internato, que importa registar, para nos darmos conta das características neste domínio da organização (Quadro XIII).

Quadro XIII: Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal – Horário geral do Internato

Levantar	7h30
Refeições:	
Primeiro Almoço	8h30
Almoço	12h30
Jantar	18h
Ceia	21h30
Domingo e dias feriados	
Primeiro almoço	8h45
Almoço	12h30
Merenda	16h30
Jantar	19h30
Deitar	22h15
Silêncio	22h30

Estes cursos, tal como previsto anteriormente, não eram gratuitos, pois a Escola devia ter as suas receitas próprias, embora englobadas no orçamento do Instituto: pelo internato pagava-se uma mensalidade e pela frequência do curso eram pagas propinas, em montantes ajustados aos inicialmente previstos no regulamento de 1945. Às verbas já antes previstas, acrescia agora uma taxa de matrícula – 100\$00 a pagar anualmente e a definição de um emolumento para a passagem do diploma final de 200\$00. O quadro de despesas (Quadro XIV) mostra que a verba anual rondava os 5800\$00 (361 contos actuais, corrigidos da desvalorização), continuando a remeter para uma verba total que rondaria os 17.750\$00 (cerca de 1105 contos em valores actuais), ou seja, agravava-se o custo inicialmente previsto e mantinham-se os pressupostos da selectividade social.

Quadro XIV - Despesas do Curso na Escola do Instituto Maternal

Despesa	1º ano	2º ano	3º ano
Matrícula	100\$00	100\$00	100\$00
Propinas	200\$00	250\$00	300\$00
Caução	100\$00	100\$00	100\$00
Mensalidade p/ alojamento	450\$00 x12	450\$00 x12	450\$00 x12
Emolumentos para diploma			200\$00

A atribuição de subsídios (alimentação ou subsídio de estudo) ficava agora dependente de bom aproveitamento, até ao «montante da metade do vencimento atribuído aos praticantes ou auxiliares de enfermagem», desde que as alunas se comprometessem a prestar serviço nos estabelecimentos do Instituto Maternal durante três anos após a conclusão do curso, recebendo embora o vencimento da respectiva categoria. Neste caso, não lhes seria entregue o respectivo diploma antes de decorridos os três anos, salvo se indemnizassem a Escola. As que, no acto da matrícula, declarassem não poder satisfazer os encargos dos estudos, seriam objecto do inquérito já previsto da assistência social para estabelecer o montante que lhe caberia pagar.

Estabelecia-se ainda a possibilidade de antigas alunas de escolas particulares que demonstrassem ter tido aproveitamento ou que tivessem mais de cinco anos de prática profissional em estabelecimentos de assistência materno-infantil pudessem submeter-se a exames finais, candidatando-se ao respectivo diploma. A apregoada aposta nas habilitações elevadas para ingresso ou as entradas pela designada «porta lateral» não era, portanto, superada, apesar dos discursos iniciais dos responsáveis pelo Instituto Maternal.

O Regulamento inscrevia ainda os planos de estudo para os diversos anos, que revelam uma preocupação formadora muito diversificada, cuja estrutura curricular se cruza com algumas áreas do ensino secundário (por exemplo a disciplina de Organização Política da Nação) e do ensino técnico (várias matérias do Curso de Formação Feminina, tal como a «economia familiar e doméstica»), de forma a conferir diversas valências e a transmitir saberes de diversa natureza na articulação teoria-prática. Havia também influências de actividades de animação cultural do tipo das desenvolvidas pela Mocidade Portuguesa (récitas, danças folclóricas, convívios, filmes...). Remetia ainda, naturalmente, para os aspectos técnicos dos cuidados de enfermagem, da obstetrícia e da puericultura. Mas os planos de estudos eram

essencialmente roteiros de temáticas, pois não se procedia a uma estrutura uniforme, nem a uma calendarização regular ao longo do ano lectivo. Nesse sentido, o Regulamento não apresentava uma distribuição de carga horária, que, de forma flexível, seria atribuída e gerida pela direcção da Escola, por essa razão tivemos de enquadrar o plano de estudos (Quadro XV) com a contabilidade de horas efectivamente praticadas, a partir de documentação particular fornecida por uma antiga aluna.

QUADRO XV - PLANOS DE ESTUDO PARA O CURSO DE ENFERMEIRAS - PUERICULTORAS

1º Ano

Disciplinas	Carga horária
Anatomia – Fisiologia e noções de histologia	120 horas
Bacteriologia – Higiene	120 horas
Doenças infecto-contagiosas. Profilaxia	120 horas
Enfermagem – 1ª parte	120 horas
Análises clínicas	40 horas
Moral geral e individual	80 horas
Economia familiar e doméstica	120 horas
Cultura física	40 horas
Exercícios práticos	90 horas
Visitas de estudo	
Sessões culturais	30 horas

2º Ano

Disciplinas	Carga horária
Embriologia. Gravidez normal. Parto eutócico. Puerpério normal	120 horas
Puericultura	80 horas
Enfermagem – 2ª parte	120 horas
Farmacía. Indicações terapêuticas. Higiene de alimentação. Dietoterapia	120 horas
Noções de pedagogia, psicologia e educação infantil	40 horas
Moral familiar e social (Organização política da Nação). Encíclica.	80 horas
Ensino familiar e doméstico	80 horas
Cultura física	80 horas
Visitas de estudo	
Estágios (nos serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Puericultura).	
Sessões culturais	

3º Ano

Disciplinas	Carga horária
Patologia obstétrica	120 horas
Puericultura e pediatria	80 horas
Socorros de urgência	12 horas
Enfermagem em salas de operações e serviços especializados	80 horas
Higiene e assistência social à Maternidade e à Primeira infância, na idade escolar e do trabalho: higiene e profilaxia dos flagelos sociais das doenças e intoxicações profissionais. Legislação sanitária.	80 horas
Administração hospitalar	12 horas

Deontologia e moral profissional	40 horas
Serviço Social. Problemas. Técnica. Visitas. Inquéritos Estatística	12 horas
Cultura física	40 horas
Estágios em serviços internos da especialidade e em postos ou centros de assistência médico-social e materno-infantis	
Ensino familiar e doméstico	
Exercícios práticos	
Visitas de estudo	
Sessões culturais.	

Esta elevada carga lectiva, a que acresciam os estágios, só era possível com o preenchimento total de cada dia, num horário rígido, de segunda-feira até sábado de manhã, só possível para quem vivia em internato e não precisava de fazer deslocações. De qualquer modo, o formato apresentado (sensivelmente igual ao proposto inicialmente em 1945, mas adiando as questões da embriologia, gravidez e parto eutócico para o 2º ano), veiculava genericamente um ano inicial de enfermagem geral, um segundo ano onde pontificavam as questões do parto eutócico para, no terceiro ano, se abordarem as problemáticas da distocia e da puericultura e matérias afins. Isto no que se refere ao ensino obstétrico, pois a formação era complementada com outras áreas disciplinares, não só a enfermagem e a puericultura, mas também outros conteúdos de natureza social, de moral profissional e de envolvimento cultural. No *Regulamento das Escolas*, seguidamente à listagem do plano de estudo, as observações de natureza didáctica vão no sentido de sensibilizar os docentes para darem um sentido utilitário, apontado para aquilo que hoje se designam de saberes processuais, ou seja, o ensino teórico deveria desenvolver-se no sentido de produzir saberes para a acção:

Dentro das diferentes disciplinas do programa, os professores procurarão desenvolver de preferência os capítulos que mais directamente tiverem aplicação nos estudos ulteriores e finalidades do curso. Sempre que possível, exemplificarão os ensinamentos teóricos com demonstrações práticas²²⁴.

E, embora não esteja inscrito neste Regulamento, o princípio da aplicação decrescente da teoria que referimos relativamente ao primeiro regulamento (2 terços de teoria no primeiro ano, metade no 2º ano e um terço no 3º) estava, grosso modo

²²⁴ Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal. *Boletim da Assistência Social*, 56/58, Outubro/Dezembro, 1947, p. 301.

aqui presente. Somando as cargas horárias previstas, vê-se que o primeiro ano contemplava 720 horas no primeiro ano, 560 no segundo e 436 horas no 3º ano. Em sentido ascendente caminhariam os estágios, que representavam a imersão no meio hospitalar e no ambiente das consultas externas, para contactar com a realidade profissional futura. Era uma forma de, em confronto com os saberes teóricos entretanto recebidos, experimentar a acção e adquirir novos saberes que derivam da vivência colectiva de um ambiente profissional, com as suas rotinas de alguma precisão, áreas definidas de actuação para cada tipo de profissionais, códigos específicos de comunicação como é o hospital-maternidade. De forma controlada, vigiada de perto pela monitora, a aluna assumia um lugar próximo do profissional, desenvolvendo um saber prático, em co-acção²²⁵, fazendo, vendo fazer. Importa, por isso, ver a distribuição dos estágios, por serviços e duração indicada, para melhor se avaliar a articulação teoria-prática e a intensidade desta dimensão, por serviços e duração (Quadro XVI).

Quadro XVI – Instituto Maternal, Curso de Enfermeiras Puericultoras, Programa de Estágios, 1946-1950

Serviços	Duração
Obstetrícia	34 dias
Puericultura	34 dias
Consulta Externa de Obstetrícia	78 dias
Consulta Externa de Puericultura	75 dias
Esterelização	10 dias
Medicina	92 dias
Cirurgia	32 dias
Ginecologia	32 dias
Urologia	77 dias
Laboratório	32 dias
Fisioterapia	29 dias
Transfusão de sangue	32 dias
Prematuros	31 dias
Pediatria	32 dias
Sala de partos e operações	215 dias

Fonte: documentação particular.

Ao longo de três anos de formação, as futuras enfermeiras-puericultoras teriam de tirocinar 835 dias, em três anos. Por «dia», deve entender-se aqui o acompanhamento de um horário de turno no trabalho diário do serviço hospitalar ou de consulta, que

²²⁵ MALGLAIVE, Gerard – *Ensinar Adultos. Trabalho e Pedagogia*. Porto: Porto Editora, 1995, p. 70.

normalmente se traduzia em estágio da parte da manhã e em aulas da parte de tarde, durante grandes períodos do curso.

Com os traços acima descritos, procuramos evidenciar a lógica e a retórica específicas do currículo²²⁶ do curso de enfermeira-puericultora. E neste domínio curricular, o que se verifica é, na realidade, uma profunda descontinuidade face aos tradicionais cursos de parteiras ministrados nas Faculdades. Estão em causa duas instituições distintas, com lógicas internas diversas, que induzem concepções completamente diferentes da função de parteira e dos modelos de formação que a deveriam preparar, numa evidência do processo social que lhes é inerente e de conflitualidades interiores mesmo ao poder médico: a enfermeira-parteira diplomada pela Faculdade derivava de uma leitura positivista da acção médica, que privilegiava as especialidades médicas, sendo a obstetrícia uma entre outras; enquanto a enfermeira-puericultora do Instituto Maternal relevava das correntes médicas ligadas à saúde pública, que integravam a administração pública e os serviços de cobertura sanitária, numa área em que a obstetrícia era a especialidade central do conhecimento e da acção, pelo que a parteira idealizada deveria ser essencialmente, na sua área, uma educadora sanitária mais abrangente, dotada de saber-fazer e de saber-ser.

Aqui, como noutros momentos ao longo deste trabalho, não foi possível ir mais além dos quadros legais publicados relativamente ao currículo, não se vislumbrando os modos como as normas curriculares se desdobravam na prática de ensino. Mas a informação recolhida entre diferentes posturas, mostra como o currículo não se pode ver apenas como o «resultado de um processo social necessário de transmissão de valores, conhecimentos e habilidades, em torno dos quais haja um acordo geral», pois é, sobretudo, «um processo constituído de conflitos e lutas entre diferentes tradições e diferentes concepções sociais». Ao lado de factores lógicos posicionam-se factores de outro tipo, desde interesses, conflitos simbólicos e culturais, a necessidades de legitimação ou propósitos de dominação que veiculam não «conhecimentos válidos», mas «conhecimentos considerados socialmente válidos», em função de crenças, de expectativas, de visões sociais²²⁷.

Na repartição dos segmentos formativos, veja-se, por exemplo, como ao lado das temáticas clínicas e de cuidados de enfermagem, se tratava agora de inserir a

²²⁶ GOODSON, Ivor F. – *Currículo: Teoria e Prática*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999, p. 21.

²²⁷ SILVA, Tomas Tadeu da – Apresentação. GOODSON, Ivor F. – *Currículo: Teoria e Prática*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999, p. 8-9.

enfermeira-puericultora no universo moral da sua actividade em que, para além da «moral geral e individual» se colocava o conhecimento das encíclicas papais, a completar pela «deontologia e moral profissional», ao mesmo tempo que se lhe mobilizava algum espaço lectivo para cultura física, visitas de estudo e sessões culturais. Estas dimensões eram mobilizadas para corresponder às condicionantes de formação ajustadas aos valores cristãos em torno da maternidade, modelando-se um novo «sujeito», com base na construção de uma subjectividade imersa em relações de poder-saber, na ética de uma determinada formação histórica, que permite a cada um saber o que pode saber, o que pode fazer, o que pode ser, o que deve ser²²⁸. Entretanto, continuava a ser determinante na aprendizagem o ver e o praticar como bases para o saber (aulas práticas, estágios, visitas), na linha tradicional do ensino clínico, revelando-se esta área de enfermagem como um domínio em que a aquisição de saberes continuou a apostar numa relação estreita entre a aprendizagem (processo de produção de conhecimento interno a cada pessoa) e a experiência, articulando saber teórico e saber prático num contexto de trabalho²²⁹, apesar de, nos seus traços estruturais, se adoptar, um modelo escolar, mas integrador da experiência.

Olhando, em genérico, para o currículo da enfermeira-puericultora, podemos dizer, de uma forma sintética, que a formação continuava a ser essencialmente de parteira: são o parto e as práticas e saberes conexos que funcionam como centro de toda a estrutura curricular, no enunciado de tópicos e nas cargas horárias. Mas, no entanto, há um alargamento considerável às restantes áreas de cuidados e são ainda incorporados, como elementos curriculares, aspectos nunca antes considerados em cursos do género. Estes eram agora também dirigidos para a cultura pessoal da aluna, através de tópicos que introduzem valores políticos, morais e religiosos ou a qualificação de práticas domésticas (laveres), bem como os que induzem uma fruição controlada do corpo e do espírito (cultura física, sessões culturais, visitas de estudo (que eram também recreativas), muito na linha de um *slogan* de sempre, mas que era muito usado na época do Estado Novo - *alma sã, em corpo são*. Mais do que modelar um profissional através da transmissão de uma área de conhecimento especializado, há uma preocupação particular neste currículo em modelar a alma das alunas que, pela selecção social operada através das condições de recrutamento, originárias de estratos

²²⁸ CORAZZA, Sandra – *O Que Quer um Currículo? Pesquisas Pós-críticas em Educação*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001, p. 60-61.

²²⁹ CANÁRIO, Rui – Aprendizagem, Experiência e Currículo. *Ensinus*, nº 13, p. 2-4.

médios ou superiores, estariam também mais disponíveis para aceitar este modelo de formação profissional que criava uma expectativa de virem a integrar uma nova elite nos serviços sanitários. Tanto mais que a nova actividade, encarada como missão ou sacerdócio a favor da moralização nos partos e da salvação das crianças, apresentava a vantagem de se cruzar com o universo doméstico tradicional da mulher (a criança, a grávida, os cuidados), numa altura em que a mulher da classe média começava a sair do lar para ingressar no mundo do trabalho, através de profissões (professora, enfermeira, escriturária, telefonista) que, por surgirem como um prolongamento da domesticidade, eram mais ajustáveis ao modelo social dominante, de natureza conservadora, insistente no culto da família e no recato da mulher.

O conteúdo ético e moral do ensino profissional da enfermagem-puericultora não era dissociável das discussões do pós-guerra no domínio da formação em geral. As profissões, para serem valorizadas socialmente, não deveriam afirmar-se apenas pela racionalidade técnica, mas também pelo «tipo moral de pessoa que o profissional deveria ser», promovendo-se a este respeito uma retórica de altruísmo pela comunidade, em que o profissional deveria ser motivado pelo interesse comunitário e não pelo interesse individual²³⁰.

Se, como já assinalámos, não foi tarefa fácil abrir escolas próprias de enfermagem para parteiras-puericultoras, de formação inicial e com curso trienal, num tempo de recursos exíguos e de largas exigências assistenciais na área da saúde materno-infantil, para além de outra conflitualidade institucional inerente a diferentes concepções formativas e profissionais, a verdade é que esses esforços não tiveram um desenvolvimento consequente. Com efeito, os objectivos iniciais de promover uma formação especializada de raiz para os profissionais do Instituto deixou de ter sentido face ao novo modelo profissional de enfermagem adoptado em 1947 pelo governo, com o modelo dual (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) e, sobretudo, com dois graus de natureza bi-etápica: enfermagem geral e enfermagem especializada²³¹. Ou seja, definia-se uma preparação de trabalhadores de enfermagem com competências gerais para intervirem em qualquer situação sanitária, que o parque público e privado de escolas formaria, ao mesmo tempo que se propunha uma formação especializada,

²³⁰ DOLL Jr., William E. – *Currículo: uma Perspectiva Pós-moderna*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 60-61.

²³¹ O dilema de um curso especializado de raiz ou de um curso geral seguido de especialização é uma questão de sempre ligada aos modelos de formação profissional, que hoje se coloca no registo habitual de cursos de banda estreita ou cursos de banda larga.

«pós-básica», numa expressão que se generalizou depois, mais restrita e selectiva, para determinados nichos de cuidados mais exigentes e qualificados. Integrava-se a enfermagem numa perspectiva de ensino técnico e de formação profissional, com vista à inserção num mercado de trabalho, para o qual se perspectivava um grande desenvolvimento com a gradual execução da lei de organização hospitalar. Ultrapassava-se, assim, a fase em que cada instituição preparava por inteiro os seus próprios enfermeiros, formando-os para lhes dar trabalho e, por isso, à medida apenas das suas necessidades, com as inerentes limitações e improvisos que uma política deste tipo acarretava.

Equacionado numa fase inicial para respostas consideradas específicas, o modelo vertical da *enfermeira puericultora* tornou-se inadequado e impossível quando os princípios da reforma de 1947 foram retocados e regulamentados através do ordenamento introduzido pelos Decretos-Lei n.ºs 38884 e 38885, ambos de 28 de Agosto de 1952. Estes decretos regulamentaram o funcionamento das escolas de enfermagem oficiais, definindo quais eram (Escola Artur Ravara, ligada ao Hospital Geral de S. José, Escola Ângelo da Fonseca, ligada ao Hospital de Coimbra, e Escola Técnica de Enfermeiras do IPO e outras que se viessem a criar), excluindo desse estatuto tanto as escolas dos hospitais psiquiátricos como as do Instituto Maternal, instituições de cuidados especializadas a quem, por consequência, o Governo atribuiu apenas a função de formar pessoal especializado através de «cursos e estágios». Recorde-se que o Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal, elaborado em 1947, não chegou a ser publicado no *Diário do Governo*, mas tão só no *Boletim da Assistência Social*, daí a eventualidade de ser suscitada a sua ilegalidade, que existia do ponto de vista formal até 1956, quando finalmente o seu Regulamento foi publicado oficialmente (Portaria n.º 15786, de 22.3.1956), traduzindo já e somente os cursos de especialização.

Não era, pois, aparente a conflitualidade que se vislumbrava quando do lançamento do curso e depois da Escola destinados pelo Instituto Maternal à formação de enfermeiras-puericultoras: efectivamente, esta iniciativa, na altura do seu lançamento, representava já uma inoportunidade face aos estudos para a reforma de enfermagem que decorriam. O lançamento deste curso integrado de enfermagem e puericultura pelo Instituto Maternal não questionava apenas os cursos de parteiras das Faculdades de Medicina, como já salientamos, mas também os cursos de enfermagem que eram considerados pré-requisito. Querendo lançar um modelo de excelência, numa fuga em

frente, despertara-se a conflitualidade institucional, tanto mais que os problemas eram conhecidos e estavam em fase de estudo para uma solução de conjunto.

O Instituto Maternal teve, pois, de se adaptar ao sentido e imposições das reformas do ensino de enfermagem de 1947 e de 1952, que estabeleciam um curso de enfermagem geral de três anos (a partir de 1952) e a criação de especialidades: o curso de enfermeiras puericultoras perdia o seu formato inicial, tendo as suas valências específicas de serem adaptadas ao novo formato de especialização. Por estas razões estruturais, o curso de enfermeiras-puericultoras, na sua perspectiva inicial de uma formação integrada de três anos, em formação homogénea para a área materno-infantil, apenas funcionou durante escassos anos (até 1952, concluindo-se apenas os cursos abertos antes desta data). Nestas condições, o Instituto teve de regressar à atribuição inicial de recrutar enfermeiras com formação geral, já habilitadas por outras escolas, às quais passou a ministrar finalmente cursos de especialização na sua área de cuidados.

2. Cursos de especialização – Enfermeiras Parteiras Puericultoras e Auxiliares de Enfermeiras-Parteiras

Do novo quadro oficial para o ensino de enfermagem e respectivo ordenamento escolar resultou o ensino especializado no Instituto Maternal, cujos cursos se iniciaram nos finais de 1955, antes ainda do reconhecimento oficial, cujo processo já estava, no entanto, em andamento. Com efeito, o novo modelo organizacional implementado para o Ensino de Enfermagem provocou a elaboração de um novo «Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal», agora delineado já para todas as escolas criadas ou a criar, tanto na sede como nas delegações ou subdelegações, para preparação do pessoal especializado em «enfermagem materno-infantil».

Mas, esse Regulamento, que recuperava alguns aspectos do anterior (1947), só foi oficialmente publicado em 22.3.1956 (Portaria nº 15786), através do Ministério do Interior, a quem, na nova redacção era atribuído o poder de criar e dirigir as escolas de enfermagem, através da tutela da Subsecretaria de Estado da Assistência Social. As escolas estavam sujeitas à orientação e fiscalização tanto da direcção do Instituto como da Inspeção da Assistência Social, na sua regulamentação interna, organização dos planos de estudo e programas das disciplinas, regularidade na admissão de alunas,

fiscalização dos processos de ensino, exames e homologação de diplomas, verificação de livros escolares, verificação da idoneidade de dirigentes e pessoal. A sua manutenção dependia das verbas orçamentadas para o efeito pelo Instituto Maternal. Havia, então, uma preocupação central mais acentuada com o controlo deste tipo de formação, pelo menos no plano legal, conferindo-lhe um âmbito idêntico ao das outras escolas públicas, embora reconhecendo a sua dependência no Instituto.

Assim, a direcção das Escolas já não o era por inerência, mas sim por nomeação directa por parte do Ministério do Interior. Para efeitos de uniformização do ensino e da acção educativa havia uma *superintendente* das escolas subordinada à direcção do Instituto Maternal, a quem cabia coadjuvar a *direcção* da escola no âmbito dos métodos de trabalho e dos planos de ensino, da disciplina, da actividade das monitoras, da fiscalização do trabalho escolar e dos aspectos morais e cívicos das alunas, de estágios, e na apreciação do relatório anual. Na orgânica dos serviços auxiliares, para além da secretaria e do serviço de saúde, havia um *serviço de internato e semi-internato* que, na expectativa do legislador, se presumia 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. 25), funcionando assim como um dispositivo de inculcação de normas e valores, ao mesmo que assegurava alojamento e permitia a disponibilidade permanente das alunas.

Os cursos previstos para as escolas do Instituto Maternal no dito regulamento eram, entretanto, dois, com base na concepção dualista já antes adoptada para o curso baseada na reforma da enfermagem de 1947 (decreto nº 36219). Assim, havia o *curso de enfermeiras-parteiros puericultoras*, com a duração de um ano, seguido de um estágio de, inicialmente três meses, logo depois dilatado para seis meses (Portaria 16023 de 2.9.1956). E havia também a possibilidade de as auxiliares de enfermagem (que tinham um curso inicial de apenas um ano) poderem ter acesso a uma especialização mediante o *curso de parteiras puericultoras*, o qual teria a duração de dois anos, seguidos de um estágio de seis meses²³². Sublinhe-se, porém, que este curso *de parteiras puericultoras* parece ter desaparecido com a publicação da Portaria

²³² Este curso parece ter sido criado apenas para permitir a reconversão das habilitadas com o extinto curso de enfermeiras puericultoras-visitadoras da Escola Normal Social, de Coimbra. Para estas se previa explicitamente que o curso de parteiras puericultoras seria reduzido para um ano, seguido de seis meses de estágio no caso. Depois de criado o de auxiliares de enfermeiras-parteiros não se lhe conhecem mais referências (Portaria nº 16023, de 5.11.1956).

nº 16023, de 5.11.1956, que, embora não o anulando, criou o *Curso de Auxiliares de Enfermeiras – Parteiras*, de apenas um ano lectivo, incluindo estágio.

2.1 – O Curso de Enfermeiras Parteiras Puericultoras

Daremos especial atenção à análise do curso de enfermeiras-parteias-puericultoras, na medida em que ele representou o modelo em que o Instituto Maternal melhor apostou e que veio a preponderar posteriormente, ainda que com outras designações e sob outro enquadramento (o curso de auxiliares, embora mais produtivo no início em número de diplomados, acabou nos pós 25 de Abril de 1974 com a extinção da categoria e dos respectivos cursos). Para o efeito, seguiremos o Regulamento de 1956, recorrendo ainda a documentos particulares que nos permitem conhecer a estrutura curricular respectiva, bem como as representações de antigas profissionais que se habilitaram com este curso e as quais dialogámos sob a forma de entrevista, cruzando diversos tipos de informação.

Modelo bi-etápico e nova designação

Importa, começar por sublinhar que, na realidade, esta nova configuração de curso do Instituto Maternal não era mais do que uma réplica do modelo seguido pelas Faculdades de Medicina desde 1919: recrutavam-se enfermeiras, a quem se dava uma formação de especialização centrada nos cuidados do parto. Embora sujeita a novas exigências de recrutamento, recebendo a transmissão formal de uma maior diversidade de matérias e de conteúdos, sujeita a uma socialização secundária mais doutrinária, socialmente mais controlada e tecnicamente mais ampliada, o modelo bietápico da enfermeira-parteira estava de volta, numa imposição governamental, ainda que transigindo levemente com as posições anteriores do Instituto Maternal, adjectivando-a por isso de puericultora. Mas quem, nos meios populares, diria «enfermeira-parteira-puericultora», não ficando apenas, por efeitos da ressonância do termo e da lei do menor esforço da linguagem, pela «enfermeira-parteira»?

A nova designação mostra, pois, a palavra «parteira» a intrometer-se de novo na expressão identitária, enquanto referência fundamental no mercado de trabalho e junto do público, tanto mais que continuava a coexistir a formação pela via do curso de parteiras das Faculdades de Medicina. Não foi fácil aos meios do Instituto Maternal

admitirem esta nova designação por essa razão, dado o empenho anterior da instituição num trabalho de demarcação e de construção de uma nova identidade. Dos diversos testemunhos que recolhemos, há um, muito claro, de alguém que foi responsável por uma escola do Instituto Maternal, a evidenciar todas as ressonâncias inerentes à questão da designação em torno da actividade de partejar e das estratégias de demarcação de um modelo socialmente mal conotado, como era o das enfermeiras-parteias da Faculdade:

Em 1955, os cursos passam à designação de Enfermeiras Parteias Puericultoras, isto depois de terem passado por outros nomes (...) A terminologia de parteira tinha uma cota muito negativa atrás de si, puericultora tinha outro cunho. Nós sabíamos de onde vinham as parteiras mais antigas, apesar de algumas até serem pessoas importantes. O cunho de parteira estava ligado à abortadeira, à pessoa inculta, à pessoa que não tinha conhecimentos nenhuns, à curiosa, mas muito à abortadeira. Nós aqui, quando queriam referir o curso das escolas era o curso de puericultoras, porque o de parteiras era o da Faculdade e até havia as duas maternidades. Nós, nos nossos primeiros cursos era só a Maternidade de Bissaya Barreto, porque no Instituto Maternal, naquela altura, não quer dizer que estivesse bem, mas as coisas estavam assim pensadas, não podiam entrar senhoras com abortos, essas era encaminhadas para a outra Maternidade e na outra Maternidade quem fazia os estágios? Eram as parteiras da Faculdade. Nos fazíamos um bocadinho de selecção, mas chegou-se a uma altura que havia tanta falta de estágios para a sala de partos que a gente teve de começar a recorrer à outra maternidade (...) Depois começou a haver uma abertura maior. Numa primeira fase os médicos só iam à sala de partos quando fazia falta, depois tiveram de fazer currículo e era uma guerra, houve alturas que até tivemos de estipular turnos, porque toda a gente queria fazer partos. Nós, a nível das escolas, e sobretudo Coimbra, sabíamos que as candidatas não tinham grandes conhecimentos, nem de assepsia nem de enfermagem. Elas tinham 80 horas de aulas, mas iam uma vez ou duas por semana, mas era só teoria durante 2 anos, se houvesse uma ou outra interessada lá pediam para fazer estágio mas de resto... as instituições não as queriam, lá havia uma ou outra interessada... porque elas dedicavam-se a abortos praticamente, por isso é que as pessoas não queriam que a palavra parteira constasse nos diplomas. Uma das últimas remodelações que a gente fez foi tirar a designação de parteira ao curso de especialização [Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras, 1967]. (Entrevista I)

Entre outros aspectos interessantes²³³, este depoimento remete-nos para o fenómeno histórico de mudança de posicionamento social das ocupações sanitárias, com alteração do respectivo prestígio. Entre a designação oficial e o desenvolvimento

efectivo de tarefas, como sentiria esta geração de enfermeiras-parteias-puericultoras a sua actividade, dada a ambivalência da sua própria designação e as ambiguidades que essa denominação revelava por parte do poder administrativo relativamente à classificação da tradicional actividade de parteira?

Com efeito, a divisão do trabalho também distribui aquilo a que Eliot Freidson designa de «prestígio diferencial», reconhecendo hierarquias na relação inter-ocupacional, mesmo quando as diversas ocupações estão subordinadas à mesma autoridade médica. Uma das variáveis desse prestígio flutua de acordo com o nível da designada «autonomia funcional». Ora a actividade de parteira, mesmo com a intensificação do processo de hospitalização do parto, com base na sua relativa «autonomia funcional» sempre encontrou espaço para desenvolver actividade liberal, estando autorizada a fazer acompanhamento de grávidas e realizar partos tanto nos domicílios, como em hospitais particulares, com uma ligação estreita com a sua clientela específica. Neste contexto, questionámos as *enfermeiras parteiras puericultoras* do nosso painel de entrevistadas sobre o vínculo identitário a duas ocupações que anteriormente tinham sido completamente distintas e em relação às quais ainda existe nos meios populares uma clara distinção, colocando-lhes a questão «sente-se mais enfermeira ou parteira?». Transcrevemos duas respostas que exprimiram de uma forma mais detalhada uma opinião generalizada:

Senti-me sempre mais parteira. Quando diziam “ela é enfermeira”, eu dizia “e parteira puericultora”. Eu senti a necessidade de pôr a especialização à frente de enfermeira, porque de facto eu como enfermeira trabalhei mas... Relativamente à remuneração naquela época nós ganhávamos mais 20% por termos a especialização que era a única que havia, era razoável e como era uma profissão liberal quase todas faziam partos cá fora na privada e ninguém se queixava, não havia quem reivindicasse, nem sequer havia sindicato. (Entrevista A)

Mais parteira, porque eu tive toda a minha actividade nessa vertente. Era uma coisa que a enfermeira F. me fazia lembrar e em que as pessoas punham muito ênfase... e penso que ao longo destes anos todos... seria porque nós nunca utilizámos muito o nome de parteiras?!... Todos estes cursos tinham por designação ou a especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ou Enfermeiras Parteiras Puericultoras. A designação de Enfermeiras Parteiras Puericultoras, acho que a Luisa Vanzeler não gostou muito, mas só parteiras é que ela não gostava nada. E o curso da enfermeira F. que era o anterior, era designada de Enfermeira

²³³ Nomeadamente a «invasão» da sala de partos pelos médicos, por alteração curricular da sua própria formação especializada, reivindicando a sua intervenção nos partos eutócicos.

Puericultora, até parteira lhe tiraram, porque na altura paralelamente havia o curso de parteira na Faculdade... Eu até me admira ... porque agora não temos nada que nos diga que somos parteiras as designações foram sempre a fugir ao nome de parteira. Noutros países ser parteira tem uma conotação muito nobre, ser parteira é ser superior à enfermeira. Aqui, durante muito tempo, também teve, porque a Faculdade conferia mais independência de acção, mais capacidade de resolver os problemas sozinhas e até de actuar. Nós de parteiras tivemos muito pouco ao longo destes anos todos, porque fomos tendo outras designações do que propriamente esta, porque quem teve esta foram apenas as da Faculdade. (Entrevista B)

A resposta das *enfermeiras parteiras puericultoras* foi convergente na identificação com a função de parteira, apesar da sua designação triangular. Uma das razões parece residir na particularidade de o curso constituir uma formação acrescida, de tipo especialização, sobrepondo-se à enfermagem. Sublinhar esse facto era evidenciar uma formação mais longa, logo merecedora de mais prestígio social, de mais elevada categoria profissional e de maior remuneração. Estava presente também o questionamento do próprio desaparecimento da designação e o reconhecimento de que a sub-directora do Instituto Maternal (Maria Luisa Vanzeler) não tolerava a designação de parteira (pelas suas conotações negativistas, pela necessidade de transmitir a maior abrangência da nova configuração formativa que o novo curso constituía?). Em qualquer caso, surgia a afirmação de uma identificação com a parteira, embora sublinhada pela vontade de demarcação com outras «parteiras» e, podemos dizer, a nostalgia de uma ocupação que, entretanto, se diluiu na enfermagem, ainda que sob a configuração de uma especialização.

Admissões

Como se processava a admissão ao novo curso *curso de enfermeiras-parteiras puericultoras*, que pré-requisitos deviam as candidatas apresentar? Para além da robustez física a reconhecer por inspecção médica e de «comportamento moral irrepreensível», as candidatas tinham de apresentar formação prévia em enfermagem, ao nível do Curso de Enfermagem Geral.

A admissão pressupunha, pois, pessoas habilitadas com três anos de enfermagem (eventualmente dois, se formadas antes de 1952)²³⁴ e com habilitações literárias

²³⁴ O Decreto 38884 previa que o acesso à especialização se pudesse fazer com a frequência do 2º ano de enfermagem.

mínimas do 1º ciclo dos liceus (2º ano): eram enfermeiras, a quem o curso de especialização acrescentaria as valências de parteira e de puericultura, justificando-se assim a designação.

Sublinhe-se ainda que o processo de admissão, baseado nas melhores classificações anteriores, incluía uma entrevista, dirigida pela superintendente, com o auxílio das monitoras, que dava origem a um parecer oficial a ter em conta na decisão de admissão ou exclusão, com base numa eventual vocação/adaptação. Um dos aspectos a salientar, pelo efeito de selectividade que introduzia, era o regime de matrícula condicional, que tinha a duração dos dois períodos lectivos iniciais para as parteiras puericultoras e de apenas o primeiro período lectivo para as enfermeiras-parteiros puericultoras, com a justificação de servir para avaliação da «progressiva adaptação profissional das alunas e à verificação das qualidades pessoais consideradas mínimas para o exercício da enfermagem especializada materno-infantil». No final do período condicional era ouvida a apreciação da superintendente da escola para efeitos de confirmação ou recusa da matrícula, para cujo efeito muito contribuíam os comportamentos das alunas face ao quadro regulamentar de deveres.

Que motivações levavam as alunas a inscreverem-se nestes cursos? O nosso painel de entrevistadas sugere algumas razões:

Como havia falta de parteiras e o Instituto Maternal estava muito interessado em baixar a taxa de mortalidade neonatal, deram possibilidade aos alunos de enfermagem que estivessem no 3º ano de, em vez de fazerem todas as pequenas especialidades, ingressarem imediatamente no curso de Enfermeiras Parteiras Puericultoras. Eu sou uma dessas. Ingressei nesse curso em 1955 e o que me levou lá foi essencialmente a Puericultura não a Obstetrícia. (Entrevista A)

Queria uma especialidade, que nessa altura era uma porta de saída muito mais rentável até pelo aspecto monetário. Davam-nos mais 20% e as pessoas ouviam falar nisso e ... eu apesar de jovem também queria ganhar mais e também não queria ficar só com o curso de enfermagem. A psiquiatria também era remunerada, eram as duas áreas possíveis de especialização, mas como gostava muito de crianças optei pela saúde materna. (Entrevista B)

Naquela altura eu exercia funções como enfermeira no serviço de Neonatologia, as colegas que trabalhavam comigo, sobretudo a chefe do serviço, entusiasmaram-me, diziam que era uma formação melhor e também tinha a possibilidade de uma bolsa que facilitava a frequência do curso. Posso dizer que também foi o entusiasmo que eu sentia pela puericultura. (Entrevista C)

O meu objectivo era tirar o Curso de Partos e não o de Enfermagem. Não tenho nada a ver com as Enfermeiras. O perfil é muito diferente: a Enfermeira é submissa e a Parteira tem que ser uma pessoa destemida, tem que estar sempre muito atenta, a Parteira tem que estar atenta a três pessoas mãe/pai/filho. (Entrevista E)

Desde miúda que gostei de enfermagem, brincava muito às enfermeiras, queria muito ser enfermeira, mas também foi por influência duma amiga que também era enfermeira, embora mais velha. Optei pela saúde materna porque não gosto de ver gente a sofrer, tudo isso mexe muito comigo... admiro muito as pessoas que enveredam por esse campo, mas eu gostava de ver nascer, porque nascer é vida, é luz, é tudo. (Entrevista H)

Registe-se o efeito de interiorização das acções de recrutamento por parte do Instituto Maternal, ao divulgar a mensagem de captação de protagonistas para o combate à mortalidade infantil. Mas o grande incentivo expresso para o ingresso das candidatas no curso foi o facto de passarem a integrar uma categoria mais elevada no quadro oficial de serviço, auferindo mais 20% no ordenado relativamente à enfermeira de cuidados gerais, havendo ainda a possibilidade de realizarem partos, sob remuneração, na esfera privada. O esforço para ir mais além e buscar a especialização, numa evidência de realização pessoal, era outro forte argumento aduzido, tanto mais que as instituições podiam conceder bolsas de estudo para o efeito. Mas subsistia ainda outra motivação que passava pela oportunidade de fugir aos serviços mais duros (física ou psicologicamente) que a enfermagem comportava (situações de grandes traumatismos ou contagiosas), com dedicação a cuidados mais afins dos serviços tradicionalmente femininos (o parto, a criança, a mulher).

Componentes lectivas

Em função das condições existentes, o curso de enfermeiras-parteitas puericultoras funcionaria inicialmente em regime de semi-internato. As alunas não internas ficariam sempre sujeitas ao regime de semi-internato, praticando os horários pré-determinados e recebendo as refeições previstas neste regime. O internato processava-se segundo as regras já expostas anteriormente, no que respeitava a pontualidade, comportamento, enxoval, contactos com o exterior, saídas e uso de uniforme. Pouco depois ficou sujeito a regime de internato, por inteiro, pela Portaria nº 16023, de 5.11.1956, que alterava já algumas disposições do Regulamento aprovado em Março desse ano.

O ensino desenrolava-se em aulas teóricas, aulas práticas e estágios, e o calendário lectivo, que se pautava pelo das escolas em geral, continuava a apresentar a particularidade de apenas conceder um mês de férias no Verão (Agosto ou Setembro).

As aulas teóricas tinham a duração de 50 minutos e destinavam-se a «ministrar às alunas os princípios fundamentais das ciências contidas nos planos de estudos». As aulas práticas e os estágios teriam duração variável conforme a natureza da matéria a versar, do local e dos serviços onde se efectuassem. As aulas práticas deveriam funcionar como uma sequência das teóricas, pois teriam como finalidade «ministrar às alunas as técnicas de enfermagem da especialidade, integradas nos princípios referidos nas aulas teóricas», bem como «a execução, por parte das alunas, dos trabalhos práticos relacionados com a profissão». Os estágios deveriam ser realizados em serviços adequados, mas as alunas deveriam passar por todos os serviços considerados necessários para a sua formação especializada.

A natureza intensiva do curso, esgotando o dia das alunas, o que justificaria só por si o internato, é ainda hoje um traço vivo na memória das antigas profissionais:

A carga horária era muito grande. Nós tínhamos uma carga horária que hoje considero extremamente errada, porque era estágio toda a manhã, das 8 horas da manhã até à uma da tarde, e depois tínhamos de arrumar os materiais, preparar os esterilizados, fazer as compressas, porque não havia descartáveis, era tudo lavado e empacotado, era tudo feito por nós. Portanto, saíamos de lá às duas horas a correr e íamos para as aulas em que estávamos até às 6 horas da tarde. Depois voltávamos outra vez ao local de trabalho, porque era tudo na mesma casa, para acabar de arranjar o material e depois à noite estudávamos. Havia uma hora determinada para apagar as luzes [no espaço de internato na Maternidade] e então nós tínhamos que fugir para o outro lado da escola, para as salas de aula, com uma luzinha pequena para estudarmos até às tantas, senão não conseguíamos abarcar a matéria que era muita. (Entrevista A)

Sobressai ainda neste depoimento, a persistência do velho hábito no ensino de enfermagem de utilizar o trabalho das alunas para as instituições de acolhimento e formação. Assim, o horário dos cursos podia contemplar uma jornada contínua de 10 horas de 2^a a 6^a feira (incluindo o sábado de manhã), com parte de estágio e parte de aulas teóricas. Preenchia-se o tempo de tal forma que para o estudo pessoal só havia o tempo nocturno, nas condições difíceis do internato, com horas para tudo.

A intensidade do trabalho derivava de obrigações impostas às alunas para tapar diversas necessidades da clínica hospitalar onde tirocinavam, funcionando como mão-

de-obra para a instituição de acolhimento, aspecto que a própria legislação frequentemente registava, integrando a componente das alunas «tirocinantes» quando equacionava o funcionamento dos serviços e o recrutamento de pessoal (ver, por exemplo, Decreto nº 21301, de 30.5.1932). Este aspecto de aproveitamento da mão-de-obra das estudantes de enfermagem para benefício das organizações hospitalares era um fenómeno habitual, mesmo nos países mais evoluídos, em face da escassez de enfermeiras e da grande deserção após o início de actividade²³⁵. Ter praticantes de enfermagem em serviço efectivo era de tal forma um facto generalizado que a Organização Mundial de Saúde se viu na necessidade de afirmar o «direito a ser estudante», reconhecendo num relatório de 1955 que, em muitos países, estando as escolas agregadas a hospitais, os alunos de enfermagem funcionavam, na realidade, como funcionários ou aprendizes. A OMS defendia, nestas circunstâncias, que fosse a escola a dirigir por inteiro o emprego do tempo do aluno com uma finalidade pedagógica, definindo para isso um limite do número de horas de ensino, excluindo-se o hospital de interferir nesse processo²³⁶.

Corpo docente

Para assegurar o serviço lectivo existiam duas categorias de docentes: professores e monitoras (segundo a reforma de 1952, acedia-se a monitora com a realização de um curso complementar, para o qual se exigiam os requisitos do 2º ciclo dos liceus, curso de enfermagem e 3 anos de prática hospitalar). Os professores eram normalmente médicos (embora houvesse outras formações para matérias de outra ordem), cabendo-lhes regerem as «aulas teóricas de todas as disciplinas, excepto as de técnicas de enfermagem» (Regulamento, art. 100). As monitoras leccionavam as aulas teóricas de técnica de enfermagem e as respectivas aulas práticas, asseguravam a supervisão dos estágios, coadjuvavam a superintendente, vigiavam o estudo das alunas, chefiavam o serviço de enfermagem das enfermarias-escolas e de outras enfermarias que lhes fossem entregues durante os estágios das alunas, informavam a superintendente sobre comportamento, assiduidade e aproveitamento destas. Deviam ainda «orientar técnica e moralmente as alunas, inculcar-lhes o respeito pela profissão a que se destinam e constituir permanente exemplo de fiel observância dos princípios de moral tradicional

²³⁵ FREIDSON, Eliot – *La Profesion Médica*. Barcelona : Ediciones Península, 1978, p. 67-70.

e de deontologia profissional» (Regulamento, art. 101,§7º). Havia ainda as monitoras encarregadas dos internatos, cujas funções eram as de chefiar e administrar tais serviços, residindo aí obrigatoriamente. Note-se que só as monitoras eram profissionais do quadro do Instituto Maternal, sendo os professores contratados em regime eventual para cada ano escolar, embora houvesse indicações para recrutamento preferencial nos quadros do Instituto Maternal.

Esta dualidade mostra a dependência dos cursos relativamente aos professores, que o mesmo é dizer da profissão médica, para a qual era reservado o domínio dos saberes teóricos, persistindo assim a representação tradicional de detentores do saber científico, ficando para as monitoras (enfermeiras) o ensino da enfermagem, os domínios do saber prático e o papel de guardiães dos valores morais pelo exemplo e controlo. Sublinhe-se que as monitoras, pelo regulamento, não podiam abordar, nesta condição profissional, as matérias teóricas, excepto as relacionadas estritamente com as designadas «técnicas de enfermagem», mesmo que eventualmente se sentissem habilitadas para tal (uma disciplina como Deontologia, dado ser teórica, também não competia à monitora).

Plano de estudos

Os planos de estudos eram fixados pelo Ministro do Interior, sob proposta das Escolas. Neste Regulamento de 1956, surgia a adopção do conceito de actividades circum-escolares, iniciativas da escola que visariam promover ou completar a formação profissional, artística ou moral das alunas, através de conferências, visitas de estudo, excursões, sessões de cinema ou culturais. Estes domínios assim saíam do plano de estudos, ao contrário do que acontecia com o curso de enfermeiras puericultoras, mas não saíam do currículo, pois o seu efeito sentia-se do mesmo modo, embora obedecendo a outra arrumação. Na globalidade, o Regulamento de 1956, incluindo as normas pedagógicas, revelavam uma maior racionalidade e uma clara influência de pedagogos na sua elaboração e apresentação ou, pelo menos, na sua depuração antes da apresentação oficial.

²³⁶ A Enfermagem e a Organização Mundial de Saúde. *Revista de Enfermagem*, nº 16, 1956, p. 24-25.

Quadro XVII – Curso de Enfermeiras Parteiras Puericultoras – Plano de Estudos 1956

Disciplinas	Carga horária
Obstetrícia	80 horas
Puericultura e Pediatria	60 horas
Pedagogia e Psicologia	36 horas
Noções de Educação Física	20 horas
Assistência Materno-Infantil	30 horas
Saúde Pública	30 horas
Técnicas de Enfermagem Materno-Infantil	80 horas
Técnicas de Enfermagem Geral	120 horas
Deontologia e Adaptação Profissional	40 horas
Total de horas de teoria	496 horas (20%)
Estágios:	2050 horas (80%)
a) Em consultas: Obstetrícia, Puericultura, Pediatria, Ginecologia.	Distribuição de estágios:
b) Em internamentos: Grávidas;	1º Período – 36 horas
c) Em serviços: Puericultura, Puérperas, Prematuros, Ginecologia, Sala de Partos e Operações, Saúde Pública, Creches, Ninhos e Parques Infantis, Lactários.	2º Período – 490 horas
	3º Período – 468 horas
	Estágio final de 6 meses – 1056 horas

Fonte: Documentação particular

O plano de estudos, enquanto quadro para um saber especializado, surgia agora mais focalizado nas questões de obstetrícia, palavra esta que substitui as anteriormente designadas «patologias», conferindo-se assim um saber mais integrado que tanto devia tocar as patologias como uma compreensão geral. A puericultura, apesar de contribuir para a designação do curso, surgia agora associada à pediatria, revelando a fase da sua ultrapassagem e diluição de cuidados afins por outras áreas, de que a «Assistência Materno-Infantil» seria um exemplo. Em contrapartida, emergia no currículo a Saúde Pública, o que sugere uma preparação para trabalhar fora do hospital, bem como a dupla Pedagogia e Psicologia destinadas a sensibilizar as alunas para uma relação mais compreensiva com a personalidade das utentes, bem como a fornecer algumas noções para a transmissão de práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar da utente. Havia, naturalmente, saberes que se consideram adquiridos, já obtidos através do Curso de Enfermagem Geral. Mas o Curso não dispensava ainda um aprofundamento da enfermagem geral, além do aprofundamento esperado da enfermagem materno-infantil.

A articulação teoria/prática pende claramente a favor da prática, que ocupava 80% do tempo formal de aprendizagem, se bem que esta leitura não possa ser assim tão

linear, dados os espaços de aprendizagem teórica se revestirem, em princípio, da fórmula de aula, com uma concentração elevada de transmissão de conhecimentos, enquanto o estágio decorria no âmbito da rotina dos serviços e seguindo de perto o fluxo (mais ou menos intenso) dos cuidados a prestar. O princípio de uma distribuição descendente na transmissão dos saberes teóricos continuava a manter-se: no 1º período lectivo seriam contemplados com 30 horas/semana; no 2º período, a teoria descia para 9 horas/semana, acabando no 3º período em 5 horas/semana. Em sentido crescente se afirmavam as aulas práticas, que preenchiam os espaços que iam ficando desocupados. Os turnos para estágio relativamente à Assistência Materno-Infantil duravam 24 horas. As visitas de estudo programadas eram em número de seis.

Quais destas matérias foram mais incisivas ou impressionaram mais as alunas? Esta questão dependia, obviamente, de múltiplos factores. Mas, mesmo assim, é interessante conhecer as impressões que a memória das antigas alunas guardou, relativamente ao seu ciclo de formação. Seguem-se três narrativas distintas como exemplos desse questionamento e do subjectivismo que suscitou, ainda que revelando as principais vertentes do curso:

Obstetrícia, tínhamos uma formação naquela área que era um espanto. Os médicos chegavam a cobiçar a nossa formação. Eram umas aulas muito vividas, com muita demonstração, muitos slides, projecção de imagens, era o episcópio, eram muitas peças em formol que eram arrepiantes, mas eram muito importantes. Eram os manequins e muita, muita prática, muitas aulas teórico-práticas, muitas mesmo. Nós tínhamos um exame teórico-prático de horas que os médicos chegavam a ir ver e ficavam espantados. Eu lembro-me dos estudantes de medicina adquirirem a nossa sebenta para poderem estudar porque era muito mais completa do que a deles. Nós tínhamos uma formação muito boa. (Entrevista C)

O que tínhamos de mais inovador era a Saúde Pública. Não tínhamos uma formação multiusos, a formação era para aquele fim e era muito intensiva ... A Ética era uma área muito considerada por causa do aborto, quase não se falava em planeamento familiar, começava-se a falar em meios anticoncepcionais que eram as temperaturas, a abstinência periódica, e o método de Ogino-Knaus e quanto ao resto... ponto final, não se falava em mais nada. A Saúde Pública poderia ter vindo a ser uma coisa muito interessante para fazer a ligação e a continuidade de cuidados, mas as puérperas naquele tempo não podiam sair logo da instituição mesmo que estivessem ótimas, só ao 5º dia é que se levantavam ... eram de um nível social e económico muito baixo e ao 5º dia, se fossem para casa, e entravam numa roda de movimento...como se não tivessem tido um filho. (Entrevista A)

Educação Sanitária, davam muito relevo a esta área nessa altura por causa do ensino que tínhamos de fazer na consulta pré-natal. A filosofia da Escola era que a mulher não devia levar só o filho para casa mas também um novo comportamento, ser uma pessoa mais livre face ao conhecimento, porque nessa época os conhecimentos de alguma população eram rudimentares. [...] as mulheres tinham muitas infecções puerperais, infecções do cordão, porque as pessoas ainda usavam excremento de galinha à volta do cordão! Portanto, nós tínhamos que fazer ensino sobre os cuidados de higiene, lavagem das mãos, tratamento do cordão e cuidados perineais, alimentação... (Entrevista E)

Decorrendo no interior da maternidade, tanto nas aulas práticas e estágios como nas aulas teóricas, o *curso de enfermeiras parteiras puericultoras* era, na boa tradição dos antigos cursos de parteiras, eminentemente teórico-prático, virado para a acção, embora agora, quando comparado com planos anteriores, com uma componente teórica mais lata e mais sistematizada. Mas a considerada natureza periférica desta condição profissional explicava a concentração no accionamento de saberes para a acção²³⁷. Daí a importância da identificação entre local de trabalho e de ensino, consubstanciado na maternidade, que disponibilizava algumas salas para o curso e abria as enfermarias para efeitos de tirocínio prático. Embora o modelo fosse escolarizado, a ideia de uma escola formal, autónoma, com espaço próprio, era aqui inexistente, vivendo-se a prática formativa numa espécie de condomínio, num espaço de concentração de movimentos e de pensamentos. O ensino desenvolvia-se, assim, já numa determinada lógica disciplinar, vivendo-se a ambiência institucional onde as futuras profissionais evoluíam ou interiorizando regras de uma organização que se considerava modelo, caso fossem ingressar posteriormente noutras instituições. Daí a íntima ligação teoria/prática, em que depois de adquirir saber, se buscava logo a sequência de objectivos que passavam por identificar, explicar, fazer:

A relação da teoria com a prática era óptima. Havia uma boa articulação: a teoria era dada e logo íamos para situações de prática. Tínhamos a prática de manhã e tínhamos aulas de tarde e assim tínhamos a possibilidade de logo contactar com a realidade, uma vez que a Escola era na Maternidade. O exame prático era feito junto das senhoras com situações reais, junto das grávidas/parturientes. Primeiro fazíamos o exame teórico e só depois de este estar feito é que podíamos fazer o exame prático que era de uma hora junto da senhora a fazer a observação e a responder às perguntas. Lembro-me que tínhamos uma grande assistência dos médicos a

²³⁷ BARBIER, Jean Marie (dir.) – *Savoirs Théoriques et Savoirs d'Action*. Paris : PUF, 1996.

assistirem ao nosso exame e a doutora M. quando sabia que era uma aluna melhor gostava muito que ela brilhasse... (Entrevista C)

Havia questões transversais, cuja insistência, por parte dos docentes, marcava também as alunas de forma duradoura. Era o que acontecia, nomeadamente, com as que se inscreviam nos domínios da ética e da deontologia, que, tendo disciplina própria, encontravam outros espaços para reflexão no sentido de se encontrar o equilíbrio entre aquilo que se podia fazer e aquilo que se devia fazer. Naturalmente que esta avaliação varia de acordo com os contextos religiosos e/ou ideológicos de cada situação e dos decorrentes princípios morais. A ética e a deontologia participam na construção da consciência profissional, que se começa a adquirir na plataforma inicial de formação e se sedimenta com o exercício prático na vida activa. É essa consciência que condiciona as atitudes a assumir no decorrer do exercício profissional, mediando a relação com o outro. No entanto, como lembra Elliot Freidson, a ética não é um dado inquestionável, tal como o conhecimento, mas antes um espaço problemático na forma como integra a construção de uma profissão. Mais do que a expressão de boas intenções, mais do que códigos e atitudes, a ética deveria ser a «conduta no trabalho», a forma como se controla o desempenho do trabalho²³⁸. Neste sentido, importava interrogar as nossas entrevistadas em relação às preocupações deontológicas que mais as marcaram no decorrer dos seus cursos de *enfermeira parteira puericultora*. Trazemos aqui duas das respostas mais abrangentes:

Era o não, não ao aborto em circunstância nenhuma. Na eutanásia não se falava. No planeamento familiar também não se falava ainda ... que mais recomendações? Objecção de consciência também não... uma coisa que se falava muito era no baptismo da criança. Quando as crianças nasciam em estado de morte aparente e não sabíamos se estavam vivos ou mortos, mesmo com a água do banho, dizíamos «se és capaz, ou seja se estás vivo, eu te baptizo em nome do Pai e do Filho e do Espírito Santo». Foi assim que o padre B. nos ensinou e comunicávamos sempre à mãe. Havia muito, muito, essa preocupação, a não ser que a mãe nos dissesse que não, mas isso não acontecia. (Entrevista A)

A questão do aborto era uma coisa odiada por nós, ouvir falar nessas coisas... sabíamos que nos podiam até difamar por estarmos a tirar um curso de partos. (...) nós nunca chegaríamos a um ponto desses porque a deontologia estava sempre a lembrarmo-nos que era mal feito. É que a Maternidade existia para ajudar as mulheres a não perder os seus filhos, noção que a gente tinha

²³⁸ FREIDSON, Eliot – *La Profesion Médica*. Barcelona : Ediciones Península, 1978, p. 353-356.

muito vinculativa, pois na Maternidade não entrava nenhum aborto provocado, todas as mulheres que tivessem um aborto provocado não entravam naquela porta, que era a defesa da vida. A Maternidade existia para ajudar as mulheres a não perderem os filhos e não a fazer com que elas os perdessem... Era uma coisa que nos repugnava um bocado e penso que marcava as pessoas que saíam de lá com a formação de parteiras. No planeamento familiar falava-se no método de Ogino-Knaus, os nossos professores batiam muito nesse método, embora houvesse muitas pessoas que diziam que tinham muitos «filhos de Ogino». Era apenas o planeamento natural que era divulgado. O que nós fazíamos era ensinar às mulheres o período fértil, havia uns livrinhos de planeamento natural com escalas, tabelas, data provável da ovulação e era por ali que orientávamos as mulheres. Não se falava no método do mucos, nem na pílula, não havia mais nada. Mesmo que existisse, os nossos professores não iam naturalmente incluir os métodos artificiais, mesmo que estivéssemos mais avançados, batiam muito mais nos métodos naturais. (Entrevista B)

Nos vários depoimentos, destacava-se uma mensagem forte veiculada no curso: o não ao aborto provocado, fantasma a combater. Outros temas passavam pela não abordagem da designada «contraceção artificial», sendo aceite apenas a difusão dos métodos de contraceção ditos naturais (Ogino-Knaus), método aceite pela Igreja. Sublinhe-se, como complemento informativo, que o livro seguido nestes cursos em matéria de deontologia era o do jesuíta F. Peiró – *Deontologia Médica*, que teve em Portugal numerosas edições²³⁹, constituindo um verdadeiro catecismo sobre o que um profissional de saúde católico pode ou não fazer em numerosas circunstâncias, nomeadamente nas questões da reprodução e da assistência na gravidez e parto.

Avaliações

O Regulamento debruça-se ainda sobre as formas de avaliação, frequências e exames, cujo modelo seguia com fidelidade, para o ensino teórico, as linhas gerais previstas para o ensino secundário (frequências e exames finais), nomeadamente nas anotações regulares de comportamento (*mau* significava exclusão do curso) e de faltas.

Obter aprovação no curso implicava a conjugação de um conjunto de situações favoráveis, que passavam não só pela aprovação nas disciplinas, pela informação positiva das suas competências práticas nos estágios, mas também pela imagem moral

²³⁹ PEIRÓ, F. – *Deontologia Médica*. Braga: Livraria Cruz, 1951.

e deontológica que a aluna suscitava nos responsáveis da escola, sendo equacionadas as seguintes condições:

- Possuir as «qualidades pessoais necessárias à profissão de enfermagem especializada, reconhecidas pelo conselho escolar»;
- Obter resultados positivos dos diversos estágios;
- Obter uma média mínima, arredondada, de 10 valores em todas as disciplinas (podendo haver a excepção de uma, salvo se inferior a 5);
- Ter efectuado no estágio de obstetrícia a «observação completa de várias grávidas (incluindo dez toques rectais e vaginais) e realizado pessoalmente pelo menos cinco partos» (havia a recomendação para que, na medida do possível, fossem aumentados estes números de observações e partos).

O estágio era um segmento fundamental do curso, correspondendo a seis meses de trabalho por inteiro, após o ano lectivo com aulas teóricas e práticas. Era a imersão na nova realidade profissional, a possibilidade de testar definitivamente os conhecimentos antes obtidos, mergulhando numa nova realidade organizacional. O estágio não era apenas imergir nesse ambiente, pois implicava o cumprimento de um determinado número de requisitos, traduzidos em números mínimos de actos (número de partos realizados, número de assistências a grávidas, número de cuidados a recém-nascidos). Cumprir as metas quantitativas, garantindo a qualidade, era um dos grandes desiderato do estágio, que revelava já uma preocupação de planeamento da actividade, superando o limitado «treino» que durante muito tempo marcou a enfermagem. Ver fazer para depois fazer em consonância, ainda que em moldes renovados, continuava a ser uma regra de ouro para a aprendizagem. Numa fase inicial, as enfermeiras monitoras da Escola não acompanhavam tanto as alunas, sendo as profissionais em contexto de trabalho as verdadeiras mestres das novas «enfermeiras parteiras puericultoras» que cumpriam rigorosamente os turnos existentes, integrando-se nas escalas de serviço. A escassez deste tipo de docentes não as permitia orientar para o ensino e o acompanhamento prático, preocupando-se essencialmente com funções de controlo e vigilância. Mas o acompanhamento por parte de enfermeiras monitoras era considerado como um factor de qualidade para a aprendizagem, até pela aproximação das alunas aos actos de parto, integrando-as nos cuidados a executar, permitindo-lhes alcançar a situação de intervenção de forma a

cumprirem os mínimos estabelecidos para alcançarem a aprovação final no estágio. Com o decorrer do tempo, verificou-se o recrutamento de mais monitoras, para ensino e orientação individual das alunas numa situação de aprendizagem contínua.

Por carência de acompanhantes, só havia uma enfermeira da Escola que quase não ia a estágio, entregavam-nos às profissionais da Maternidade. Já para o final do curso a Escola admitiu mais duas enfermeiras. Achei ótimo porque até aí a enfermeira responsável não podia ir a estágio, visto que estava muito mais ligada à estruturação dos cursos. Entregavam-nos mais às profissionais e eu sentia-me um bocado desamparada. Quando admitiram as outras duas enfermeiras eu senti-me melhor, tirávamos muito mais rendimento da prática, ajudavam-nos muito e até a ter um maior número de partos. (Entrevista D)

O estágio era feito com a enfermeira da cadeira. No 1º parto ficávamos todas à volta, a assistir, enquanto ela explicava todos os procedimentos. Quando estávamos a trabalhar, ela observava e supervisionava, fazendo o ensino necessário. Todos os dias no fim do turno havia uma reunião crítica, no final do estágio. Quando a pessoa estava preparada para começar a trabalhar, começava com uma profissional. As monitoras seguiam sempre a aluna, só quando estava preparada é que ia para turnos. Um dia, às 4 horas da manhã, chamei uma profissional para ver uma grande laceração, calcei a luva e tinha dúvidas, não tinha experiência. Na reunião da manhã a profissional disse à monitora que eu ainda estava muito insegura, que chamava muito... Pois só a chamei uma vez. Então tive que passar novamente para estágio de dia com a monitora para adquirir um pouco mais de experiência e só voltei ao turno quando estava apta. (Entrevista E)

Custos

Os custos do curso tinham agora de ser encarados de forma diferente, dada a sua menor duração: matrícula – 50\$00; caução – 100\$00; admissão ao exame final – 100\$00; a passagem do diploma – 400\$00; a mensalidade seria fixada em cada ano de acordo com o custo de vida. Verbas fixas nominalmente menores do que as do anterior curso de enfermeiras-puericultoras, a que acrescia alguma desvalorização²⁴⁰. O estágio final de 6 meses, realizado em situação de trabalho pleno, teria já uma gratificação equivalente ao vencimento da categoria de estagiário. As alunas que não pudessem satisfazer os encargos do curso, poderiam receber auxílio do Instituto, com declaração escritas de que o poderiam indemnizar posteriormente no posto de serviço que lhes fosse atribuído, através de desconto no vencimento que não poderia ir além

de 10% mensais, para cujo efeito deveriam manter-se empregadas no Instituto até liquidação da dívida, após o que lhes seria entregue o diploma (poderiam ser dispensadas da dívida em caso de bom aproveitamento e comportamento).

Internato

A residência das alunas de enfermagem sempre foi um factor de preocupação dos doutrinadores natalistas e moralistas, na linha de outros modelos escolas tradicionais (como os colégios, os seminários, os asilos), embora produzindo um discurso apropriado à circunstância²⁴⁰. Assim, inerente a esta preocupação, estava a eventual «perdição» das raparigas, longe da protecção da casa paterna, bem como a conveniência de inculcação de valores considerados indispensáveis, evitando-se a interferência mundana, os contactos com o exterior, os fatais descaminhos. O internato produziria vários efeitos: a) económicos, possibilitando a ultrapassagem de problemas deste tipo, através da garantia de alojamento e alimentação, alargando assim a base geográfica e social de recrutamento; b) educativos, na medida em que se submetiam as alunas a regras rígidas de viver colectivo, desde a proibição de namoricos à obrigação de zelar pela limpeza e higiene do quarto e/ou espaço residencial, bem como ao cumprimento de horários rigorosos; c) durante muito tempo, o internato correspondia ao espaço hospitalar, o que criava a disponibilidade por inteiro das alunas para trabalhar nas enfermarias, tradição a que já nos referimos.

Exercia-se, assim, um efeito de controlo sobre o corpo e a alma das alunas, objectivo tantas vezes explicitado. A Portaria nº 16023, de 5.11.1956, atribuía ao internato a função de «formar as alunas nos aspectos moral e social, desenvolvendo nelas o espírito da profissão e os sentimentos de mútua cooperação e solidariedade».

Tendo como referência a Maternidade Júlio Dinis, numa fase inicial, os espaços escolares ficavam no último andar, incluindo as camaratas das alunas. Depois, com a

²⁴⁰ O coeficiente de desvalorização relativo ao período 1951-1957 em relação ao ano de 2001 é de 57,12 (Portaria 1040/2001, de 28 de Agosto, DR. nº 199, de 28.8.2001, p. 5532)

²⁴¹ O internato em enfermagem, sendo embora tributário de outras soluções educativas de internato (desde colégios militares, civis ou religiosos), não deve desligar-se do modelo que constituiu o seu papel inicial na formação adoptada por Florence Nighthale, que em face de um contingente de mulheres de vida dissoluta e/ou alcoólicas que lhe foi entregue para a ajudarem na guerra da Crimeia, procurou, desde logo, «despojá-las de toda a feminilidade e colocá-las acima de qualquer reprovação moral. Deu-lhes uniformes horríveis, recusou-lhes permissão para usar qualquer outro tipo de adornos, proibiu-lhes sair excepto em companhia de outro membro do contingente e racionou-lhes as bebidas alcoólicas». FREIDSON, Eliot – *La Profesión Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978, p. 74.

afecção desses espaços a outras funções, a Maternidade alugou um edifício próximo, adaptando-o a lar. E a passagem dos anos trouxe uma flexibilização dos modelos mais rígidos, sobretudo quando nos meados da década de 50 surgiram as orientações da Organização Mundial de Saúde para evitar que as alunas se transformassem em mão-de-obra barata. O alojamento deixou, então, os interiores dos hospitais (até para estes reutilizarem espaços, afectando-os a outros serviços, permitindo maior capacidade de resposta à expansão da procura hospitalar) e estabeleceram-se lares nas proximidades, constituindo-se em residências mais confortáveis e sem os condicionalismos da vida hospitalar, nem as conotações negativas que antes arrastava, ainda que se mantivessem as regras próprias a este tipo de convivências.

Durante os primeiros 6 meses vivi em casa de meus pais, era externa, depois tive que ficar interna para estudar, para ter mais rendimento, porque no ir e vir perdia muito tempo e o curso exigia muito. Mas era optativo, não era obrigatório... o internato interessava sobretudo às colegas que residiam longe, embora houvesse algumas que residiam no Porto e que também ficavam no internato, como foi o meu caso. [...] Havia uma coisa negativa. Nós como estávamos na Maternidade dormíamos, comíamos, e respirávamos lá... O dormir lá era um dos inconvenientes porque as alunas eram utilizadas abusivamente, não se lembravam que nós tínhamos o estatuto de alunas. Quando era necessário substituir uma enfermeira, mesmo que não estivéssemos interessadas, iam-nos recrutar mesmo numa folga. Eu passei por todos os serviços, daí que a integração [profissional] ... Veja que eu até conhecia a fisioterapia, que foi coisa que, como aluna, passávamos muito pouco com isso, mas era necessário substituir a enfermeira de fisioterapia e da consulta externa de pediatria... eu também fui como aluna para lá. Isto para nós era como uma promoção, agora vejo que era uma coisa mal feita, mas naquela altura ser aluna e substituir uma enfermeira da consulta externa de pediatria era bom, contactávamos com os médicos, ficávamos conhecidas e, pronto, depois regressávamos ao estatuto de aluna no outro dia. (Entrevista B)

Estava externa, ia e vinha todos os dias, mas havia muitos períodos que eu ficava no lar de Cedofeita para estudar. Nós estudávamos muito... O internato acabou na Maternidade porque começaram a requisitar os espaços para os médicos, a ala que agora pertence ao dormitório dos médicos pertencia ao dormitório das estudantes de enfermeiras parteiras. Na medida em que eles começaram a requisitar esse espaço para si, acabou-se com essa possibilidade e alugou-se na Cedofeita aquele alojamento para as enfermeiras. Não era obrigatório, era optativo e interessava muito às pessoas de fora. Era muito importante para as raparigas que residiam em Coimbra, em Cabeceiras de Bastos (situações que existiam no meu curso) terem a possibilidade de ficar internas. (Entrevista H)

2.2 - Curso de Auxiliares de Enfermeiras Parteiras

O Curso de Auxiliares de Enfermeiras Parteiras merece também uma referência, na medida em que foge ao estabelecido nas reformas de 1947 e 1952, que estabeleciam o padrão de a especialização estar dependente do pré-requisito do Curso Geral de Enfermagem. Exigia como habilitações literárias a 4ª classe e o requisito do curso de auxiliar de enfermagem. Tinha como duração 12 meses lectivos, incluindo estágio.

O Curso de Auxiliares de Enfermeiras Parteiras significava a aplicação no Instituto Maternal do modelo dualista adoptado naquelas reformas, mas exigindo às auxiliares de enfermagem, que já tinham um ano de curso, um reforço de formação na área especializada. Esta dualidade prende-se obviamente com as dificuldades de recrutamento derivadas da remuneração esperada, das condições para o exercício profissional e do prestígio social da profissão, aspectos que determinavam, em regra, a origem social das candidatas. Enquanto a enfermagem não conseguiu oferecer condições de atracção de jovens com mais habilitações literárias e de maior condição social, as auxiliares foram um recurso indispensável, constituindo-se significativos contingentes destas profissionais que, muitas vezes, acabavam por assegurar os serviços hospitalares ou em dispensários, normalmente enquadradas por uma enfermeira geral ou especializada.

Era, como se pode observar pelo plano de estudos, um curso mais ligeiro, com 363 horas teóricas e estágios, mas praticamente com o mesmo número de disciplinas (com pequenas variações), embora com uma ponderação menor nas cargas horárias e mais leveza nos conteúdos. Teoricamente, este curso destinava-se a preparar profissionais que apoiassem a acção das enfermeiras-parteiras, preenchendo as necessidades de trabalhadores na área e constituindo uma mão-de-obra mais barata, no pressuposto de que existiriam tarefas que não requeriam o mesmo nível de formação. Na realidade, este curso contribuiu com maior número de alunos, revelando, mais uma vez, que os pressupostos de uma enfermagem de excelência inicialmente defendidos pelo Instituto Maternal ficavam pelo caminho, numa rendição ao realismo das condições sociais, económicas e políticas do país de então.

Quadro XVIII – Plano de Estudos do Curso de Auxiliares de Enfermeiras

Parteiras

Disciplinas	Horas
Obstetrícia	40 Horas
Puericultura e Pediatria	40 Horas
Orientação Profissional	8 Horas
Higiene	20 Horas
Assistência Materno-Infantil	20 Horas
Educação Sanitária	20 Horas
Técnica de Enfermagem Materno-Infantil	80 Horas
Técnica de Enfermagem Geral	40 Horas
Deontologia e Adaptação Profissional	40 Horas
Terapêutica	10 Horas
Dietética	15 Horas
Estágios	

Quantitativos de formação e saídas profissionais

Importa notar que, obedecendo ao mesmo Regulamento, os planos de estudos eram também os mesmos nas várias escolas do Instituto Maternal (Lisboa, Porto, Coimbra), podendo existir pequenos ajustamentos em função das disponibilidades locais, mas, segundo testemunhos, efectuavam-se reuniões entre as responsáveis das várias escolas para ajustarem os pontos dos programas, de forma a facilitar eventuais transferências de alunas e a normalizarem os resultados da formação.

Que volume de profissionais se formava nestas escolas? Veja-se a informação quantitativa a este respeito no quadro seguinte (Quadro XIX), no qual se torna evidente a proliferação da solução derivada das «auxiliares» de enfermagem, que passaram a predominar. A escassez de *enfermeiras parteiras puericultoras* fez com que estas se tornassem uma reduzida elite na organização, sendo essencialmente canalizadas para serviços de chefia e de ensino.

QUADRO XIX - Frequências das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal (Escolas de Partos)

Escolas de Partos	1965/1966			1966/1967		
	Enfer ^{as}	Auxiliares	Total	Enfer ^{as}	Auxiliares	Total
Norte	6	23	29	12	40	52
Centro	7	7	14	1	17	18
Sul	7	39	46	9	36	45
Totais	20	69	89	22	93	115

Fonte: *A Revisão do Ensino de Enfermagem*. Ministério da Saúde: Lisboa, 1966

Em todo caso, quais eram as saídas profissionais? Antes de mais, as Escolas do Instituto Maternal destinavam-se a produzir profissionais para os quadros do Instituto, que tutelava numerosas instituições, muitas delas em expansão, como era o dos dispensários e postos de consulta, numa altura em que a rede de cuidados primários era ainda incipiente. Sabemos que a nova formação correspondeu a uma fase de crescimento dos serviços de assistência não só materno-infantil como geral, de que a nova geografia hospitalar planeada em 1946, ainda que de concretização lenta, foi uma expressão concreta. Depois, verificou-se a estruturação de serviços assistenciais próprios de grandes empresas ou de serviços de previdência. Sabemos, por outro lado, como o nível de alunas nestes cursos era escasso, o que facilitaria a sua inserção perante a expansão desta área de serviços. Uma representação de facilidade de emprego para as novas profissionais especializadas pelo Instituto Maternal tornou-se evidente, nas entrevistadas do nosso painel, as quais atingiram facilmente posições relativamente elevadas na área de enfermagem, já que a grande massa de trabalhadoras era então constituída pelas auxiliares de enfermagem.

Não havia problemas porque havia muito mercado de trabalho, mas também éramos poucas. A Maternidade e os dispensários absorviam a maior parte do pessoal, as pessoas ficavam muito ligadas ao Instituto Maternal porque dava uma certa segurança, não me lembro que alguma colega fosse para o hospital. (Entrevista C)

Mais ou menos a meados do estágio, x pessoas foram convidadas para as ilhas dos Açores e da Madeira para fazerem uma coisa muito curiosa que era, por um lado, ser parteira e, por outro, dar certos conhecimentos às curiosas, porque eram as únicas pessoas que nas ilhas faziam os partos, pois não havia parteiras. Muitas foram e estiveram lá dois ou três anos a montar os serviços para dar resposta às necessidades e para lhes dar uma certa formação, pelo menos algumas noções de higiene e para acabar com alguns tabus com as crianças. As outras não ficaram necessariamente na Maternidade, eu por exemplo não fiquei, fiquei no desemprego dois meses. Acabei em 31 de Janeiro de 1957 e fiquei dois meses, num desespero, eu já estava pronta para ir para as campanhas de vacinação que andavam por aí fora. O mercado de trabalho não era difícil, mas na Maternidade não estavam a fazer admissões de pessoal. Umhas foram para os postos de saúde que era o que queriam para não fazerem noites, outras foram cada uma para a sua terra - Viana, Braga, Guimarães - e ficaram integradas lá nos serviços delas, eu, como era de cá, e outras ficamos à espera. No dia 1 de Março eu fui chamada pela superintendente das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal e pelo Director da Maternidade de Júlio Dinis que me perguntaram se eu queria ficar a trabalhar na Escola. Eu queria trabalhar, fosse lá no que

fosse. Só foi o tempo de fazer a farda e fiquei ao serviço da Maternidade de Júlio Dinis.
(Entrevista A)

De notar a chamada das novas *enfermeiras parteiras puericultoras* para a formação, nomeadamente para serviços peculiares de formação de «curiosas» nos Açores, numa situação em que os serviços oficiais contemporizavam com a ilegalidade tradicional, como forma de melhorar a qualidade de serviços prestados, que ainda não podiam ser praticadas por profissionais devidamente habilitadas, por falta de cobertura do sistema de saúde. Este aspecto é particularmente interessante, na medida em que revela a incapacidade do sistema sanitário de colmatar as lacunas regionais com pessoal habilitado, isto é, de responder ao pedido que afinal já vinha do século XVIII para se distribuírem «parteiras examinadas pelos campos». Pois nos meados do século XX o problema era o mesmo e esmorecia, neste domínio, o discurso de combate ao exercício ilegal, com os poderes administrativos a tornarem-se mais compreensivos desta realidade e a procurarem incorporar no sistema estes saberes práticos, que afinal eram uma das poucas formas de ajudar a nascer nas zonas periféricas, através de formação dada localmente. Pode dizer-se que a escola, numa atitude integradora (ainda que em versão reduzida), foi dialogar com algumas «parteiras curiosas» em vez de estas virem primeiro à escola obter a formação prévia ao exercício profissional.

Esta atitude também reflectia novas posições do poder sanitário internacional, que teve de lidar com situações muito diferenciadas em regiões económica, social e geograficamente contrastantes. É de notar a publicação em português, em 1944, por tradução do original em inglês, de um «Manual para o Ensino das Parteiras», da autoria de Anita M. Jones, produzido no âmbito da Secretaria de Estado do Trabalho dos Estados Unidos. Esta obra tinha como objectivo explícito ser «compulsada por enfermeiras-parteiras e pelas pessoas encarregadas da fiscalização e ensino das parteiras curiosas», tendo em conta o facto, apresentado por relatórios de autoridades sanitárias, de existir um «largo número de puérperas atendidas por parteiras que pouco ou nenhum preparo tiveram para a sua profissão». Em vez de as combater, o Departamento da Criança daquela Secretaria de Estado norte-americana publicava o manual não para ensinar obstetrícia às curiosas num nível desejável, mas para ensinar algumas técnicas de um modo rápido que contemplasse também higiene pessoal e assepsia, de forma a fazer «correr menos riscos às clientes», sensibilizando as curiosas

para convencerem as grávidas e puérperas a submeterem-se aos exames médicos²⁴². A própria Secretaria de Estado norte-americana promoveu a tradução da obra em português, francês e espanhol, dando o exemplo e divulgando uma nova atitude para com as «parteiros curiosas», cuja mensagem terá sido captada pelos serviços sanitários portugueses (não esqueçamos, neste contexto e pela mesma altura, a contribuição da Fundação Rockefeller no apoio a alguns centros de saúde, bem como a influência norte-americana no apoio ao Instituto de Oncologia e à sua Escola de Enfermagem).

Este tipo de posições são mais tarde (1955) adoptadas pela Organização Mundial de Saúde que, face aos numerosos casos nacionais que estão longe de ter uma cobertura sanitária idêntica à dos países desenvolvidos, apresentando uma grande diversidade na prestação de cuidados na gravidez, parto e puerpério, optava por melhorar os serviços de higiene, «evitando perturbar bruscamente os sistemas apoiados em crenças e práticas tradicionais», modificando-os gradualmente por meio da educação sanitária e inscrevendo os cuidados da maternidade nos programas gerais de saúde pública. Dedicando atenção à formação das parteiras, destacava os diversos tipos de pessoas que prestavam assistência, desde as comadres de tipo tradicional, «ainda muito numerosas nos países economicamente pouco desenvolvidos», bem como as parteiras auxiliares e as parteiras diplomadas (e enfermeiras-parteiros). A Organização Mundial de Saúde estabelecia ainda princípios de formação adequados à instrução geral de cada tipo, mostrando a disposição de assegurar também a da «parteira empírico-tradicional cuja influência e papel na colectividade são muitas vezes consideráveis»²⁴³.

Importa ainda referir que estes cursos do Instituto Maternal funcionaram cerca de uma década nos moldes regulamentados. Na verdade, em 1967, o Decreto nº 47884, de 31 de Agosto, veio estabelecer que as escolas de enfermagem oficiais criassem cursos de especialização obstétrica para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, os quais se regeriam já pelos regulamentos das respectivas escolas (Portaria 24231, de 11.08.1969). O ano de 1967 foi, pois, um ano decisivo para uma nova reforma de ensino de enfermagem ao nível da especialização obstétricas (dois anos antes ocorrera nova reforma no curso de enfermagem geral). Acentuou-se o caminho para a

²⁴² JONES, Anita M. – *Manual para o Ensino das Parteiros*. Washington: Imprensa do Governo dos Estados Unidos, 1944 (Tratava-se de um pequeno manual para um curso, concebido para grupos restritos, aulas simples e práticas e demonstrações objectivas, tudo em 19 lições).

profissionalização da enfermagem, passando esta actividade a assumir um maior controlo dos seus processos de formação, não subsistindo razões para que o ramo especializado da obstetrícia, depois de um percurso de convergência iniciado em 1919, tivesse uma formação autónoma do enquadramento geral da enfermagem. Mas os novos cursos que surgem em 1967, embora retocados no programa e, de novo, na designação, ficaram a dever muito a estes cursos de enfermeiras parteiras puericultoras, tanto mais que o pessoal docente continuou a exercer as suas funções nas novas circunstâncias e o novo pessoal entretanto admitido derivava, em geral, da frequência deste curso.

Instituto Maternal - limitações e esgotamento de um modelo assistencial

As alterações radicais nos modelos de formação das enfermeiras-parteiras nos finais dos anos 60 não se podem dissociar de uma avaliação negativa do modelo de saúde institucionalizado, em geral e da assistência materno-infantil em particular, face à persistente retração do Estado em proceder a uma colectivização dos serviços sociais e dos cuidados saúde para alargar a sua abrangência, de forma a criar-se uma situação de maior bem-estar. A expressão geral do mal-estar então vivido ganhou expressão com um «Relatório» da Ordem dos Médicos, que condensava uma espécie de manifesto apresentado ao governo já em 1961, muito por iniciativa de médicos jovens que não vislumbravam perspectivas de carreira²⁴⁴. Nas suas conclusões, reivindicava-se, nomeadamente a definição de serviços médicos, a estruturação dos serviços de saúde, com alargamento dos respectivos quadros e o estabelecimento das carreiras médicas, com graduações e acessos a serem estabelecidos por lei.

A área materno-infantil era um segmento importante dos serviços de saúde e não escapava à visão negativa que envolvia a generalidade do sistema. Com o decorrer do tempo, começaram a surgir as críticas, umas baseando-se no facto de os objectivos fundadores não terem sido atingidos, outras porque achavam que os princípios

²⁴³ A Formação das Parteiras. *Revista de Enfermagem*, nº 10, Agosto de 1955, p. 8.

²⁴⁴ No relatório datado de 2.5.1961, apontava-se, nomeadamente, a proliferação de médicos sem meios de vida, o número estacionário de lugares públicos e sua acumulação nos meios urbanos, estagnação das condições económicas, sobretudo nos meios rurais, a irregularidade do desenvolvimento dos serviços médicos da Previdência e recrutamento não concorrencial de médicos. 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, p. 483-484.

defendidos pelo Instituto Maternal já não se adequavam à realidade dos novos tempos.

Temos de sublinhar a realidade histórica: o Instituto Maternal, na sua institucionalização, que recuava a 1943, em plena segunda guerra mundial, pretendia ser o desenvolvimento prático das recomendações sobre política familiar inscritas no decreto que criava a Organização 'Defesa da Família', em 1935. Nascera para concretizar a ideia de uma rede nacional de cuidados materno-infantis, na linha de uma interpretação populista da puericultura, que se deveria sustentar numa assistência ambulatória ao parto no domicílio, em pontos de apoio locais (postos de consulta, dispensários, lactários) e maternidades para as situações-problema, mas que deviam ser também «escolas de mães». Daí que a estratégia fundamental passasse pela educação da «ignorância popular», em termos de alimentação e higiene infantil. Uma das finalidades passava por desenvolver a «arte de ser boa mãe, para bem dos filhos, para bem próprio, para bem da sociedade», divulgando princípios que podiam «ser reduzidos a sentenças», embora com a sensibilidade conveniente para atrair²⁴⁵. Aqui, a puericultura transformava-se numa tecnologia de intervenção rígida no sentido de regulamentar e vigiar o comportamento das mães, distinguindo as «boas mães» como aquelas que cumpriam os preceitos da puericultura e que, por isso, apresentavam famílias numerosas e sadias, aspectos que algumas campanhas sublinhavam em cartazes.

Assim, o Instituto Maternal constituía uma tardia resposta estatal ao problema da mortalidade infantil, a que não se conseguiu conferir dimensão nacional, com o objectivo de divulgar a aplicação das normas científicas de tratamento das crianças junto das mães. Mas nos anos 50 já poucos articulavam os problemas desta forma, considerando que estas campanhas não tinham sentido fora das condições de vida em geral, isolando-as do estado das condições económicas e sociais em que vivia a maioria da população, ao mesmo tempo que se condenavam algumas normas rígidas adoptadas, nomeadamente ao nível da alimentação, cujo fulcro era a campanha pela amamentação materna, pelos efeitos psicológicos negativos que, com alguma frequência, acabavam por promover frustração junto de muitas mães incapazes de amamentar²⁴⁶. O Instituto Maternal surgia desfasado no tempo e na conjuntura

²⁴⁵ A Jornada das Mães de Família. *Boletim da Assistência Social*, nº1, 1942-43, p. 8-11.

²⁴⁶ OCAÑA, Esteban Rodríguez – La Construcción de la Salud Infantil. *Ciencia, Medicina Y Educación en la Transición Sanitaria en España. História Contemporanea*, 19, 1999, p.19-49.

política, pois o tempo era cada vez mais incompatível com a visão de propaganda que inicialmente alardeava, ainda que desenvolvesse um esforço de ajustamento aos sentidos dominantes no pós-guerra, deixando cair a propaganda para se concentrar gradualmente na investigação e na assistência médica.

Surgiam, pois, interrogações sobre se o Instituto Maternal e o sistema de assistência materno-infantil que lhe estava subjacente funcionavam de forma adequada às expectativas criadas e às necessidades sociais da altura. Diga-se, antes de mais, que o serviço hospitalar prestado pelo Instituto Maternal, nomeadamente pelas suas maternidades, não era gratuito. Com efeito, por um despacho do Ministério do Interior de 19.03.1946, foi aprovada uma classificação da categoria de internadas do Instituto Maternal e respectivas «imposições onerosas», com uma tabela de preços dos diversos serviços. Assim, eram consideradas três categorias:

- a) pensionistas – as que assumiam os respectivos encargos por inteiro;
- b) porcionistas - as que pagariam apenas uma porção dos encargos, sendo a comparticipação assumida por instituições de assistência ou câmaras municipais, segundo os níveis de rendimentos auferidos, a esclarecer por inquérito assistencial;
- c) indigentes – as incapazes de assumirem os encargos, os quais seriam suportados pelas câmaras municipais.

E determinava-se que o Instituto Maternal só podia «admitir doentes nas maternidades que dele dependem ou estejam agregadas mediante guia ou termo de responsabilidade, assumida pelos responsáveis pelos encargos de assistência, devendo efectuar-se o depósito prévio da quantia correspondente a 12 diárias sempre que se trate de doentes a cargo de entidades particulares», pois só em caso de emergência poderia efectuar-se internamento sem termo ou guia.

Destes condicionalismos de internamento deriva a conclusão óbvia de que o sistema apresentava, desde logo, uma intenção de admissões bastante restritiva. Nem todas as parturientes poderiam recorrer às maternidades, aspecto que, de resto, fora assumido pela própria política adoptada, como já vimos, pois valorizava-se o parto no domicílio e até se apresentava que a banalização do internamento se poderia considerar como um abuso. E a rede de maternidades ficou restrita às maternidades iniciais, criadas na década de 1930, com uma cobertura apenas urbana e limitada às três grandes cidades. A rede de serviços para o parto no domicílio, se funcionava limitadamente a partir das maternidades, teria nos centros de saúde espalhados pelo

resto do País um ponto de apoio. Mas os centros de saúde também estavam muito longe de cobrir o País. Nestas circunstâncias, conforme apontavam as estatísticas da época, os partos em casa e sem assistência médica ou da enfermeira-parteira continuavam a ser maioritários, prolongando a situação tradicional, propícia a problemas com a mãe e o recém-nascido²⁴⁷.

Mas é ao nível das opiniões emitidas por técnicos conceituados que emergem as críticas mais incisivas à incapacidade de funcionamento do sistema de saúde e à escassez de resultados, avultando elevadas percentagens de partos sem assistência e uma forte mortalidade neo-natal a nível nacional.

Veja-se, por exemplo, alguém dos primeiros tempos da luta pela assistência materno-infantil e responsável por inspirar algumas ideias-força veiculadas nas primeiras quatro décadas do século XX. Em 1954, o prof. Costa-Sacadura, voltava a público com a sua linha natalista, numa conferência realizada no Porto, promovida pela Liga de Profilaxia Social, na qual fazia uma evocação histórica do combate médico pela criação de maternidades em Portugal e um balanço sobre a obra de assistência maternal entretanto realizada²⁴⁸. Sublinhava que a natalidade continuava a decrescer, embora longe dos ritmos europeus (de 29 ‰, no ano de 1930, para 24 ‰ em 1950), embora agora compensada pelo declínio da mortalidade (que antes parecia subir). E apontava como causas da despovoação em Portugal, as práticas anticoncepcionais e o «apavorante flagelo do aborto criminoso», para explicar que «o enfraquecimento das crenças religiosas tem contribuído, em muito, para o êxito da propaganda dessas práticas», recuperando frases bíblicas sobre a temática da reprodução, mostrando a complacência das autoridades e a crescente sofisticação técnica das «tecedeiras de anjos». Para a sua argumentação, Costa-Sacadura recuperava dados do recenseamento de 1940, segundo o qual já existiam cerca de 400.000 famílias sem filhos ou com apenas 1 filho, numa evidência de práticas de limitação de natalidade, tecendo considerações sobre o egoísmo neste domínio. Mas surgia, na sua expressão, ainda outro factor a diminuir a natalidade, a «destruir a raça», a promover a dissolução da família: o sistema económico, quando arrastava

²⁴⁷ Podemos perspectivar os problemas femininos da maternidade em classes operárias através de estudos que exploram histórias de vida, de que é exemplo o estudo de ALMEIDA, Ana Margarida Nunes de - Entre o Dizer e o Fazer: a Construção da Identidade Feminina. *Análise Social*, Vol. XXII (92-93), 1986, 3º e 4º, p. 493-520.

²⁴⁸ SACADURA, Costa - *Assistência Materna Infantil. Males, Remédios e Males que Ainda não Foram Rremediados. Conferência no Clube Fenianos Portuenses a convite da Liga de Profilaxia Social, a 21.5.1954.* Separata do *Jornal Médico*, XXIV-596, 1954, p. 479-488.

cada vez mais a mulher para o trabalho fora de casa. Tudo ocorria, pois, ao contrário das campanhas natalistas em que Costa-Sacadura tanto se empenhara e que o Instituto Maternal adoptara como suas bandeiras, mas sem eficácia: «Os homens não querem sustentar e educar os filhos e as mulheres não querem ser mães. É a greve da paternidade associada à greve da maternidade». Enquanto o sistema de assistência materna instituído apontava para a promoção da família numa perspectiva tradicional, ou seja, propondo a multiplicação dos filhos e a valorização da mulher como dona de casa e mãe, o que Costa-Sacadura via, desencantado, era «o malthusianismo, o neo-malthusianismo, o *birth-control*, as perversões sexuais e tantas outras práticas» que levavam à esterilidade e à queda da natalidade.

Recorde-se mais uma vez que os fármacos antígenésicos tinham venda proibida ou limitada por receita médica desde 1929, numa listagem regularmente actualizada quando surgiam novos produtos: assim, pelo menos os anticonceptivos só podiam ser utilizados de forma sistemática, sobretudo nas zonas urbanas onde era mais evidente, com a implicação de médicos e farmacêuticos e respectivo receituário. O *birth-control* ia-se disseminando nas camadas sociais com acesso às consultas médicas particulares, o que constituía uma forma de acentuar as desigualdades sociais.

A verdade é que o sistema de assistência materno-infantil, ou seja, a acção do Instituto Maternal, estava pouco mais do que circunscrito a Lisboa, Coimbra e Porto, com níveis baixíssimos de capacidade de assistência nas zonas rurais. Numa investigação sobre a mortalidade peri-natal, na Maternidade Júlio Dinis, o Dr. Carlos Areias²⁴⁹ fornece alguns dados oficiais para o distrito do Porto que são curiosos, pois revelam que, apesar da quebra notória na mortalidade verificada no Porto, os diversos indicadores de mortalidade infantil ainda se apresentavam superiores na cidade do Porto à média nacional, não obstante a cobertura sanitária entretanto realizada na cidade precisamente para combater esse fenómeno (Quadro XX).

Quadro XX: Porto e Portugal (1946-60): mortalidade infantil (por mil)

Local	1946-48	1949-51	1952-54	1955-57	1958-60	Diferença entre 1946-60
Cidade do Porto	152	131	107	94	88	-64
Portugal	110	99	92	88	83	-27

Fonte: Areias, Carlos, ob. cit.

²⁴⁹ AREIAS, Carlos - Mortalidade Peri-natal. Inquérito na Maternidade Júlio Dinis. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XIII, 44, 1961, 17-29.

Essa tendência verificava-se nos diversos indicadores intermédios – mortalidade neo-natal, mortalidade fetal. E todavia a média nacional era conseguida, em grande medida, sobre partos não assistidos. Mesmo no distrito do Porto, neste domínio, só surgiam indicadores satisfatórios apenas para a cidade do Porto e para o concelho de Matosinhos, face a uma situação de não-assistência generalizada no resto do distrito que estava teoricamente sob a cobertura do Instituto Maternal (Quadro XXI).

Quadro XXI - Partos sem assistência no distrito do Porto (1960)

Circunscrição	Partos sem assistência (%)
Distrito do Porto	58
Concelho de Amarante	86
Concelho de Baião	98
Concelho de Felgueiras	87
Concelho de Gondomar	86
Concelho de Lousada	90
Concelho de Maia	83
Concelho de Marco de Canavezes	88
Concelho de Matosinhos	10
Concelho de Paços de Ferreira	97
Concelho de Paredes	90
Concelho de Penafiel	91
Concelho de Póvoa de Varzim	36
Concelho de Santo Tirso	84
Concelho de Valongo	82
Concelho de Vila do Conde	71
Concelho de Vila Nova de Gaia	74
Cidade do Porto	9

Fonte: Areias, Carlos, ob. cit.

Numa perspectiva crítica, o que estava verdadeiramente em causa era a inadequação do sistema de assistência materno-infantil aos novos tempos, aos novos ritmos da medicina e às novas potencialidades técnicas e consequentes exigências sociais, tanto por falta de meios como por limitações de concepção do sistema adoptado. Num trabalho paralelo ao de Carlos Areias, mas relativo à zona centro (Maternidade Bissaya Barreto e Casa da Mãe da Figueira da Foz), José dos Santos Bessa, delegado do Instituto Maternal naquela zona, reconhecia: «Em Portugal, a mortalidade infantil tem baixado muito mais lentamente do que na maioria dos países da Europa e a mortalidade neo-natal não revela qualquer tendência para a baixa – nos últimos dez anos, tem oscilado entre 31,8 a 24,6 por 1.000 nados-vivos. Como, por outro lado, a nossa taxa de nado-mortalidade não tem baixado senão muito

lentamente, somos forçados a concluir que a nossa taxa de mortalidade peri-natal se mantém pouco mais do que indiferente às medidas médico-sanitárias aplicadas»²⁵⁰.

Por estas razões, reconhecia-se nos meios de saúde a importância de olhar com mais atenção para os problemas peri-natais, pelo que José dos Santos Bessa apontava a necessidade de criar um novo patamar de cuidados:

A obstetrícia, vencida a fase de assistência primacial à grávida, passou, de mãos dadas com a Pediatria, a consagrar um interesse quase preferencial ao feto e ao recém-nascido. Passou o tempo em que o feto ou o recém-nascido pouco mais era do que um sub-produto da gestação. Cada vez se torna mais importante estudar e analisar detidamente aquilo a que já se chama – as “doenças tocogenéticas da criança”. Neste capítulo, (haja coragem de o afirmar!) é notável a nossa ignorância. Justo é, portanto, que nos debruçemos sobre este assunto para conhecermos as causas de tantas mortes fetais e infantis e para as sabermos evitar ou dominar.²⁵¹

Assim, a assistência materno-infantil ganhava novos matizes e novos centros de atenção. De entre a numerosa bibliografia que, nas décadas de 1950/60, abordava estas questões, fixemo-nos num pequeno artigo do jovem médico de Coimbra, Mário Luís Mendes, datado de 1956, que se intitula elucidativamente de «Novos conceitos na assistência ao parto». Com números oficiais e gráficos, evidencia o autor que a gravidez e o parto, «que todos proclamamos não serem doenças, causam mais mortos do que algumas enfermidades famosas», constituindo-se a mortalidade infantil inerente ao parto como um problema nacional. A grande explicação desta situação residia, segundo Mário Mendes, na tendência para o parto no domicílio (então ainda nos 80%), e na sua esmagadora maioria sem assistência técnica, o que fazia com que pequenos pormenores do parto se constituíssem em situações fatais, quando poderiam ser rapidamente resolvidos com pequenas intervenções por pessoal especializado e instrumentação adequada. Ora, o sistema de assistência materna existente em Portugal estava orientado para favorecer o parto no domicílio, visão que na perspectiva do autor estava completamente ultrapassada, até porque era economicamente inviável, desde que realizado com assistência oficial.

De facto, não havia técnicos de saúde para acorrer aos partos nos domicílios e, mesmo que existissem, nunca poderiam assegurar as condições técnicas exigíveis em

²⁵⁰ BESSA, José dos Santos – Mortalidade Peri-natal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XIII, 44, 1961, 31-43.

²⁵¹ BESSA, José dos Santos – ob. cit., p. 35-36.

situações de complicação, tudo resultando, em termos práticos, no esquecimento da grande maioria dos partos por parte do sistema, que continuavam entregues a «curiosas» e aos caprichos da natureza²⁵². Ora, se eram aceitáveis os princípios humanos que apostavam no parto no domicílio, as razões médicas ultrapassavam-nos e recomendavam ambientes especializados, que agora ofereciam uma qualidade assistencial que já nada tinha a ver com as representações de horror e de repulsa que o público reproduzia por via das antigas enfermarias de partos dos velhos hospitais. Desta forma, o ponto de convergência teria de se efectuar num outro sentido, o de permitir o parto na clínica, mas reduzindo o tempo de internamento, prevenindo as complicações através de uma assistência pré-natal eficaz, mas garantindo uma rotatividade elevada das parturientes no hospital²⁵³.

Em 1959, segundo posições publicadas na própria *Revista Clínica do Instituto Maternal*, o panorama continuava desolador. Falando do atraso social, das precárias condições económicas, da ignorância do povo como argumentos para explicar a situação de saúde pública então vivida, um outro autor, Tibério Antunes, afirmava:

E se há sector da medicina onde mais se sintam estas nefastas e negativas influências é precisamente este, onde, por um lado, a gestação decorre à margem de todo ou qualquer preceito higiénico ou profiláctico assegurador do bem-estar da mãe como do filho, um parto se realiza sem a mínima garantia de uma conveniente assistência técnica de pessoa e meios, e, por fim, e não menos grave, um puerpério passa sem a atenção e saber dietético alimentar de uma puericultura ignorada que se repercute nas cifras aterradoras de mortalidade da primeira infância²⁵⁴.

Para ultrapassar esta situação, Tibério Antunes mostrava a necessidade imperiosa de a consulta de obstetrícia superar a rotina, não se podendo bastar com o despiste de uma patologia, mas ir mais longe, até por que se começava a verificar a afluência de grávidas às consultas de obstetrícia por iniciativa própria, à procura de assistência pré-natal. Neste contexto, a consulta regular das grávidas devia assumir de facto uma configuração de serviço médico-social, em que a principal função se traduzisse no

²⁵² Sobre a persistência das práticas das «curiosas» e de comportamentos mágicos, cf. JOAQUIM, Teresa – *Dar à Luz. Ensaio sobre as Práticas e Crenças da Gravidez, Parto e Pós-parto em Portugal*. Lisboa: publicações Dom Quixote, 1983. Também para França: BOUTELIER, M. – *Médecine Populaire D'Hier et d'Aujourd'hui*. Paris : Maisonneuve et Larose, 1966, p. 306-309.

²⁵³ MENDES, Mário Luís – *Novos Conceitos na Assistência aos Partos*. Coimbra: separata de *Coimbra Médica*, 3, 1956.

²⁵⁴ ANTUNES, Tibério – Os Serviços de Obstetrícia da Misericórdia de Lisboa. Contribuições para a sua Organização. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XI, nº 36, 1º trimestre -1959, p.19-25.

«ensino» de puericultura pré e pós-natal, a efectuar durante a gestação, com o objectivo de promover a higiene e profilaxia, ou seja, deveria promover-se a substituição das práticas tradicionais por exemplos derivados das novas formas de saber.

Assim, o ensino à grávida deveria ser individual, com base num inquérito às condições sociais e económicas da gestante, para se poder dar sequência prática a um «ensino» que deveria ser personalizado. O profissional deveria socorrer-se para esse efeito de materiais didácticos (modelos, placas, quadros e, mais tarde, para o pós-parto, biberões, tetinas, etc.), como elementos auxiliares de persuasão e esclarecimento. O acto de «ensino» daria lugar a um registo, isto é, a uma ficha onde ficariam assinalados os dados sobre o ensino e a informação médica e social. Que profissionais para este «ensino»?

O ensino às grávidas deverá fazer-se com vantagem por enfermeiras-parteiras e puericultoras, sob a fiscalização superior do médico especialista (parteiro e pediatra), antes do funcionamento da consulta médica e terá por finalidade transmitir os preceitos higiénicos individuais de limpeza, vestuário, exercício físico, descanso, alimentação, etc., que se destinam não só a garantir a evolução normal de uma gravidez como também a preparar a futura mãe para o parto.²⁵⁵

Este tipo de «ensino» era ainda um objectivo tanto para assegurar a higiene da gravidez como para conduzir a grávida ao internamento com vista ao parto²⁵⁶. Com efeito, segundo o autor, a mulher portuguesa parecia fugir do parto por internamento no hospital ou nas maternidades, não obstante já afluir à consulta obstétrica, devendo por isso ser «catequizada» para se «deixar guiar» por especialistas e abandonar as mulheres de virtude ou curiosas que ainda campeavam. Desvalorizava como explicação para este facto a aduzida privação do ambiente familiar que o internamento produziria, pois, na sua óptica, era preciso reconhecer a escassez de camas hospitalares como factor de oposição a um internamento mais generalizado.

Assim, com uma atenção meticulosa no peso das palavras, para não ferir susceptibilidades muitos sensíveis no tempo do Estado Novo, Tibério Antunes propunha uma reforma radical na assistência materna, a qual deveria incluir uma

²⁵⁵ ANTUNES, Tibério – *Ob. cit.*

componente educativa, o «ensino» à grávida, de forma a que esta tomasse consciência do «mistério do nascimento», isto é, se inteirasse, ainda que de forma elementar, dos envoltimentos inerentes ao parto (tempos, condições, riscos, alterações físicas e psíquicas). E se o parto devia ocorrer em situação de hospitalização, para assegurar os meios técnicos disponíveis, o internamento devia ser reduzido ao mínimo, promovendo-se um retorno quase imediato à casa de família, através de transporte adequado, quando se tratasse de parto normal, sendo seguido o seu puerpério no domicílio por pessoal especializado. Que pessoal?

A esse pessoal, enfermeira-parteira ou puericultora, seja verdadeira enfermeira visitadora, será reservado papel preponderante na vigilância da sequência do puerpério, e para além deste, na garantia da observância dos preceitos da puericultora indispensáveis ao desenvolvimento e saúde do recém-nascido²⁵⁷.

Para o médico ficariam reservadas as circunstâncias anormais no processo de maternidade.

Faziam-se sentir em Portugal os ecos de um novo paradigma na assistência materna, o da medicalização intensiva da gravidez e do parto, paralelamente ao reconhecimento de uma nova importância do sistema de saúde. Mas o primeiro passo para esse patamar era, porém, o de incentivar a hospitalização, dado o atraso que se verificava no sistema de saúde e de segurança social.

Neste contexto, o ano de 1958 constituiu uma referência, a prazo, para a adopção de novas medidas e formas de encarar os problemas da saúde em Portugal. Anote-se que, neste ano, o Estado financiou uma visita do Grupo Itinerante de Estudos da Administração de Saúde Pública, da Organização Mundial de Saúde (Decreto-lei nº 41551 de 06.03.1958), a qual não foi alheia aos novos desenvolvimentos da política de saúde, numa altura em que Portugal apresentava os dois grandes hospitais-escolas em Lisboa (Santa Maria, 1953) e Porto (S. João, 1959). O momento simbólico para a reorganização destes serviços foi, sem dúvida, a criação do Ministério da Saúde e Assistência, pelo Decreto nº 41825, de 13.08.1958, no âmbito de uma remodelação do governo e da sua orgânica. Mas, conforme sublinha Gonçalves Ferreira, a alteração

²⁵⁶ Seguimos aqui a terminologia «ensino», dado ser o vocábulo utilizado neste tipo de literatura e nos ambientes de saúde para exprimir a divulgação de instruções sanitárias junto da população, dirigidas para a adopção de comportamentos aplicados como prevenção de riscos.

²⁵⁷ ANTUNES, Tibério – *Ob. cit.*

foi essencialmente institucional, dado que, até esta altura, o sector da «saúde e assistência» tinha apenas direito a uma Subsecretaria localizada no Ministério do Interior, porque, ao nível das políticas de saúde, tudo continuou na mesma durante os anos seguintes, pois, politicamente, persistia ainda a «ideia de que o Estado não devia transformar-se no que se chamava 'estado-providência', com obrigação de satisfazer todas as necessidades»²⁵⁸. No entanto, ficaram ideias a ferver que acabariam por servir de guia e ajudar a rasgar horizontes, nomeadamente no ensino de enfermagem, pois as reformas posteriores que vão acontecer em Portugal neste sector são indissociáveis do Relatório da Organização Mundial de Saúde, na sequência de uma reunião mundial sobre «Ensino de Enfermagem» realizada, em 1955, em Bruxelas²⁵⁹.

O que se pedia era uma abertura para arejar um sistema fechado, limitado, que começava a deixar de ter legitimidade. Na verdade, a organização hospitalar pública reflecte, antes de mais, o posicionamento do Estado perante as questões sanitárias, reconhecendo-se aí, sobretudo, a autoridade que legitima uma determinada concepção sanitária que presidiu ao ordenamento organizacional. Como lembra Eliot Freidson, a acção do Estado, neste domínio específico, foi sempre influenciada por representantes formais do corpo médico, do ponto de vista organizacional ou individual, que procuraram dirigir a acção estatal e administrativa para as políticas desejadas, mas as gerações de médicos também mudam e com elas a avaliação dos sistemas e as concepções sobre as soluções consideradas mais aceitáveis²⁶⁰.

Naturalmente que as representações do funcionamento organizacional, a um nível de micro-observação são diferentes, consoante as vivências de cada um. O conhecimento paralelo ou posterior de outras realidades na prestação de cuidados estabelece patamares de comparação, que evidenciam o relativismo das normas ou

²⁵⁸ FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 353.

²⁵⁹ A Enfermagem e a Organização Mundial de Saúde, *Revista de Enfermagem*, nº 16-17, 1956. A OMS recomenda a centralização e uniformização do ensino, estabelecendo padrões e níveis mínimos de exigência, alargamento do papel da enfermagem aos cuidados preventivos e não apenas curativos, a valorização das organizações profissionais e o seu papel de consulta nas medidas a tomar pelos governos, a definição dos actos terapêuticos que cabem à enfermagem, o direito a ser estudante e não mais um «empregado ou aprendiz» nos hospitais, a definição de responsabilidades do enfermeiro profissional, os princípios de organização escolar e a entrega da direcção das escolas a enfermeiros, maiores exigências no recrutamento dos alunos e a formação de auxiliares de enfermagem, o incentivo à passagem desta área para o ensino superior (o que já acontecia em alguns países), as condições de alojamento dos alunos (mudança do internato para regime de opção), associações de alunos, programas escolares, elementos científicos de base, pessoal docente, métodos de ensino, investigação e administração.

²⁶⁰ FREIDSON, Eliot – *La Profesion Médica*. Barcelona : Ediciones Península, 1978, p. 39.

mesmo o seu absurdo. Pelo contrário, o isolamento e o percurso interno conduzem obviamente a uma valorização institucional que dificulta o visionamento de pontos críticos e produz sentimentos de identidade que se cruzam com o percurso biográfico, com os processos de compromisso que decorrem de uma trajectória profissional num campo socialmente estruturado, que nos revelam a dimensão da socialização secundária como incorporação do «habitus»²⁶¹. Mas a instituição, reconhece-se, não vale por si só, ela é sempre o resultado do estágio da divisão técnica do trabalho, conjugada com as relações políticas e ideológicas em que está envolvida. Ora, ao nível micro, algumas enfermeiras-parteiras também se apercebiam da cristalização de algumas rotinas e do seu processamento rígido, ao nível das práticas e das hierarquias. Por isso, a organização que a maternidade constituía era considerada «também fruto da época em que se vivia», como explicitou uma das entrevistadas do nosso painel, quando as quisemos reportar ao ambiente autoritário do Estado Novo e do ambiente de formação que ela arrastava:

A Escola era quase como a Maternidade e a Maternidade como a Escola, porque era lá tudo. A Escola funcionava na ala da Ginecologia, o alojamento, entretanto, passou para fora da instituição, na Cedofeita, porque os médicos foram requisitando espaço. Era uma instituição fechada, mas havia uma ligação grande entre as pessoas essencialmente no pessoal de enfermagem. Havia uma distância grande entre médicos e enfermeiras, havia um ou outro que era mais cordial, mas a maioria não tinha uma comunicação muito saudável entre as pessoas, cada um funcionava um pouco à parte, pelo que, realmente... até se perdiam as mensagens... daí que muitas coisas não chegassem ao nosso conhecimento. Isto também era fruto da época em que se vivia! (Entrevista C)

Eu considero a instituição pouco humanizada, muito pouco humanizada... nós fomos habituadas, não pelo pessoal de enfermagem, mas pelo director da Maternidade, a ter as senhoras na cama, hirtas, com a touca com os cabelos todos apanhados, de barriga para o ar e não se olhava nada se a senhora gostava ou não gostava da touca. Quando ele passava visita, a senhora tinha que estar naquela posição... Olhava-se para a enfermaria, era um asseio. (...) Em termos de assistência propriamente ao parto... havia muito boas profissionais, eu considerava modelar... mas eu também não conhecia outra e quando vim a conhecer já esta também estava noutro estágio profissional... (Entrevista A)

²⁶¹ DUBAR, Claude – *A Socialização. A Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 66-78.

Havia uma grande afastamento ... mais em relação aos médicos, do que em relação aos outros profissionais. A gestão dos espaços também levava a criar distância entre as pessoas. Os refeitórios nessa altura eram divididos, as empregadas tinham um refeitório à parte, as enfermeiras tinham outro, os médicos tinham outro, o pessoal administrativo não fazia as refeições no das enfermeiras. Isso vinha também desligar as pessoas, um momento de convívio não existia. Havia uma grande separação de classes, o ambiente era frio e difícil, não existia um contacto entre os vários profissionais. O pessoal da Maternidade não entrava todo pela mesma porta, existia uma porta para entrarem os médicos e outra porta para entrar o resto do pessoal. Os médicos entravam pela frente e o restante pessoal entrava pela porta do lado. Era proibido, só no dia da comunhão Pascal é que passávamos por lá, porque dava jeito, para ter acesso ao lago para tirar as fotografias, mas era assim. (Entrevista B)

Maternidade e novos saberes obstétricos

Portugal não poderia deixar de reflectir, ainda que lentamente, os resultados do movimento de medicalização dos partos que se observou em todo o mundo ocidental. O recurso à hospitalização foi uma etapa desse processo de medicalização, expandindo-se largamente após a segunda guerra mundial e traduzindo-se em claras descidas das taxas de mortalidade materna e neo-natal. Em termos europeus, a mortalidade infantil nas décadas de 1960/1970 aproximou-se de níveis muito baixos (alguns países atingiram taxas inferiores a 10 por mil, indicador que se costuma considerar como residual, isto é, relativo a morte por factores endógenos, em relação aos quais pouco haveria a fazer). Entre os contributos para que isto se verificasse contam-se as melhorias nas tecnologias do parto, mas também a sua integração deste processo numa cadeia de cuidados, que passou pelo acompanhamento das grávidas e pelo recurso a meios técnicos que possibilitaram o diagnóstico de situações de risco potencial. As melhorias obstétricas integram-se, naturalmente, num processo mais largo, a que alguns chamam a «transição sanitária», por sua vez integrante do processo mais complexo em que a situação demográfica se articula com fenómenos económicos, políticos, tecnológicos, culturais e biológico-epidemiológicos²⁶².

Podemos dizer que, à medida que os filhos se tornaram raros (dada a possibilidade de a mulher controlar a sua reprodução através dos meios

²⁶² REDONDO, Rosa Gómez – Morir Infante o Morir Anciano. *Historia Contemporanea*, 1999, nº 18, 13-18 (artigo de introdução a um dossier sobre «Mortalidade Infantil y Condiciones de Vida en La

anticoncepcionais), cresceu o investimento privado e público na qualidade do processo de maternidade, desenvolvendo-se novas culturas obstétricas.

O internamento subiu gradualmente, tornando-se quase absoluto na maioria dos países avançados, ainda que num ou noutro país prevalecesse alguma margem para o parto no domicílio (Holanda, por exemplo). Mas este foi sendo abandonado: por exemplo em França, representava 45,6% em 1952, mas apenas 1% em 1974²⁶³. Se a isto acrescentarmos a difusão generalizada dos métodos anti-conceptivos, com os sistemas de segurança social a integrarem a valência do planeamento familiar, podemos dizer que a condição da mulher melhorou consideravelmente, na medida em que tanto podia programar os seus nascimentos como assegurar uma boa qualidade do bebé, através da assistência pré-natal, controlada por técnicas sofisticadas de laboratório, de que a ecografia se tornou no exemplo mais popular.

O recurso às maternidades e capacidade de acolhimento cresceu de tal modo que a assistência ao parto se banalizou nas estruturas hospitalares: hoje a mulher só permanece entre 24 a 48 horas na maternidade, em situações de parto eutócico, quando no início do século XX poderia demorar-se 8 a 10 dias, em iguais circunstâncias. Por isso, a hospitalização não ofereceu apenas quadros de eficiência tecnológica, desenvolvendo-se mesmo discussões públicas sobre algumas complicações obstétricas ou sobre as técnicas utilizadas. Mas, o parto também perdeu o seu sentido de ritual familiar, com a ida apressada da mulher para a maternidade e o retorno posterior já com todos os trabalhos realizados. A hospitalização intensiva levou a que se falasse, neste contexto, de «empresa médica» e de «partos em cadeia», gerando-se um ambiente despersonalizado, em que a indiferença da equipa hospitalar (médicos, parteiras, enfermeiras, ligados pela divisão do trabalho) em relação à situação particular do parto chocava com as expectativas mais emocionais da mãe.

O crescendo de técnicas obstétricas colocava gradualmente em causa o papel tradicional da parteira. Assim, sobre o mesmo objecto profissional – o parto – cruzavam-se os olhares e a acção da parteira e do obstetra, numa tradicional divisão

Europa del Sur»). Sobre Portugal, cf. BANDEIRA, Mário Leston – *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: ICS, 1996.

²⁶³ KNIBIEHLER, Yvonne – *La Révolution Maternelle. Femmes, Maternité, Citoyenneté depuis 1945*. Paris: Perrin, 1997, p. 59. Note-se que a quebra da mortalidade infantil não decorre necessariamente da hospitalização, pois, como esta autora mostra, na Holanda onde se manteve uma tradição de parto no domicílio (35%, em 1980), a mortalidade desceu mais do que em França. E refere que os holandeses nunca quiseram tratar a gravidez e o parto como uma doença, mantendo o seu carácter íntimo, familiar e natural. Por isso, a grávida era seguida sempre por uma parteira ou um médico generalista e não por um ginecologista (ob. cit., p. 59-60).

técnica de trabalho que atribuía o designado «parto normal» ou eutócico à acção da parteira e o parto distócico ao obstetra. Como temos vindo a sublinhar, a delimitação destas situações nunca foi pacífica. É no julgamento do caso concreto, em que a decisão se tem de conjugar com a urgência da situação, que, em última instância, tudo se decide.

Esta questão é tanto mais pertinente quanto, no decorrer do século XX, se discutia cada vez mais o papel do médico no parto normal, discussão que o Instituto Maternal começou também a promover nos anos 50, depois de ultrapassada a fixação inicial na vantagem dos partos no domicílio. Um artigo de Gonçalves de Azevedo Filho, inserto na *Revista Clínica do Instituto Maternal* ajuda-nos a compreender a discussão sobre a evolução das atitudes intervencionistas dos médicos na generalidade dos partos²⁶⁴. Assim, dessa discussão, que se baseava no melhor conhecimento dos mecanismos de parto e na possibilidade de o parto normal resvalar para o campo da patologia, resultavam duas atitudes médicas opostas: a *atitude abstencionista*, que reservava para o médico uma função de vigilância atenta, com a intervenção a ocorrer quando detectado algum desvio no tipo fisiológico, a carecer de alguma manobra correcção; e a *atitude intervencionista*, que aconselhava a intervenção médica em todos os partos eutócicos, «quer receando a distocia, quer por motivos sentimentais, aconselhando que sejam instituídos sistematicamente em todos os partos eutócicos, não só o tratamento profiláctico da distocia, como ainda os meios de diminuir em duração, intensidade e sofrimento inerentes ao parto». Como explica Gonçalves de Azevedo, antigamente, os parteiros centravam a sua atenção no corpo do útero, depois alargaram-na à região cérvico-segmenar e às suas funções musculares no fenómeno da dilatação, que vão para além da acção mecânica da bolsa de águas. Em termos de intervenção médica no parto normal, tudo começou, em 1912, quando Van der Hoeven aconselhou a rotura das membranas ovulares a partir da dilatação de 4 cm para acelerar o trabalho de parto e diminuir o número de intervenções cirúrgicas; mais tarde obtinham-se resultados semelhantes com a administração de espalmalgina (um antiespasmódico); em 1930, Kreis, passou a associar sistematicamente os dois métodos «em todos os partos normais como profilaxia dos estados espasmódicos, técnica que designou com o nome de *parto médico*», como forma de combater os dois tipos de espasmos, os provocados pela bolsa de águas e os que são independentes

dela. Esta técnica permitia um maior número de partos espontâneos e encurtamento da duração do trabalho de parto. Para superar alguns inconvenientes, Voron e Pigeaud introduziram algumas alterações técnicas, promovendo o designado «parto dirigido». Estas posições eram naturalmente criticadas pelos que viam nelas uma acção de contrariar «o mecanismo natural de parturição», vislumbrando ainda outros inconvenientes.

Levada ao grau extremo, esta posição intervencionista significaria o fim das parteiras, na medida em que o conceito de parto natural se esvaziaria, para dar lugar à intervenção médica. Mas, até pelos custos económicos, esta atitude tem constituído essencialmente uma tendência e não uma realidade absoluta, exprimindo uma diferenciação classista de cuidados, aplicando-se, sobretudo, nos cuidados particulares a que as parturientes dos estratos sociais mais altos recorriam, em clínicas privadas. Para as organizações da assistência social, as posições abstencionistas continuaram a prevalecer no interior de hospitais e maternidades, naturalmente perdendo terreno à medida que se expandia o corpo clínico e se conjugava com a diminuição do número de partos por via do declínio da fecundidade, num jogo que tem permitido uma assistência médica mais intensiva, fruto de diferentes culturas obstétricas, ou seja, de diferentes formas de entender a acção de ajudar a nascer.

Paralelamente, desenvolveram-se métodos alternativos para ajudar a nascer, de que o exemplo mais popular nos anos 50 foi o «parto sem dor», o qual, pela sua popularidade merece uma referência particular, até porque recuperou para a parteira uma possibilidade de maior intervenção, acompanhando a grávida na preparação para o parto e conduzindo o processo para um comportamento «natural», o que diminuiria o controlo médico sobre o parto, caso estas práticas se generalizassem.

Assim, na década de 1950 difundiu-se nos países ocidentais essa nova metodologia de preparação para o trabalho parto, oferecendo uma perspectiva mais humanista – um parto sem dor. Note-se que, tal como diz Yvonne Knibehler²⁶⁵, as dores do parto foram sempre objecto de justificações simbólicas, que remetem para as mitologias da criação do mundo, representando para os cristãos uma forma de expiação do pecado original e um elemento indissociável das representações do amor maternal.

²⁶⁴ AZEVEDO Filho, Gonçalves de – O Papel do Médico no Parto Normal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, nº 8, 1951, p. 27-32.

No século XIX, ensaiaram-se as primeiras medidas para atenuar as dores no parto, recorrendo-se a diversas soluções anestésicas, como já referimos em capítulo anterior. O que se passava agora na década de 1950 era, contudo, uma solução inovadora, baseada na importação de um modelo desenvolvido na União Soviética nas décadas de 1920/30, com base nas teorias pavlovianas sobre os reflexos condicionados, de que as dores no parto seriam uma forma de expressão. Este método foi muito popularizado depois pelo Partido Comunista Francês, através do médico Fernand Lamaze, que numa viagem a Leninegrado vira as mulheres a prepararem-se para o parto como quem aprendia a nadar ou ler e escrever, observando depois partos em que as mulheres davam à luz com a maior serenidade. Uma metodologia alternativa, mas convergente, era a desenvolvida desde 1929 pelo médico inglês Dr. Read, que, em 1933, publicara um livro intitulado «Parto natural», defendendo que este acto deveria ser indolor, desde que se retirassem os fantasmas do medo enraizado nas mulheres, pela educação psíquica e física da grávida.

Depois dos obstáculos e ironias tradicionais e alguma desconfiança, até por razões de origem, o designado «método psicoprofilático» ou «parto sem dor» teve a aprovação papal em 8 Janeiro de 1956, o que representou uma revolução na forma de entender o parto por parte de entidades poderosas que controlavam a moral pública²⁶⁶. O Estado francês passou, seis meses depois, a reembolsar os custos de seis sessões de preparação. O método tornou-se popular à esquerda e à direita, como sublinha Yvonne Knibehler: à esquerda, as parturientes e as parteiras que protagonizavam estes métodos auto-representavam-se como pioneiras de um mundo novo, que recusavam o sofrimento e afirmavam o triunfo da ciência e da vontade do indivíduo; à direita, este «parto sem dor» surgia como uma aplicação da moral personalista, como uma humanização de funções naturais, como uma expressão do domínio de si, da valorização feminina e da maternidade. Paralelamente, a psicologia louvava a reconciliação da mulher com o seu corpo e a sua integração num movimento relacional, com a equipa de preparação, com outras grávidas, com o pai da criança e com o próprio bebé. Havia um planeamento e um investimento pessoal e do casal em todo o processo que, fundamentalmente, servia para explicar à grávida os mecanismos psicofisiológicos e a ministração de técnicas de relaxamento, a partir das 28 semanas,

²⁶⁵ KNIBIEHLER, Yvonne – *La Révolution Maternelle. Femmes, Maternité, Citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin, 1997, p. 63.

aconselhadas para o acto do parto, de forma a que a parturiente se tornasse activa e colaborante, vivendo com satisfação esse momento único²⁶⁷. Se os resultados nem sempre eram bons (sobretudo quando a fase final do processo, ou seja, o parto, não era contemplado por uma instituição com profissionais adeptos do método), houve toda uma compreensão dos problemas psicológicos que agravavam o processo e uma chamada à participação mais activa da mulher, a uma maior responsabilidade feminina no trabalho do parto²⁶⁸.

Como alguns manuais salientam, a expressão «parto sem dor» corporizava, na verdade, uma «preparação para o parto», ou seja, apresentava-se como um «método psicoprofiláctico» com base numa tríplice instrução – obstétrica, física e psíquica. Fundamentalmente, este método, segundo Pierre Vellay²⁶⁹,

visa suprimir a dor, ligada no cérebro da mulher à contracção uterina; tende a destruir a estreita cadeia que se criou entre a contracção uterina e a dor a ponto de as confundir, ou mesmo de substituir uma pela outra. Diferente dos outros métodos conhecidos quer sejam os baseados na anestesia ou na amnésia medicamentosa, diferencia-se igualmente daqueles que derivam da hipnose, da sugestão e ainda dos psíquicos, mais conhecidos pelo nome de «parto sem medo». Todos estes métodos têm um valor inegável. Como a psicoprofilaxia, têm o objectivo de melhorar as condições da mulher em trabalho de parto, mas são etapas intermédias necessárias que conduziram progressivamente a obstetrícia à psicoprofilaxia. Ela própria está em perpétua transformação (...) A Escola Pavloviana demonstrou que a sensação dolorosa era de natureza cortical. E, sendo ela a consequência das lutas entre córtex e subcórtex, pode suprimir-se pela criação de reflexos condicionados.

Esta instrução visava essencialmente reintegrar o parto no seu quadro natural, ou seja, no domínio fisiológico, encarando-o como um acto normal da vida da mulher, criando emoções positivas, através duma relação de confiança entre a parturiente e a equipa de saúde, de um «ensino» à mulher para saber ser mãe, assumindo uma

²⁶⁶ VINCENT, Gérard – Segredos de Família. ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges (direcção) – *História da Vida Privada*, V Volume. Porto: Edições Afrontamento, 1991, p. 257.

²⁶⁷ KNIBIEHLER, Yvonne – *La Révolution Maternelle. Femmes, Maternité, Citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin, 1997, p. 65.

²⁶⁸ Sobre o «parto sem dor», ver, por exemplo, *Parto Sem Dor, Um Guia Indispensável*. Lisboa: Livros Horizonte, s/d. MERGER, Robert; CHADEYRON, Pierre-André – *O Parto sem Dor*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1964. VERMOREL, Henri – *O Parto Sem Dor pelo Método Psicoprofiláctico à Luz da Doutrina Fisiológica de Pavlov*. Lisboa: Edições Cosmos, 1957. JEANSON, Colette – *Principes et Pratique de l'Accouchement Sans Douleur*. Paris : Éditions du Seuil, 1954.

posição activa em vez de passiva: «em vez de suportar o seu parto, dirigi-lo-á, controlá-lo-á»²⁷⁰.

Este método de preparação para o parto, que exige um treino organizado, foi uma das alternativas surgidas ao modelo médico-hospitalar que se tornava tradicional e massificado. Representou um esforço alternativo para a afirmação consciente da mulher em situação de parto, que recusavam o hábito de serem consideradas como doentes, preparando-se para enfrentar o momento de dar à luz com calma e tranquilidade. A preparação psicoprofiláctica acabou por se integrar nas terapêuticas da obstetrícia, às vezes complementada com analgesia medicamentosa, mas essa preparação vai para além das circunstâncias do parto, elucidando sobre os problemas psicológicos da gravidez e das consequências do parto, introduzindo uma atitude voluntária. Em Portugal a sua aplicação foi muito restrita, frequentemente por oposição médica institucional, sendo o método divulgado em clínicas particulares de alguns obstetras e parteiras (só recentemente, foi admitido no âmbito das consultas pré-natais do serviço nacional de saúde por parte de algumas instituições). Em todo o caso, importa registar que, por decisão do Dr. Pedro da Cunha, da direcção do Instituto Maternal, foi uma missão médica a Paris, em Janeiro de 1955, frequentar cursos e inteirar-se dos processos do «parto sem dor» nos três centros que desenvolviam estes métodos: Hospital de Saint Antoine, Maternidade Pinard e Clínica dos Metalúrgicos. Esse grupo era constituído pelo próprio Pedro da Cunha, por Elísio Montargil e Ibérico Nogueira²⁷¹. Montargil veio particularmente entusiasmado com o método de Read, elaborando um relatório minucioso e cativante, pedindo que os superiores atendessem ao método, ainda que fosse necessário reorganizar nesse sentido as maternidades, lançando projectos-piloto. E, sobretudo solicitava: «não podemos nem devemos prometer a todas as mulheres que irão ter os seus filhos sem dor, mas podemos e devemos prometer a todas elas uma humanização do parto, dando-lhes a garantia que numa grande maioria não há sofrimento. Isto hoje não é

²⁶⁹ VELLAY, Pierre – Prefácio. *Parto Sem Dor, Um Guia Indispensável*. Lisboa: Livros Horizonte, s/d.

²⁷⁰ VELLAY, Pierre – ob. cit., p. 8.

²⁷¹ Há notícias dispersas que nos dão conta de outras visitas de estudo a clínicas do parto natural, em França, para a mesma altura, a da conhecida enfermeira de Coimbra Maria Fernanda Resende, em 1955. Estas visitas ou estadias para cursos multiplicaram-se na década de 50, para diversas áreas, sendo uma das escolas escolhidas a École Supérieure pour Infirmières-Monitrices, da Universidade de Louvain (Bélgica), para onde seguiu, em 1955, um grupo de 8 enfermeiras de diversas escolas, incluindo uma do Instituto Maternal. Muitos outros casos de formação no estrangeiro se verificaram,

utopia, mas sim realidade que não pode ser desconhecida dos homens que dirigem, com vontade de acertar, a Assistência em Portugal»²⁷².

Em qualquer caso, os cuidados do parto seguiram maioritariamente o padrão hospitalar. O desenvolvimento da ciência médica em geral e a complexificação das organizações hospitalares dispararam no pós-segunda guerra mundial, muito por via da canalização de recursos e do reconhecimento das exigências sociais que a estruturação do Estado-Providência permitiu nos países ocidentais. O hospital configurou-se como uma instituição complexa, de múltiplas valências e especialidades, desenvolvidas em torno de tecnologias sofisticadas, sendo gerido segundo princípios de racionalidade económica. Com a tendência para a legalização da contraceção e a sua inserção posterior no seio das políticas de saúde dos sistemas de segurança social, os casais e as mulheres passaram a poder controlar a sua fecundidade, ultrapassando as soluções artesanais que sobreviveram durante anos. O campo de cuidados de saúde na área da fecundidade viu simplificados e qualificados os procedimentos do nascimento para, em contrapartida, esses cuidados se alargarem a outros domínios novos da saúde da mulher, que passam pela vigilância ginecológica, aconselhamento sexual, observação de gravidez, exames laboratoriais, bem como procedimentos para a ultrapassagem dos problemas de esterilidade.

Como explicam Dagnaud e Mehl, com o desenvolvimento económico das sociedades ocidentais, explodiram os «consumos médicos», respondendo às necessidades de uma sociedade que perdeu as referências transcendentais e viu crescer os valores individualistas: este aspecto tornou-se muito visível na componente feminina emancipada, aquela que «entende viver livremente a sua sexualidade e programar os seus nascimentos»²⁷³.

Com estas tendências todas as profissões tradicionais de saúde foram afectadas, tendo de se ajustar e conformar aos novos padrões organizacionais e tecnológicos. Como vários autores²⁷⁴ sublinham, a diminuição do exercício domiciliário e a gradual ampliação do exercício hospitalar representou para as várias profissões de saúde uma

sendo depois estas enfermeiras fundamentais para a europeização dos modelos de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, nºs 11 e 13 de 1953.

²⁷² MONTARGIL, Eliseo – Relatório duma Viagem a Paris, como Bolseiro do Ministério do Interior a Fim de Estudar os Métodos do Chamado Parto sem Dor. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, nº 19, Dezembro de 1954, p. 55-66.

²⁷³ DAGNAUD, Monique; MEHL, Dominique – Les Gynécologues 1 : Une Profession sous Influence. *Sociologie du Travail*, 2/88, p. 271-286.

maior inter-dependência, dado o maior controlo e divisão de trabalho praticados no hospital. Esta afirmação é verdadeira para as enfermeiras, para as parteiras (mesmo quando não são enfermeiras, como se verifica no caso da França) e mesmo para os clínicos gerais, que perderam perante as novas especialidades e a prática do diagnóstico com base em exames laboratoriais prévios²⁷⁵, num processo de recomposição geral das profissões de saúde que tem determinado os ajustamentos mais recentes dos respectivos modelos de formação.

²⁷⁴ AIACH, Pierre; FASSIN, Didier – *Les Métiers de la Santé. Enjeux de Pouvoir et Quête de Légitimité*. Paris : Anthropos, 1994.

²⁷⁵ DAGNAUD, Monique; MEHL, Dominique – Les Gynécologues 2 : Une Profession Influente. *Sociologie du Travail*, 2/88, p. 287-300. FELLOUS, Michèle – La Revolution Échographique. *Sociologie du Travail*, 2/88, p. 301-322. DESPLANQUES, Guy – Comportements Démographiques : une Fécondité Maîtrisée. *Sociologie du Travail*, 2/88, p. 353-366.

CAPÍTULO VII

INTEGRAÇÃO PLENA NA ENFERMAGEM: AS REFORMAS DO ENSINO GERAL E A ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

A enfermagem passou, como vimos, a constituir o primeiro nível de formação das parteiras, a partir de 1919. Deste modo, estas profissionais passaram a designar-se de enfermeiras-parteias e a incorporar, através dos dispositivos de formação, os tipos de saberes, de práticas e de vivências organizacionais da enfermagem e a serem alvo das respectivas representações sociais. Nos finais da década de 1940, uma nova geração de parteiras foi já apresentada como sendo «enfermeiras puericultoras», obedecendo a um novo modelo de formação que se pretendia viesse a substituir o anterior e a sua designação, numa atitude de ruptura que se revelou de curta duração. O posterior ajustamento institucional, no sentido da plena integração da parteira na enfermagem, apresentou, de forma definitiva, a actividade como sendo de uma enfermeira especializada. Se houve continuidade neste processo, verificaram-se também muitas alterações no enquadramento profissional e formativo da velha «arte de partejar», que se devem compreender no contexto das transformações verificadas também no sector da enfermagem. Por essa razão, estudar, ao longo do século XX, os percursos de formação da parteira (depois «enfermeira-parteira», «enfermeira puericultura», «enfermeira parteira puericultora» e «enfermeira obstetra»), implica conhecer os desenvolvimentos de base que se verificaram no domínio da enfermagem, que, aos poucos, absorveu por completo aquele campo de actividade.

Esse processo de integração acentuou-se com a chamada «reforma da assistência», na década de 1940, que se tornou determinante no campo da formação do pessoal a empregar nas diversas áreas da saúde. E um dos sectores que experimentou maiores alterações foi, sem dúvida, o da enfermagem, pois até aí assentava numa programação curricular tão débil que se limitava quase só a um longo tirocínio hospitalar, sem enquadramento teórico minimamente estruturado a sustentar a prática, apesar da existência de duas escolas públicas (Artur Ravara, Ângelo da Fonseca, esta última ainda sem esta designação, só atribuída mais tarde, e localizadas, respectivamente, em Lisboa, Coimbra) e da escola assegurada pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, ligada ao Hospital de Santo António (depois designada de Escola de Enfermagem D^a Ana Guedes da Costa), para além de algumas outras escolas particulares. O crescimento do «modelo assistencial» para os cuidados de saúde no mundo ocidental

fez voltar a atenção para o corpo de enfermagem, apostando-se na sua multiplicação e qualificação, entre os países desenvolvidos. Esses ecos da reorganização sanitária também se fizeram sentir em Portugal, em função da reforma da assistência, condicionando assim a formação das profissionais que se destinavam a prestar cuidados a parturientes e recém-nascidos. Para reconhecermos esse condicionamento importa fazer uma breve digressão pelos novos contextos de formação da enfermagem que então se estruturaram, na medida em que eles constituíam um espaço de formação que se apresentava como a primeira etapa da socialização secundária a que as candidatas ao curso de parteiras se submetiam, pois tinham de apresentar como requisito o curso de enfermagem.

Pensar a Reforma da Enfermagem (1942)

O quadro legal para a reforma do sector de ensino da enfermagem ficou estabelecido nas suas linhas gerais com o Decreto n.º 32612, de 31.12.1942. A situação respectiva era reconhecida como apresentando «graves deficiências» nessa altura. A aprendizagem das enfermeiras, dizia-se, era «confiada ao simples tirocínio prático ou à improvisação de boas vontades», com as escolas a trabalharem «longe de uma acção educativa e exemplificadora eficiente», uma vez que não havia «pessoal de escol», ou seja, uma elite profissional devidamente seleccionada a dirigi-las, colocada ao serviço do ensino. Para agravar a situação – reconhecia o decreto - verificava-se a ausência de qualquer tipo de coordenação entre as escolas existentes que permitisse valorizar o trabalho desenvolvido e uniformizar a formação, de forma a dotar as/os profissionais de competências semelhantes entre si. Não pretendendo para si o exclusivo do ensino de enfermagem, o Estado reservava o direito de fiscalizar docentes, programas e a selecção dos candidatos a «auxiliares de medicina» em função do aparecimento (ou legalização) de escolas particulares de enfermagem.

Mas o decreto acima referido sublinhava ainda a importância de outros factores, para além da competência técnica para a enfermagem, 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 a apurar e cultivar em escolas e estágios». Criava mesmo uma comissão para o estudo mais completo das reformas a adoptar, com base na Escola Artur Ravara, de Lisboa, então funcionando como modelo. E surgia de novo a decisão polémica já antes imposta nas candidaturas ao exercício da

enfermagem hospitalar: era condição indispensável aos candidatos do sexo feminino serem solteiras ou viúvas sem filhos. Idade entre os 18 e os 30 anos, habilitação comprovada em exame de admissão (com mínimo de habilitação de 4ª classe, mas ficando dispensadas de exame de admissão quem apresentasse certidão do 1º ciclo liceal), «bom comportamento moral e teor de vida irrepreensível», robustez física, eis outros requisitos para admissão. O curso geral teria a duração de dois anos e as especializações a duração de três meses a um ano, conforme a especialidade (eram referidas: enfermeiras hospitalares, enfermeiras visitadoras, enfermeiras puericultoras, e várias sub-especialidades, como era o caso das enfermeiras psiquiatras).

Começava, entretanto, a reconhecer-se que o ensino da enfermagem cabia à própria enfermagem, através de um discurso ainda tímido, mas tendente a uma autonomia técnico-profissional, que prometia despir-se de paternalismos e de imagens missionárias para se basear em conceitos como prática, deontologia e investigação, embora surgissem algumas insistências conservadoras em algumas matérias.

No campo das medidas práticas, o Decreto n.º 32612 desenvolvia-se em torno da Escola Artur Ravara, para cuja reorganização se criou uma comissão constituída pelo director-geral de saúde, enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos e o director da dita Escola (Luís Adão). As transformações aqui operadas e consideradas positivas deveriam depois ser aplicadas a todas as Escolas que dependessem do Ministério do Interior, por onde corriam então os serviços de assistência. Deixando à comissão a função dos estudos de pormenor e a execução da reforma, fixavam-se as grandes linhas, atribuindo-se ao Governo:

- a definição de condições para admissão aos cursos de enfermagem;
- o princípio da proibição de exercício profissional de enfermagem aos não diplomados²⁷⁶;
- a aferição da competência do pessoal de enfermagem destinado à assistência pública;

²⁷⁶ A prática de enfermagem era assumida muitas vezes por pessoas sem qualquer formação ou apenas com frequência parcial de cursos efémeros que alguns hospitais promoviam para lhes ministrar alguns princípios de trabalho, na tradição de criadas/os que assumiam a prestação dos serviços de limpeza e higiene. Quer na década de 1920, quer novamente agora (1942), quando se tentou fortalecer o corpo de enfermagem, verificaram-se medidas de transição que permitiram incorporar este tipo de pessoas que tinham direitos adquiridos, permitindo a sua reciclagem através de cursos de curta duração improvisados para o efeito, para legitimarem a continuação do exercício, ou seja, estabeleceu-se um período transitório para ser «concedido diploma ou permissão de exercer a enfermagem ao pessoal que de facto a vem prestando há muitos anos sem diploma legalizado». Foi uma prática que perdurou na

- o Estado propunha-se fiscalizar a categoria do pessoal docente, o valor dos programas e os resultados obtidos, com o objectivo de assegurar *idoneidade moral e proficiência técnica*, não só às escolas públicas como às particulares.

Esta diáde - *idoneidade moral e proficiência técnica* – era a chave da reforma na enfermagem, afirmando-se que «se cada vez mais a profissão de enfermagem reclama competência técnica assegurada, não devem por isso esquecer-se, ou secundarizar-se, os demais factores de que depende a eficiência da sua função». Esta formação global, que se pretendia inspirada nas «modernas tendências da medicina social», apontava para a cooperação com a família para a recolha de dados sobre o doente, o qual não devia ser encarado «como ente isolado, mas como membro de uma família que sofre com ele» (Decreto nº 32612).

Como se concretizariam estas directrizes governamentais ao nível das Escolas de Enfermagem? Um discurso de inauguração dos trabalhos escolares na Escola Artur Ravara, um ano depois do decreto, proferido pelo respectivo director (o médico Luís Adão, sucessor, em 1942, de Costa-Sacadura), que integrava a comissão de reforma da enfermagem, permite-nos enunciar algumas referências. O orador, reconhecendo que se vivia uma fase de reorganização, aproveitava para dizer o que pensava sobre as «necessidades imediatas» do ensino de enfermagem. Das suas concepções e realizações sobressaía a afirmação, recuperada do adagiário popular açoriano, de que os enfermeiros (como outras profissões – médico, magistrado, professor, sacerdote) deviam ter uma «vida de espelhos», ou seja, as suas vidas deviam reflectir a virtude individual. E, do ponto de vista funcional, a sua preocupação na selecção de pessoal dirigia-se para as «vincadas qualidades de carinho, de paciência e bastante mesmo de indispensável virtude pessoal», características-tipo consideradas indispensáveis a uma actividade de cuidados, veiculadas por ideologias que se cruzavam na conceptualização da enfermagem, nomeadamente as que a viam como uma profissão feminina e como uma missão de sentido apostólico, numa sobreposição de traços tecnicamente modernizadores e de um enquadramento social conservador²⁷⁷.

Procurando concretizar estes objectivos, o director da Escola Artur Ravara apontava como um dos trabalhos a desenvolver pela escola, a preocupação de:

- melhorar a erudição/ilustração das candidatas;

enfermagem, cujo corpo profissional passou, assim, a amalgamar diversos tipos de profissionais sob a designação genérica de enfermeira/o.

- impedir desmandos;
- impedir a *maquillage*;
- advogar o bom porte.

Mas reconhecia a incapacidade para controlar todo o percurso moral das alunas, vendo ameaças na família, no «mau cinema», no clube, na praia... Seriam as futuras profissionais «pacientes, resignadas», dispostas a encarar as situações de morte e de dor? O destino da enfermeira configurava-se-lhe como uma sacerdotio! Tudo passaria pela selecção que, do ponto de vista ideal, para o dr. Luís Adão, deveria fazer-se «como a faz o clero – internando e confiando *ipso facto* a quem de direito o poder aproveitar os que prestam e reenviar à vida exterior os inadaptáveis a tal ocupação». E lamentava-se que lhe faltasse para isso «uma instalação para internamento – um colégio de enfermagem – entregue na execução do labor de enfermagem propriamente dito a mestras de indiscutível categoria», que deveria ser construído em local próprio, num terreno livre de «más vizinhanças»²⁷⁸.

Revelava-se, assim, o intenso papel transformador que se esperava desta socialização secundária constituída pela formação profissional, no sentido de operar rupturas com o produto da socialização primária²⁷⁹ que as candidatas a enfermeiras traziam consigo, bem como a intencionalidade normalizadora, a desejar dispositivos eficazes (o internato) para uma efectiva docilização das alunas. O internato para a enfermagem, na sua semelhança com o seminário católico, seria essencialmente um espaço de habitação em comum, submetido a regras superiormente vigiadas e controladas, criando disponibilidade total para o estudo e para as necessidades de trabalho hospitalar, mas não teria aqui o sentido de internato médico, pois este, com o correr do tempo, passou a significar apenas o tirocínio em turnos mais ou menos longos em serviços hospitalares, mas com plena liberdade de vida civil.

O Regulamento da Escola de Enfermagem Artur Ravara, aprovado por despacho de 29.06.1943, diz-nos que o curso de enfermagem geral tinha então a duração de 4 semestres, sendo assim leccionados:

1º ano, no 1º semestre:

²⁷⁷ DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmem – *Para uma Sociologia de la Profesion de Enfermaria en España*. REIS, 8/79, p. 103-129.

²⁷⁸ Inauguração do Ano Lectivo da Escola de Enfermagem Artur Ravara. *Boletim da Assistência Social*, nº 11, Janeiro de 1944, p. 496-497.

²⁷⁹ DUBAR, Claude - *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 96-97.

- a) Anatomia e fisiologia;
- b) Higiene e enfermagem geral;

no 2º semestre:

- a) Trabalhos práticos;

no 2º ano:

1º semestre:

- a) Enfermagem médica;
- b) Enfermagem cirúrgica;

2º semestre:

- a) Trabalhos práticos.

Para além do curso de enfermagem geral, a escola leccionava um curso de aperfeiçoamento, com a duração de um semestre, exigido para acesso aos lugares de enfermeiros chefes e subchefes, que incluía as seguintes matérias:

- História de enfermagem e deontologia profissional;
- Doenças sociais e profissionais;
- Enfermagem médica e socorros médicos de urgência;
- Enfermagem cirúrgica, cuidados pré e pós-operatórios; socorros de urgência e sala de operações;
- Organização dos serviços hospitalares e legislação.

Estabelecia o Regulamento que os professores seriam recrutados de entre o pessoal clínico hospitalar, internos ou diplomados com o internato (a escola funcionava nas instalações do Hospital de Santo António dos Capuchos), sendo o pessoal de vigilância e de coadjuvação do sector de enfermagem²⁸⁰.

Entretanto, no âmbito da comissão de reorganização do ensino de enfermagem, o director da Escola Artur Ravara, Dr. Luís Adão, foi de visita a Espanha, para estudar os modelos de formação de enfermagem. Nem de todos gostou, pois alguns (nomeadamente as anexas às Universidades) pareciam-lhe de qualidade inferior à da Escola Artur Ravara, embora detectasse outros superiores, como era o caso dos ministrados pela Cruz Vermelha (Madrid e Barcelona) ou pelo Instituto Valdecilla de Santander. Sobressaíam nestas, no seu entender, as qualidades das instalações do internato (quartos bons, refeitórios iluminados, sala de convívio com música, campos de desporto), a selecção rigorosa das candidatas, a eliminação de candidatos do sexo

masculino, a defesa «moral» das alunas, a qualidade alimentar fornecida: «Quem viu a abundância e a perfeição da alimentação fornecida às alunas espanholas não pode deixar de se chocar com a pobreza das nossas ementas».- diz no seu relatório.

Luís Adão veio entusiasmado com algumas destas escolas espanholas e propunha ultrapassar a «pobreza franciscana» do pessoal de enfermagem em Portugal, sugerindo para isso um conjunto de doze medidas²⁸¹, que resumiremos:

- curso de três anos;
- curso só para alunas;
- criação do internato;
- trazer pessoal estrangeiro para controlar o internato (sugerindo enfermeiras suíças);
- enviar as alunas melhor classificadas ao estrangeiro (Inglaterra, Suíça, Estados Unidos) para, na volta, assumirem cargos de encarregadas;
- formar um corpo de enfermagem adequado a todas as necessidades modernas da profissão no período de 10 anos;
- uso obrigatório de canto coral e ginástica;
- não permitir o casamento à enfermeira («Toda a enfermeira que deseje casar-se terá de abandonar o cargo hospitalar. Cumpre-se o preceito de tudo pedir para o doente»...);
- os programas detalhados seriam estudados conjuntamente pelas escolas de Lisboa, Porto e Coimbra;
- os cursos de parteiras-puericultoras, enfermeiras-psiquiatras e visitadoras sociais deveriam ser considerados cursos de aperfeiçoamento, só professados depois de obtida a carta dos cursos gerais (aspecto particularmente relevante numa altura em que o Instituto Maternal se propunha avançar com o curso de enfermagem puericultora de raiz, como sublinhamos em capítulo anterior).
- regulamentar a admissão de todo o pessoal de enfermagem de forma a só permitir a entrada a quem possuir o curso de enfermagem;

²⁸⁰ Regulamento da Escola de Enfermagem Artur Ravara. *Boletim da Assistência Social*, nº 11, 1944, p. 499.

²⁸¹ ADÃO, Luís – *Relatório da Viagem a Espanha para Estudo das Escolas de Enfermagem desse País*. Lisboa: 1945

- proibir que o pessoal religioso pudesse exercer enfermagem sem diploma por Escola do Estado (o que era uma prática tradicional nos hospitais das ordens religiosas e de algumas misericórdias).

Nem todas as sugestões de reforma eram exequíveis, nomeadamente as que representavam investimentos importantes, como os que corresponderiam a edifícios de raiz ou adaptados para o internato há muito reclamado. Outras coincidiam com o que já se fazia em Portugal.

Note-se que por esta altura Portugal apenas dispunha de uma escola inovadora no campo da enfermagem – a Escola Técnica de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia, criada por Decreto nº. 30447 de 17.05.1940, o qual estabelecia que as enfermeiras aqui formadas pudessem ser admitidas em qualquer estabelecimento hospitalar e de saúde pública. Esta Escola era apresentada²⁸² pelo Prof. Francisco Gentil, então director do IPO, como seguindo o modelo europeu e norte-americano das «escolas de *nurses*», criadas para superar a situação da tradicionalmente chamada «enfermagem administrativa», isto é, a que derivava fundamentalmente do tirocínio prático, só já existente em França e nos países da Península Ibérica. Para construir esta Escola, recorreu o IPO à Fundação Rockfeller, nos Estados Unidos, a qual ali deu formação à primeira directora, Maria Angélica Lima Basto, e concedeu auxílio financeiro, material e técnico à Escola (nomeadamente o envio de enfermeiras para a dirigir e orientar, dada a morte precoce de Maria Angélica). A Escola Técnica formou as primeiras seis profissionais em 1943, a que outras se seguiram. Estas enfermeiras eram consideradas de «escol», um exemplo a seguir, podendo considerar-se que esta Escola arrastou sentimentos emulativos noutras unidades de saúde e no corpo médico, em geral, estimulando a discussão da reforma de enfermagem.

A discussão dos problemas da enfermagem não foi pacífica, bem como adopção dos planos a implementar para o seu desenvolvimento. Em 1945, o director da Escola Artur Ravara, Dr. Luís Adão, na alocução oficial da cerimónia de entrega de prémios²⁸³, não se eximiu a produzir mais um discurso a favor da preparação de «uma enfermagem moderna e perfeita», que passaria, desde logo, pela criação de três escolas de enfermagem de raiz (em Lisboa, Porto e Coimbra), com hospitais

²⁸² Discurso do Sr. Prof. Doutor Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na Sessão em que Foram Entregues Diplomas às Primeiras Enfermeiras da sua Escola Técnica. *Boletim da Assistência Social*, 1945, p. 198-200.

²⁸³ Escola de Enfermagem Artur Ravara (distribuição de prémios aos alunos). *Boletim da Assistência Social*, 1945, p. 117-119.

policlínicos paralelos para a aprendizagem, com instalações condignas para as alunas, boa alimentação e meios de recreio (salas de música, campos de jogos e ginásios), contratando-se enfermeiras estrangeiras para os graus superiores do ensino de enfermagem que assegurassem a modernização inicial²⁸⁴. Mas observava dois princípios fundamentais que se tornaram marcantes na evolução da enfermagem em Portugal. Um desses princípios, muito visível dada a falta de profissionais, era a decisão de feminizar mais profundamente a enfermagem:

A reforma há portanto que a fazer de cima a baixo. E como Director da Escola vejo-me obrigado a pôr claramente o problema. O único país da Europa (não incluo os Balcãs – porque desconheço como está aí a enfermagem) que ainda mantém enfermagem masculina é Portugal. Ora a enfermagem masculina é coisa que já se não entende hoje. O primeiro passo que a República espanhola deu para a reforma destes serviços em 1931 foi liquidar e para sempre a enfermagem masculina nos hospitais – respeitando bem entendidamente todos os direitos dos que estão no quadro, sendo-lhes dado até mesmo uma espécie de equiparação financeira – mas entregando tal labor às mulheres – porque ser enfermeira é de qualquer modo realizar o papel de uma mãe ou irmã mais velha. O primeiro grande passo terá de ser esse. As escolas de enfermagem terão de ser escolas para alunas – curso de três anos – com internato, não com alojamentos pobres e bafientos como aqueles que se destinam ao pessoal dos hospitais. Alojamentos sem luxo – mas limpos, agradáveis com qualquer coisa que os torne mesmo apetecíveis.

O outro princípio era o da impossibilidade de constituir família por parte das enfermeiras, incompatibilidade aqui reafirmada na alocação do dr. Luís Adão, que recorreu mesmo à invocação da autoridade suprema do regime:

Salazar desejou morigerar a profissão oferecendo à mulher, sobretudo à filha-família pobre ou francamente remediada uma possibilidade de vida honesta – mas tolerável. A lei que não quer as enfermeiras casadas é justa e inteligente – justa porque quem quiser ser enfermeira não pode ter família de cuidado obrigatório; inteligente porque se constitui assim uma possibilidade de vida para as raparigas que não queiram e, sobretudo, para as que não

²⁸⁴ Estas reformas dos anos 40, que imprimem um salto no processo de profissionalização das enfermeiras, integram ainda vários paradoxos, relacionados com limitações em relação a uma vida activa das enfermeiras, como persistência da tradicional ideologia da vocação. É um fenómeno que se vive em todos os países ocidentais. Como sublinha Petitat, vocação e profissão, «estas duas faces da enfermagem viveram durante muito tempo numa estranha simbiose, numa mistura em que a coloração profissional se tornou cada vez mais nítida», pois os quadros religiosos tradicionais ainda estavam no terreno, quando a vaga profissionalista emergiu e se alicerçou num novo corpo de saberes, ancorado na

consigam casar-se. Toda a enfermeira que queira consorciar-se pode naturalmente fazê-lo – nada há que censurar por isso, o que não pode – e bom é que assim o seja – é acumular a profissão de dona de casa com o cargo absorvente e gastador de energias do Hospital – do que resultaria um mau desempenho das duas ocupações. Aliás – meus senhores – Salazar nada mais fez do que adoptar o que em toda a parte é matéria corrente. Em nenhum país da Europa se encontram mulheres casadas a ser enfermeiras – e se alguma vez exerceram o cargo logo o abandonaram quando estabeleceram o seu lar²⁸⁵.

Como já dissemos, surgira antes uma decisão socialmente polémica: era condição indispensável que as candidatas à colocação em enfermagem nos vários serviços hospitalares públicos fossem solteiras ou viúvas sem filhos, medida que agora se tornava extensiva às estudantes de enfermagem²⁸⁶. Esta medida, susceptível de várias leituras, era uma tentativa de conferir uma imagem específica, que prolongava o tipo religioso e missionário que marcara longamente a actividade, desde os hospitais medievais, que assentavam na caridade cristã e na devoção total à causa do amor ao próximo os princípios básicos do seu corpo de funcionários, aspecto que não deixava de se reflectir na linha profissionalizante da enfermagem, sobretudo ao nível do seu recrutamento social. Por outro lado, era uma medida ligada aos princípios ideológicos da «defesa da família» típica do Estado Novo, em que a vida familiar era considerada incompatível com os difíceis horários hospitalares, que exigiam disponibilidade temporal diversificada, nomeadamente serviço nocturno, e um grande desgaste emocional na prática de cuidados.

De ponto de visto diverso, teremos ainda o interesse do empregador que, exigindo devotamento por inteiro à profissão, impediria a mulher que trabalhava de casar, para, numa perspectiva económica, garantir maior produtividade (havia empresas privadas, industriais e de serviços, que também exigiam o celibato, fenómeno então vulgar). Se a isto ligarmos o facto de esta medida se traduzir na proibição prática de casamento ou na substituição da profissional logo que casasse (Decreto nº 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 (discriminação alargada a outras profissões femininas também sujeitas ao mesmo

ciência moderna, em ruptura com a tradição oral e empírica. PETITAT, André – *Les Infirmières. De la Vocation à la Profession*. Montreal : Éditions du Boréal, 1989, p. 59-60.

²⁸⁵ Escola de Enfermagem Artur Ravara (distribuição de prémios aos alunos). *Boletim da Assistência Social*, 1945, p. 117-119.

²⁸⁶ Decreto-Lei nº 31913, de 12.3.1942.

princípio de celibato, ou mesmo a ocupações masculinas, de que o sacerdote católico era, e é, exemplo).

Importa sublinhar que o Estado Novo se limitava, de facto, a seguir um padrão adoptado em vários países da Europa tanto antes como depois da segunda guerra mundial (desde as totalitárias Alemanha e Itália, até à democrática Inglaterra), fruto de uma mentalidade que fazia reverter sobre as mulheres o ónus da carga familiar, cujo crescimento quantitativo e qualitativo se propalava como sendo do interesse nacional, limitando-lhes as possibilidades de autonomia e afirmação a vários níveis, fragilizando-as no mercado de trabalho.

Era, pois, uma medida discriminatória, de fachada moralista, que se traduzia na opção pela vida marital de muitas enfermeiras, com os efeitos contrários ao pretendido, nomeadamente o crescimento de filhos ilegítimos. Tal situação perdurou em Portugal²⁸⁷, pois só desapareceu legalmente em 1963, depois de várias campanhas públicas, nomeadamente a 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 em países mais desenvolvidos²⁸⁸. No caso das parteiras, arrastadas para a mesma proibição pela sua assimilação à enfermagem, a negação do casamento e a vida em família surgia como um contra-senso, enquanto dimensões que ajudariam a compreender melhor a sua actividade (não por acaso, a antiga mãe de família era a «matrona» perfilhada pelas comunidades).

Esta situação repercutia-se sobre a vida das enfermeiras que, ao optarem muito jovens pela actividade de enfermagem, se viam depois manietadas perante o desejo de constituírem família e seguirem uma vida social pelos padrões comuns. Um desistiam simplesmente de casar e assumiam o celibato, outras optavam por uniões de facto, protagonizando situações de alguma clandestinidade face ao legalismo prevalecente, contando com a tolerância social, como se revelou em alguns depoimentos do nosso painel de entrevistadas:

²⁸⁷ A revisão da lei que proibia o casamento às enfermeiras e o reconhecimento de as enfermeiras serem reconhecidas como elementos de trabalho, com horários de 8 horas, para se enquadrarem na norma legal que definia o trabalho da mulher, foram aspectos abordados na exposição que os Sindicatos de Enfermagem aquando da nomeação do primeiro ministro da Saúde que houve em Portugal. Cf. Exposição Dirigida a Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência pelos Sindicatos de Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, nº 29, Outubro de 1958, p. 392-397. Mas a situação só foi ultrapassada com a publicação do Decreto-lei nº 44923, de 18.3.1963.

²⁸⁸ A ACCÇÃO da Liga Portuguesa de Profilaxia Social em Prol do Casamento das Enfermeiras dos Hospitais Civis. Porto: 1952.

Durante o curso de enfermeira-puericultora fiquei grávida, pois namorava já há algum tempo. Sabe o que me aconteceu? Além dos problemas que tive com a família, tive de desistir do curso, quando já estava no final do 1º ano. Casei (...) Alguns anos depois decidi retomar, mas tive que me inscrever no curso de parteiras da Faculdade de Medicina de Coimbra, pedindo equivalência a algumas cadeiras. Foi assim que acabei o curso e ... fui trabalhar para o Ultramar. (Entrevista F)

Havia dificuldades, mas elas casavam na mesma. As pessoas não deixavam de casar por causa disso, casar mesmo casar, o que é não podiam dizer que eram casadas... Depois tinham muitos problemas, porque tinham os filhos e depois precisavam de ir à consulta e não podiam pedir horas, nem pedir licença nem ...por causa disso. Quanto a problemas institucionais relativamente às minhas colegas, não me apercebi de nada. Relativamente a mim, senti. Eu namorava, um dia o meu namorado acompanhou-me até à Maternidade e eu subi aquela rua que vai lá ter e encontro-me com a outra... e a gente ia a meio metro de distância... naquela altura nem de mão dada, nem beijinhos, nem abraços, pois levei uma sarabanda... e eu nem sequer tinha culpa, porque não lhe disse para ele vir. Eu era muito cumpridora, muito orgulhosa, porque não queria ser chamada à atenção e, portanto, apanhaste-me uma vez, não me apanhas mais! (Entrevista A)

Quando fui para o curso de enfermagem, ouvia falar nisso, tanto das enfermeiras como das parteiras, que estas também não podiam casar. Fiquei um pouco apavorada, mas como era muito jovem ... mas, de qualquer maneira, as que estavam para se casar temiam um bocado isso. Entretanto, saiu legislação que veio autorizar as enfermeiras/parteiras a casar. Mas todas casavam, sabe, o que ficavam era em segredo, elas não usavam a aliança... foi o caso da enfermeira F. que arranjou um padre e casou, mas tudo em segredo. Assinavam o nome de solteira, sempre, em todos os papéis e documentos, mesmo nos concursos de 1ª e de 2ª, elas continuavam como solteiras e não se podiam esquecer. No entanto, estavam casadas e até pela igreja. Mas se eles soubessem desse casamento, eram postas logo cá fora, mas ninguém denunciava uma situação dessas. (Entrevista G)

«Multiplicar as enfermeiras» - a Reforma de 1947

A comissão de reforma do ensino de enfermagem desenvolveu a sua acção, tendo em conta os grandes princípios enunciados pela legislação de 1942, mas também as dificuldades da sua concretização prática, em face dos vários tipos de condicionalismos (entre os quais avultavam claramente os reflexos em Portugal da

segunda guerra mundial e o factor económico). O trabalho da comissão produziu contributos que se traduziram na reforma de 1947.

Atente-se na cronologia, pois é bastante elucidativa dos contextos políticos, sociais e económicos que envolvem a reforma da enfermagem em Portugal. O início das reformas (1942) coincide com uma fase difícil da humanidade, atravessando-se então a 2ª guerra mundial (1939-1945), pelo que a implementação do sistema só vai ocorrer depois da guerra terminar.

Mas a situação dos internamentos hospitalares era apresentada como tendo duplicado no espaço de uma década, multiplicando a necessidade de enfermeiras, que se verificava também em serviços ambulatorios. Era o reflexo da intervenção do Estado, da acção de particulares, de organismos corporativos e de algumas caixas de previdência, tendo-se aberto vários sanatórios, maternidades, centros de saúde, postos de socorros, dispensários e consultórios. Além disso, «a extensão da actividade profissional coincide com o acréscimo da complexidade na função, reclamando a especialização em determinados ramos e exigindo imprevistos recursos numéricos»²⁸⁹.

O diagnóstico apresentado neste contexto apontava a existência de um reduzido volume de profissionais de enfermagem, um baixo nível de preparação técnica, uma prevista duplicação de doentes internados. Este *deficit* de pessoal de enfermagem, que só poderia ser colmatado pela criação de novas escolas de enfermagem e a implementação da respectiva formação. Para atenuar a imagem do problema da escassez de enfermeiros, comparava-se o problema com a situação internacional, nomeadamente com a vivida em Inglaterra e nos Estados Unidos onde os novos padrões de cuidados de saúde implementados no âmbito da emergência do Estado-Providência também tinham criado *deficits* de profissionais de enfermagem.

Acrescia ainda que a política governamental do pós-guerra teve de encarar a necessidade de «fomento» estatal nas várias esferas de acção (promoção de indústrias, electrificação, etc.), incluindo a área da saúde. Pode dizer-se que o papel discreto que o Estado pretendia adoptar, com a solução tradicional de entregar a assistência à iniciativa privada e ao movimento social (misericórdias e associações), reservando para si um papel apenas supletivo, foi ultrapassado pela nova situação conjuntural. E, assim, o governo fez-se algum eco do que acontecia nos países vencedores da guerra,

²⁸⁹ Decreto-Lei ° 36219 de 10.4.1947.

que tinham começado a implementar os seus sistemas de saúde e de segurança social, tornando-se exemplo internacional a aprovação, em 1942, pela Inglaterra do plano Beveridge²⁹⁰.

Assumindo uma atitude mais interventiva, o Governo português fez publicar a Lei nº 2011, de 02.04.1946, que consubstanciava o novo plano geral de organização hospitalar, ao prever a construção de novos hospitais, em especial os hospitais centrais em Lisboa, Porto e Coimbra, com funções também escolares, e a construção ou ampliação de outros, de forma a constituírem-se 20 centros hospitalares distritais. O país era dividido em três zonas (Norte, Centro e Sul), prevendo-se para cada uma: hospitais centrais, hospitais regionais, hospitais sub-regionais, postos de consulta e socorros, centros de convalescença e de readaptação, hospícios. Na discussão em torno desta lei, que funcionou como uma verdadeira carta hospitalar nacional, inventariando existências e recenseando necessidades, fazia-se ainda mais um diagnóstico da situação da enfermagem, evidenciando assim o círculo vicioso em que a debilidade formativa estava indexada à debilidade profissional e vice-versa:

Outra deficiência, das mais graves da organização hospitalar do País, é o recrutamento e preparação da enfermagem.

A enfermagem em Portugal tem tradições de humanidade e desinteresse, que são base moral do seu prestígio; sofre, todavia, das lacunas da educação geral e técnica do seu pessoal. Nenhuma remuneração durante os anos de prática (que são, aliás, de trabalho) e insuficiente após a promoção, baixam o nível educativo da classe em que se faz o recrutamento e as possibilidades de escolha do pessoal. Por outro lado, um ensino técnico mal orientado, dirigido e realizado mais por médicos que por enfermeiras (como se as duas profissões não fossem absolutamente diferentes!), torna insuficiente e ilusória uma parte da instrução profissional e técnica.

(...) Há pois que remodelar profundamente o ensino geral da enfermagem, selecção e vencimentos, de forma a elevar o seu nível de vida profissional e social, sem o que uma das bases técnicas e morais da assistência claudica. E como a preparação educativa exige, pelo menos, três ou quatro anos, seria necessário lançar, desde já, as bases da reforma e criar urgentemente os primeiros núcleos de ensino – que habilitem a dispor, dentro de poucos anos, de pessoal devidamente preparado para tomar conta dos novos hospitais²⁹¹.

Os novos hospitais precisam de enfermeiras, era a palavra de ordem, nos políticos ligados à saúde. Assim, a perspectiva de crescimento do parque hospitalar

²⁹⁰ *O Plano Beveridge*. Lisboa: Editorial Século, s/d (com um estudo do Prof. Marques Guedes).

impunha a «necessidade 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» - reconhecia-se no Decreto-lei nº 36219, de 10 de Abril de 1947, que pretendia criar as bases para a resposta à situação, as quais deveriam contemplar profissionais preparados para lugares de direcção hospitalar e de ensino.

Note-se que os dois novos hospitais centrais projectados (Santa Maria e S. João) eram duas grandes obras do Estado Novo, tornaram-se as «meninas dos olhos» do regime no campo da saúde nos pós guerra, inaugurados em 1953 e 1959, respectivamente (como as maternidades tinham sido as suas obras dos anos 30) de tal forma que ainda hoje (meio século depois) constituem as unidades básicas do sistema hospitalar português. Para a formação de enfermeiros necessários para as novas necessidades, as escolas existentes eram insuficientes, pois nem sequer asseguravam o preenchimento das necessidades dos hospitais existentes.

Neste contexto, se devia entender a legislação de 1947 (Decreto-Lei nº 36219) que, após longa exposição doutrinal, definia objectivos de melhor preparação do pessoal de enfermagem, mais rigorosa selecção técnica e moral, «dando-se aberta preferência na admissão ao sexo feminino».

A reforma de 1947 foi, na verdade, decisiva neste período histórico e marcou de forma duradoura a carreira de enfermagem, na medida em que estabeleceu uma hierarquia na profissão, desdobrando-se a actividade em duas categorias distintas:

- enfermeira
- auxiliar de enfermagem

Invocava-se, para este desdobramento, o modelo de enfermagem inglês, que ainda utilizava a categoria de «enfermeiras práticas», dispensadas de longa preparação teórica e utilizadas como auxiliares de enfermagem, em relação ao qual um estudo das condições de trabalho hospitalar teria fornecido argumentos no sentido de que «55% da actividade das enfermeiras não tinha carácter profissional específico e podia ser confiado a enfermeiras práticas». O modelo inglês parece ser dominante nesta conjuntura do pós-guerra, tanto mais que, nesta altura, a situação europeia era muito diversificada: em França não se verificava a imposição de um regime geral de formação imposto pelo Estado, deixando liberdade aos centros hospitalares para

²⁹¹ Organização Hospitalar. IV - Parecer da Câmara Corporativa. *Boletim da Assistência Social*, 37/40,

organizarem o funcionamento das suas escolas (apenas vigorava a norma de dois anos de curso, exame de aptidão e internato obrigatório nas escolas que possuíam condições para isso); a Alemanha, devastada pela guerra, via-se perante a necessidade de utilizar enfermeiras não diplomadas, tendo ainda deixado cair a interdição do casamento; a Suíça, que aplicava uma distinção entre enfermeiras e auxiliares, não tinha resposta nacional às necessidades, vendo-se obrigada a promover a imigração de enfermeiras italianas. Já o modelo belga se aproximava do adoptado pela reforma portuguesa de 1947, pois também existiam dois cursos: um designado de «geral», com formação de três anos lectivos, e um de «garde-malades», com três meses de teoria e um de estágio, que nos parece ser equiparável de alguma forma ao das «auxiliares de enfermagem»²⁹².

Esta dualidade, porém, deve associar-se ao fenómeno da reprodução da divisão social do trabalho, tal como foi implementada na Inglaterra no século XIX, segundo o modelo de Florence Nightingale, ao criar dois tipos de formação para cada uma das categorias de enfermagem: a *lady-nurse* e a *nurse*. Esta dualidade pode explicar-se, na sua génese, da seguinte forma:

As primeiras [*lady-nurses*], oriundas de uma classe social mais elevada, eram preparadas para o ensino e supervisão de pessoal. As nurses moravam e trabalhavam no hospital durante todo o curso e recebiam um salário. Após o curso eram destinadas ao serviço dos hospitais, prestando o cuidado directo ao paciente sob a supervisão da *lady-nurse*. As *nurses* eram de origem sócio-económica 'inferior' e por isso executavam o trabalho manual na enfermagem moderna, enquanto a *lady-nurse*, em nome de um saber técnico mais profundo da profissão, realizava as tarefas ditas 'mais intelectuais'. Reproduzia-se assim a própria estrutura de classe da sociedade sob o argumento da separação do trabalho intelectual e manual²⁹³.

Voltando à reforma de 1947, previa-se a necessidade de especialização em determinados sectores dando-se como exemplos a enfermagem das áreas de

Março-Junho de 1946, p. 6-68 (p.15, Relator: Reinaldo dos Santos).

²⁹² Esta perspectiva geral é apresentada com base num relatório posterior à reforma mas que reflecte ainda a situação do pós-guerra na situação hospitalar de diversos países europeus. Cf. FERREIRA, Coriolano – Viagem de Estudo a Hospitais da França, Bélgica, Suíça e Alemanha. *Boletim da Assistência Social*, 1954, 367-441. Sublinhe-se que nestes países se discutia ainda acaloradamente a questão do celibato das enfermeiras, tal como em Itália, onde a decisão ficava a cargo dos hospitais que podiam decidir como entendessem. Os que defendiam o celibato construíam residências nas áreas hospitalares para as enfermeiras, onde viviam com regulamentação estrita sobre entradas e saídas. Outros, embora aceitando o casamento, ainda assim organizavam residências para as enfermeiras solteiras.

²⁹³ MELO, Cristina – *Divisão Social do Trabalho e Enfermagem*. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

psiquiatria e de materno-infantil. Previa-se ainda a formação de enfermeiros-chefes e monitores de ensino, cursos a criar oportunamente. Ou seja, distinguia-se a enfermagem geral da enfermagem especializada, consagrando o princípio da especialização. Previa-se também a possibilidade de criação de cursos de administração hospitalar e de serviço social. Criava-se a possibilidade de organizar cursos preparatórios ou de pré-enfermagem, para candidatas que ainda não tivessem idade de ingresso.

O curso de auxiliar de enfermagem, com o pré-requisito da 4ª classe como habilitação literária, tinha a duração de um ano, destinando-se à ministração de conhecimentos essencialmente práticos. O curso geral de enfermagem, exigindo o 1º ciclo liceal (2º ano dos liceus), decorria em dois anos e cada especialização correspondia 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 (5º ano dos liceus), ou «com mais de três anos de serviço e declaração pelo director de serviço de haverem revelado excepcionais aptidões», além do curso de enfermagem geral como pré-requisitos. Todos estes cursos estavam dependentes de exames de admissão. As aulas e estágios eram de frequência obrigatória. A partir de 1 de Janeiro de 1950 as novas admissões de enfermeiros, dizia-se, só ocorreriam com profissionais habilitados nos termos desta legislação.

O novo modelo profissional comportava, assim, uma marcada hierarquização no grupo profissional, introduzindo através das auxiliares de enfermagem uma «solução barata», semelhante à que, dez anos antes, o Estado Novo experimentara no ensino primário, com as regentes escolares. Esta situação produziu de imediato uma desqualificação do corpo de enfermagem, tal como já acontecera no ensino primário, na medida em que bifurcava o corpo profissional em dois sentidos. Assim, criava uma certa elite, através do curso geral, que entrava na profissão com maiores habilitações literárias de base, derivava geralmente de um recrutamento em estratos sociais mais elevados, era formada através de um curso profissional mais prolongado e destinava-se a lugares mais altos na hierarquia, em funções de especialização e supervisão. Por outro lado, intensificava a formação de pessoal menos habilitado, com cursos mais breves, destinados para a acção prática mais massificada, através da formação dos auxiliares de enfermagem. Com esta dualidade, tornava-se evidente uma estratégia de utilização da mão-de-obra feminina mais barata.

Esta opção não se fez sem oposição. O dr. Luís Adão, director da Escola Artur Ravara, condenava clara e publicamente a solução das auxiliares de enfermagem²⁹⁴, declarando-o numa das festas anuais da escola perante o Ministro do Interior e o subsecretário da Assistência Social, interrogando: «mais profissionais e menos categorizados ou menos profissionais e melhores?». Lembrava que em Espanha algumas boas escolas tinham criado ao lado das titulares («enfermeiras completas») a categoria de «damas de enfermagem» (auxiliares, incompletas), mas que estas só muito a custo os hospitais as aceitavam e que em Lisboa se sentia que tal opção constituía «mercado embaraço na boa marcha dos trabalhos».

Sublinhe-se, ainda, o funcionamento paralelo de escolas de enfermagem particulares, reservando o Estado em relação a estas apenas os direitos de aprovação de planos de estudo e programas, bem como as concessões de autorização. Em 1948-49 já funcionavam, com aprovação oficial, 13 escolas de enfermagem, que diplomaram nesse ano um total de 945 enfermeiros, e novas escolas estavam a abrir ou estavam em funcionamento recente (as de Castelo Branco, a da Rainha Santa Isabel, em Coimbra, a de S. José de Cluny, no Funchal).

Algumas instituições que tinham serviços precários de formação de enfermagem avançaram para a criação de escolas próprias de forma a que a sua formação tivesse reconhecimento oficial e as suas alunas pudessem candidatar-se a qualquer serviço. Foi o caso da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que formava, a seu modo, enfermeiros desde 1877, para o Hospital Geral de Santo António, como já referimos em capítulo anterior. A sua Escola de Enfermagem foi de novo reorganizada sob os preceitos da legislação de 1947, e foi-lhe atribuída a designação de Escola de Enfermagem de Dona Ana Guedes da Costa²⁹⁵, em 1954, por ocasião das comemorações do Dia Mundial da Saúde, dedicado nesse ano à enfermagem. Por esta altura, a Santa Casa da Misericórdia do Porto procurou edificio próprio para a Escola, que adaptou com obras (Rua do Breyner), instalando próximo um lar da enfermeira, com o objectivo de subtrair «às fatais contaminações da cidade as alunas da Escola, dispersas pela cidade»²⁹⁶. Criou também um regime bolsas de estudo, pelo qual as alunas recebiam uma verba para pagamento das despesas do lar e escolares e um remanescente para despesas pessoais, com a obrigação de as futuras enfermeiras

²⁹⁴ Na Escola de Enfermagem Artur Ravara. *Boletim de Assistência Social*, 1947, p. 152

²⁹⁵ Primeira portuense a tirar o curso de enfermeira da Cruz Vermelha, com acção de realce no tratamento da peste pneumónica, depois vereadora municipal e Cidadã Honorária do Porto em 1943.

exercerem funções durante os três primeiros anos no Hospital de Santo António, sob pena de devolução das verbas recebidas.

A reforma de 1947 representou, pois, a elaboração de um novo quadro de acção para as escolas de enfermagem: pertencendo antes administrativamente a hospitais, cujos profissionais formavam, estas escolas produziam agora formação reconhecida e vocacionada para todo o território nacional, adquiriam autonomia técnica e mesmo autonomia administrativa, o que conduziu à reorganização das escolas existentes (públicas e privadas) e à criação de novas escolas. Naturalmente, a tutela médica levou muito tempo a desvanecer a sua acção sobre a enfermagem e, se a afirmação profissional ganhava terreno, o de missão espiritual continuava a ser apontado como primeiro desígnio, continuando a representar-se a enfermeira como «mãe espiritual dos enfermos»²⁹⁷.

O *Boletim da Assistência Social* dá-nos conta de sucessivas inaugurações de escolas de enfermagem e da auto-satisfação do responsável governamental do sector, o subsecretário de Estado da Saúde e Assistência, na altura Trigo de Negreiros, responsável pelo decreto que criou a reforma de 1947. Por exemplo, na inauguração da Escola Rainha Santa Isabel, em Coimbra, uma iniciativa da União Noelista, uma associação católica, o respectivo director (Prof. Bruno da Costa) sublinhava a mudança na formação, com recurso a conhecimentos de várias disciplinas, de forma a fornecer à enfermeira os saberes necessários à compreensão global das suas acções, cientificamente fundamentadas:

A enfermagem, que até aqui pouco mais fora que prática rotineira e de autómatos, passou a ser ensinada como ciência própria, individualizada, com base nos conhecimentos clínicos e biológicos, elevando o nível da enfermeira a quem hoje se exige, e com razão, prática consciente e meticulosa nos actos que exerce, com a compreensão verdadeira das actuações junto do doente.

Por seu turno, o Subsecretário de Estado lembrava o ponto de partida, equacionado a partir da Lei nº 2011 (do plano de organização hospitalar), considerava que o problema da enfermagem, enquanto criação de disponibilidade de profissionais, estaria resolvido em poucos anos, e, na retórica típica do tempo e do regime, desejava que o problema não fosse visto apenas pelo lado quantitativo mas também pela

²⁹⁶ SANTA Casa da Misericórdia do Porto – *A enfermeira, militante da saúde*. Porto, 1954.

²⁹⁷ PINA, Luís de - *Enfermagem: Profissão e Missão*. Porto: separata de *O Médico*, 1954.

«elevação do seu nível, moral, social e profissional», com a enfermagem a tornar-se «o espelho de um povo»²⁹⁸.

De uma forma geral, pode ainda dizer-se que um dos argumentos utilizados para a reforma se baseava na necessidade da integração do ensino da enfermagem no plano geral da assistência social do governo.

Completar a Reforma - O Regulamento das Escolas de Enfermagem (1952)

Em 1952, nova legislação reformadora do ensino de enfermagem saiu a público, mas constituiu apenas um prolongamento da anterior, ajustando um ou outro pormenor e, sobretudo, dando-lhe forma regulamentar. Na verdade, o governo louvava-se a si próprio na reforma de 1947, que considerava um «passo em frente» no ensino de enfermagem e na reorganização daí derivada, com a criação de novas escolas e a reorganização de outras que se ajustaram aos novos modelos, tendo como resultado a formação de largas centenas de enfermeiros.

Assim, cinco anos após aquela reforma, o Decreto nº 38884 (de 28.08.1952) veio considerar que nada havia a emendar, mas sim «melhorar a preparação técnica dos enfermeiros e o seu nível social e profissional», alargando essa preocupação aos agentes de serviço social (cujo âmbito era também reorganizado pelo mesmo diploma²⁹⁹), abrindo ainda cursos de administração hospitalar nestes ramos. Tratava-se neste último caso de institucionalizar os cursos já previstos pelo Decreto nº 36219, de 1947, que tinham funcionado apenas experimentalmente, como forma de dar resposta em termos de pessoal técnico e administrativo às necessidades dos grandes hospitais então em construção. No que se referia à enfermagem oficializava-se o reconhecimento de escolas particulares na formação de profissionais, desde que devidamente submetidas à aprovação e fiscalização do Ministério do Interior, e permitia-se ao Estado a criação de novas Escolas (para além da Artur Ravara e da

²⁹⁸ Inauguração da Escola de Enfermeiras Rainha Santa Isabel. *Boletim da Assistência Social*, nºs 83-85, 1950, p. 59.

²⁹⁹ Pelo Decreto nº 20376, de 7.10.1931 tinha sido aprovado o curso de visitadoras sanitárias da Direcção Geral de Saúde, que preparava agentes de serviço social para guarnecer postos de protecção à infância, dispensários de higiene social e serviços de epidemias (curso de seis meses, para o qual se exigia a instrução primária) e pelo Decreto nº 36219, de 10.4.1947 as auxiliares de serviço social (curso de um ano) Estes cursos, que se destinavam ao mesmo tempo de serviço, desapareciam para dar lugar a um curso de auxiliares sociais, com a duração de dois anos e 6 meses de estágio, tendo como requisito o curso geral dos liceus ou o curso de formação feminina das escolas técnicas, cujas profissionais poderiam colaborar com as assistentes sociais.

Ângelo da Fonseca, da Escola Técnica de Enfermeiras do Instituto Português de Oncologia, além dos cursos especializados a funcionarem junto do Instituto Maternal e dos Centros de Assistência Psiquiátrica). As escolas deveriam funcionar «quanto possível, em regime de internato», devendo para esse efeito construir ou adaptar os alojamentos necessários, gozando de autonomia técnica e administrativa. Estabelecia-se ainda o leque de cursos que cada escola de enfermagem poderia ministrar:

- Cursos de auxiliares de enfermagem;
- Curso de enfermagem geral;
- Curso de auxiliares de enfermagem especializada;
- Curso de enfermagem especializada;
- Curso de enfermagem complementar.

Tal como previsto em 1947, o curso de auxiliares tinha a duração de um ano, destinado a uma formação elementar e de carácter prático, cujas funções decorreriam sob a tutela de médicos ou enfermeiros. O curso de enfermagem geral decorria agora durante três anos, acrescentando um ano ao previsto anteriormente, habilitando plenamente para a profissão de enfermeiro. Dizem relatórios que os programas deste curso estavam de acordo com os modelos estrangeiros considerados mais evoluídos. Os cursos de enfermagem especializada habilitavam para trabalhar nas especialidades respectivas e deviam ter uma duração de seis meses a um ano. Finalmente, o curso de enfermagem complementar, de um ano, habilitava para a chefia de serviços de enfermagem e para monitoras de escolas de enfermagem.

Ainda com a data de 28.08.1952 foi promulgado novo Decreto (nº 38885) que aprovava, para dar execução ao decreto anterior, o «Regulamento das Escolas de Enfermagem», através do qual se definiam os estatutos das escolas (públicas ou particulares), se discriminavam os passos e procedimentos para submeter à aprovação superior qualquer escola e se padronizavam as condições de admissão e frequência, funcionamento dos cursos, exames e certificação final. No que se referia a admissão, as candidatas deviam ter idade compreendida entre 18 e 30 anos (em condições especiais, esta idade podia descer a 15 e subir a 35), sendo dispensada a limitação de idade nos cursos complementares. As habilitações literárias exigidas eram as seguintes:

- Instrução primária > curso de auxiliar de enfermagem;
- 1º ciclo dos liceus ou equivalente > curso de enfermagem geral;

- Curso de enfermagem + 2º ciclo do curso dos liceus ou equivalente + 3 anos de prática hospitalar com informação positiva por entidade idónea > cursos de enfermagem complementar e de monitor;
- Curso de enfermagem geral ou de auxiliar > cursos de enfermeiros especializados ou auxiliares especializados.

No artigo 18º deste decreto estatuiu-se, de novo, que «a admissão à frequência das escolas de enfermagem seria orientada no sentido de dar preferência, em regra, ao pessoal feminino».

Foi eliminado o curso de pré-enfermagem e previu-se que o cargo de Director de Escola de Enfermagem pudesse ser um profissional de enfermagem («diplomado com curso superior ou por monitora de reconhecida idoneidade»).

É no contexto sumariamente acima descrito que se enquadra o surgimento de algumas novas escolas públicas. Foi o caso, por exemplo, da criação da Escola de Enfermagem Dr. Assis Vaz, no Porto (Portaria nº 14719 de 23.01.1954), para vir a funcionar no âmbito do novo Hospital Escolar, cujo complexo foi alvo de uma nova denominação no ano seguinte (Decreto-Lei nº 40303 de 3.9.1955), passando a designarem-se de Hospital de S. João e de Escola de Enfermagem do Hospital de S. João. Também em Lisboa se criou a Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria (portaria de 10.09.1956).

Mas esta preocupação com a enfermagem não se explicava apenas pelo contexto nacional. É preciso lembrar o papel que a Organização Mundial da Saúde, criada em 1946, no âmbito da ONU, passou a ter um papel fundamental na padronização internacional dos cuidados médicos e sua promoção nos países não desenvolvidos, tendo como objectivo principal a aquisição, para todos os povos, do nível de saúde mais elevado possível. Portugal aderiu a esta Organização, cumprindo à Direcção Geral de Saúde fazer aplicar as medidas decorrentes da respectiva convenção³⁰⁰. Uma das iniciativas da OMS foi institucionalizar um Dia Mundial da Saúde (a 7 de Abril), criando para cada ano um ponto de interesse. Em 1954, o respectivo tema foi “A Enfermeira, Militante da Saúde”, aproveitando o centenário de Florence Nigthingale, como forma de chamar a atenção do mundo para o papel da enfermagem na evolução da situação médico-sanitária e para o seu estatuto profissional e formação face às

³⁰⁰ A Constituição da Organização Mundial de Saúde foi aprovada na reunião da Conferência Internacional de Saúde, em 22.7.1946. A sua Constituição teve a adesão de Portugal (Decreto-lei nº

novas e crescentes necessidades derivadas dos progressos médicos e sociais. Esta medida simbólica vinha na sequência de um importante relatório aprovado e publicado pela Organização Mundial da Saúde, no qual se analisavam as necessidades de ensino em enfermagem face às funções sociais que dela se esperavam, numa perspectiva de complementaridade entre medicina e enfermagem como contributo para uma vida melhor. Este relatório teve um eco mundial nas administrações de saúde, mas também nas organizações profissionais³⁰¹, sendo perspectivado como um conjunto de metas a atingir, funcionando como um modelo a seguir. A comemoração do Dia Mundial de Saúde sob o signo da enfermagem veio, a nível nacional, evidenciar o seu papel de complementaridade nas estruturas de saúde: «médico, enfermeira, assistente social são os três vértices do triângulo dentro do qual se inscreve a medicina dos nossos dias», com vista ao «tratamento médico-social do homem integral», eis afirmações que foram glosadas um pouco por toda a parte³⁰².

Registe-se que também o Dr. Coriolano Ferreira publicou um relatório de uma visita de estudo oficial a hospitais europeus (da França, Bélgica, Suíça, Alemanha), em Maio e Junho de 1954, além de outra anterior a Itália no âmbito da Federação Internacional dos Hospitais³⁰³, revelando uma situação no campo de enfermagem bastante parecida com a portuguesa depois da reforma de 1947: os cursos de base duravam em 2 ou 3 anos; o regime de internato tendia a funcionar como obrigatório; o não casamento era um dado adquirido para o exercício da profissão em alguns lugares (alguns hospitais belgas e os suíços dispensavam as enfermeiras logo que estas casassem), embora normalmente não houvesse normas legais impositivas, ficando ao critério das administrações hospitalares; havia ainda nos vários países o recurso frequente à enfermagem religiosa. A criação de condições para habitação de enfermeiras no interior ou em habitações anexas aos hospitais era também frequente³⁰⁴.

Mas ao entusiasmo do legislador, expresso normalmente nos preâmbulos dos decretos, raramente correspondia a execução prática ou se imprimia de forma

36406, de 10.7.1947, ractificada por carta de 6.2.1948, sendo o seu texto integral publicado no Diário do Governo de 1.7.1948 (Cf. BRANDÃO, Diogo Paiva – ob. cit., p. 194).

³⁰¹ A Enfermagem e a Organização Mundial de Saúde. *Revista de Enfermagem*, nº 16, 17, 18 de 1956.

³⁰² PORTO, João – A Enfermeira, Militante da Saúde e Colaboradora do Médico. *Boletim da Assistência Social*, nºs 115 a 122, 1954/55, p. 23-37.

³⁰³ FERREIRA, Coriolano – Viagem de Estudo na Itália Organizada pela Federação Internacional dos Hospitais. *Boletim da Assistência Social*, nºs 115/122, 1954-1955, p. 83-138.

duradoura o ímpeto modernizador³⁰⁵. Por isso foram nomeados ao longo do tempo grupos de trabalho (1957, 1960) que produziam documentos e se dissolviam logo a seguir, sem consequências práticas em correspondência com os juízos emitidos, segundo parece porque se aliavam propósitos de reforma de ensino com reforma do exercício, o que levantava desde logo protestos e rejeições.

Mas como se traduzia quantitativamente este crescimento que vimos apontando no domínio da enfermagem? Uma estimativa da existência de pessoal de enfermagem é fornecida num relatório do Ministério da Saúde - Direcção-Geral de Hospitais³⁰⁶, para cujos efeitos conglomerava dados fornecidos por um inquérito da Inspeção de Assistência Social, Instituto Maternal e Anuário Estatístico (Quadro XXII).

Quadro XXII - Pessoal de enfermagem existente diplomado, segundo estimativa da Direcção-Geral dos Hospitais

Anos	Enfer ^{as} /s	Auxiliares de enfermagem	Parteiras	Total
1955	3020	1696	450	5166
1956	3115	2152	551	5818
1957	3221	2717	577	6515
1958	3355	3310	608	7273
1959	3500	3860	718	8078
1960	3655	4407	801	8863
1961	3809	4782	938	9529
1962	3987	5319	1024	10330

Os resultados da política que falava nos seus objectivos reformadores de qualificação de enfermeiros estão à vista: o número de enfermeiros propriamente ditos subiu muito lentamente, num total de 32% ao longo dos 7 anos; o crescimento foi acentuado nos auxiliares de enfermagem, com 184% no mesmo período, o que representa uma clara adopção pela «solução barata», já referida. Neste contexto de

³⁰⁴ FERREIRA, Coriolano – Viagem de Estudo a Hospitais da França, Bélgica, Suíça e Alemanha. *Boletim da Assistência Social*, nºs 115/122, 1954-1955, p. 367-442.

³⁰⁵ Apontando a expansão do parque sanitário desde 1944 (publicação do Estatuto da Assistência Social) como o factor da carência de enfermeiros, o Subsecretário de Estado da Assistência Social explicava: «antes, quando para hospitais quase só dispúnhamos de velhos conventos e, por assim dizer, nem sequer esboçada se encontrava a protecção médica preventiva, quando nem edificios capazes havia, não admira que não se sentisse a necessidade de pessoal de enfermagem que os guarnecesse». Num cálculo estimado de profissionais de enfermagem no activo, o Subsecretário apontava 7006, incluindo diplomados (enfermeiras e auxiliares), profissionais apenas com prática registada e ainda praticantes ilegais (18%). Na altura, os médicos eram 6271, enquanto as enfermeiras propriamente ditas eram apenas de 2495, o que revela o desequilíbrio existente. Estas estimativas não coincidem com as apresentadas no quadro inserto no texto, mas os números aproximam-se em termos de grandeza. CASTRO, José de Mello e – O Problema da Enfermagem. *Boletim da Assistência Social*, 125/126, Janeiro/Dezembro de 1956.

³⁰⁶ Ministério da Saúde e Assistência – Direcção Geral dos Hospitais – *Contribuição do Serviço de Enfermagem Hospitalar para o Plano de Investimentos 1965-1967*, Lisboa: MSA, 1964.

lenta formação e pouco investimento na formação, o crescimento das parteiras acaba por ter algum significado quantitativo – 125,3% - mas em termos absolutos continuavam a ser escassas.

Em geral, a relação população/pessoal de enfermagem era em 1955 de 1 enfermeira/1669 habitantes, baixando gradualmente até atingir em 1962 a relação 1 enfermeira para 872 habitantes: a situação começava a aproximar-se da média internacional considerada aconselhável (1 para 500), mas como a própria Direcção Geral dos Hospitais reconhecia que esta evolução não correspondia a «uma melhoria de cuidados de enfermagem, tão significativa como possa parecer, pois é feita à custa do aumento intenso de auxiliares de enfermagem». E, naturalmente, a sua distribuição não correspondia a uma distribuição regular pelos hospitais, localizando-se sobretudo nos hospitais centrais. No que se referia à saúde materna, dizia, o relatório acima citado: «Não chega a haver uma parteira por cada hospital quer regional quer subregional».

Veja-se, porém, a produção anual de diplomadas por escolas, recorrendo à mesma fonte de informação, sabendo-se que existiam, em 1964, 22 escolas de enfermagem, duas das quais recentes, as criadas junto aos hospitais de S. João e Santa Maria (Quadro XXIII).

QUADRO XXIII -Pessoal de enfermagem diplomado pelas escolas entre 1956-1962

Anos	Enf ^{as}	Auxiliares	Especializações				
			Parteiras Enfermeiras	Parteiras Auxiliares	Psiquiatria Enf ^{as} / Auxil.	Curso Complementar	
1956	133	482	33	58	18	15	17
1957	143	595	40	17	47	32	10
1958	168	630	63	14	41	21	-
1959	180	588	69	37	27	22	26
1960	181	591	97	16	24	19	16
1961	192	423	84	39	37	14	32
1962	218	590	13	29	34	87	28

O panorama observado levava a Direcção-Geral dos Hospitais a retirar a conclusão de que afinal o número de enfermeiras era «escassíssimo». As escolas mantinham sensivelmente a mesma produção anual, com os hospitais centrais a verem diminuir as enfermeiras, só compensadas pelo aumento do número de auxiliares de enfermagem e de parteiras, havendo muitos hospitais regionais e subregionais a funcionarem com

peçoal não diplomado. Assim, mesmo em hospitais regionais e subregionais, muitos dos partos não eram assistidos por parteiras, mas por peçoal não diplomado.

Para além da falta de planificação para responder às necessidades, a Direcção-Geral dos Hospitais referia:

Os salários são baixos e é evidente que a perspectiva de uma remuneração inferior ao valor do trabalho prestado e ao tempo e esforço gasto durante o curso não tem atraído para a enfermagem candidatos em número apreciável³⁰⁷.

Pelos meados dos anos 60, a situação da enfermagem em Portugal, ainda não era animadora, no que se referia à formação de novos profissionais qualificados: o incremento no número de diplomados no curso geral e nas especialidades era muito lento face às necessidades, apesar das reformas institucionais, o que tinha óbvios reflexos na qualidade do sistema de saúde. Não foi por acaso que, pelo Decreto-Lei nº 44923, de 18 de Março de 1963, deixou de ser exigido celibato às enfermeiras hospitalares, o que se tornara obsoleto e simbolicamente limitativo do relançamento de uma nova imagem da actividade, para atrair maior número de jovens com habilitações superiores e de extracção social mais elevada.

Neste quadro, a Direcção Geral dos Hospitais propunha um levantamento da situação e das necessidades do país e um estudo como ponto de partida para se ultrapassar o problema. Uma das propostas entretanto avançada era a de construção de novas escolas anexas aos hospitais centrais, na medida em que nenhuma das escolas estava a funcionar em edifício próprio, preparado para esse fim: «na sua maioria as escolas estão mal instaladas e algumas utilizam prédios particulares com elevada renda mensal e onde a adaptação não satisfaz». Por isso, a Direcção Geral propunha a construção de edifícios próprios para as escolas do Hospital de Santa Maria, dos Hospitais Civis de Lisboa (Artur Ravara), dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Dr. Ângelo da Fonseca), do Hospital de S. João do Porto e do Hospital de S. António (D^a Ana Guedes da Costa). Apresentava como modelo um estudo já existente, desde 1956, para o Lar-Escola anexo ao Hospital de S. João no Porto, da autoria do dr. Coriolano Ferreira, prevendo que cada escola apresentasse uma capacidade média de 180 alunas (110 para os 3 anos do curso geral e 70 para o curso de auxiliares), com

³⁰⁷ Ministério da Saúde e Assistência – Direcção Geral dos Hospitais – *Contribuição do Serviço de Enfermagem Hospitalar para o Plano de Investimentos 1965-1967*, Lisboa: MSA, 1964, p. 11.

um internato médio de 150 alunas, ou seja, as novas escolas continuavam a obedecer ao objectivo já antigo do *internato*.

A Direcção-Geral apresentava ainda a proposta de uma escola superior de enfermagem (pós-base), para cuja implementação a Organização Mundial de Saúde disponibilizava uma consultora, concedia bolsas de estudo para a formação das respectivas monitoras e disponibilizava material de ensino. Estas propostas só vieram a concretizar-se ao longo das décadas de 60 e 70, mas constituíram a base para a profunda reorganização do ensino de enfermagem, da sua qualificação e multiplicação de diplomados.

«Garantir a Qualificação» - As repercussões na enfermagem das novas posições sanitárias (1965)

Um nova comissão foi criada em 07.05.1964 para se dedicar apenas à reforma do ensino de enfermagem, deixando de lado a do exercício da profissão por «falta de oportunidade» e porque a do ensino era condição prévia à implementação da outra. A comissão era constituída por dois médicos, uma sub-inspectora da Inspeção da Assistência Social e uma enfermeira da Direcção Geral dos Hospitais. Esta comissão chamou a si estudos das anteriores comissões, pediram múltiplos pareceres a instituições interessadas (escolas, hospitais), tiveram o apoio de uma consultora da Organização Mundial de Saúde e solicitaram a colaboração de uma vasta equipa de técnicos e docentes de escolas de enfermagem para elaboração de novos programas. Preparou-se uma nova reforma do ensino de enfermagem, tendo em conta aspectos gerais como o aumento da escolaridade obrigatória (Decreto-lei nº 45810, de 9.7.1964) a aconselhar a subida das exigências iniciais para a enfermagem, o desenvolvimento da medicina curativa e dos planos de saúde pública a implementar.

A análise da situação então vivida era demolidora, segundo o relatório intitulado – *A Revisão do Ensino de Enfermagem em 1965*, editado (sob forma policopiada) pelo Ministério da Saúde e Assistência, em 1966. No entanto, devemos observar que raros subsistemas de ensino terão sido, nesta época em que estamos a estudar, sujeitos a tão minuciosas análises e projectos de reforma: trata-se, na verdade, de um processo mais complexo que é o da lenta estruturação do ensino de enfermagem e, simultaneamente, do processo de institucionalização e de afirmação social da enfermagem em Portugal, como duas faces da mesma moeda. E, como sempre nestas situações, tais processos

são demorados, envolvem negociações e lutas de poder, chocam com personalidades e grupos instalados, implicam conquistas para uns e perdas para outros de espaços profissionais. Nesta altura, torna-se evidente que o grupo profissional da enfermagem, em nome da eficácia técnica, da dignificação profissional e da valorização social, procurava chamar a si o ensino da enfermagem, o controlo das escolas, o destino da profissão, que durante muito tempo esteve nas mãos da classe médica. Então, se houve dedicações que urge reconhecer como decisivas, como o foi nomeadamente o caso dos intervenientes nesta reforma, também se observaram negligências e subalternizações.

Observem-se alguns comentários desse relatório oficial, intitulado *A Revisão do Ensino de Enfermagem em 1965*:

Passaram-se 13 anos e o ensino nas escolas de enfermagem manteve-se o mesmo! Foram estes anos de 'paragem', que, estamos certos, contribuíram para um desinteresse 'colectivo' da profissão com as graves consequências que só agora (1966) parecem ser reconhecidas. A população desinteressou-se pela enfermagem, os profissionais não progrediram, quer em quantidade quer em qualidade, e a maior parte das escolas habituaram-se a uma rotina de uma dezena de anos que como é óbvio se tornou difícil de vencer.

Nos comentários que se seguiam sobre a situação vivida, vislumbravam-se desde logo reflexos de um pensamento teórico sobre a enfermagem e o seu ensino. Assim:

- Criticava-se a ausência de definição de objectivos e de finalidades tanto do curso como das experiências dos alunos.
- Afirmava-se que o ensino estava exclusivamente direccionado para o doente hospitalizado (só por excepção, algumas escolas ministravam algumas noções de saúde pública aos seus alunos): «Ao aluno, durante o curso inteiro, nunca lhe era dada oportunidade de avaliar o valor da saúde, nem tão pouco aprendia os processos de manutenção e promoção da saúde, hoje indispensáveis em qualquer campo de enfermagem. Também todos os aspectos de enfermagem de reabilitação estavam praticamente descurados».
- Os planos de estudo revelavam uma total descoordenação entre ensino teórico e ensino prático. E davam-se exemplos: o aluno aprendia as doenças do coração e só mais tarde aprendia a anatomia do coração; os estágios em cuidados de cardíacos ocorriam frequentemente antes do conhecimento teórico. Nestas condições o estágio «tornava-se uma rotina, sem nunca

planearem os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades fundamentais do doente», isto é, aplicavam-se indistintamente quer a um doente cardíaco, quer a um doente hepático, sem qualquer rigor na diferenciação.

- Ausência de programação e de orientação de estágios na maioria das escolas de enfermagem.
- Os exames teóricos finais focalizavam problemas médicos e raramente as acções de enfermagem: «os exames de enfermagem eram só práticos, como se a enfermagem não tivesse a sua teoria própria», limitando-se à execução de algumas técnicas ou normas.
- Era notória a ausência de monitoras nas aulas e nos estágios, de forma a ajudar os alunos a aplicarem na prática os conhecimentos adquiridos. Havia escolas com a relação monitoras/alunos de 1/140, sendo a média geral de 1/40, o que na opinião do relatório, pouco mais daria do que para controlar horários, com consequências muito claras: «assim encontramos profissionais, apenas executantes de ordens médicas, sem saberem nada de planeamento de cuidados de enfermagem, nem tão pouco da execução desses cuidados. Estava-se a preparar enfermeiros e contudo desconhecia-se o que era enfermagem».

A natureza deste tipo de observações, que aqui expomos de forma restritiva, revelava, enfim, a emergência de um novo padrão de formação em enfermagem, preocupado em definir claramente objectivos, definição de campos de acção, práticas educativas (nomeadamente na articulação teoria/prática). E para que não restassem dúvidas, declarava-se:

Talvez seja oportuno já aqui mencionar que o Ministério da Saúde e Assistência considera a enfermagem uma profissão autónoma pelos conhecimentos científicos e técnicos que são apenas do seu foro. É tempo que a enfermagem portuguesa seja considerada por todos uma “PROFISSÃO”, senhora do seu destino e capaz de assumir as responsabilidades na condução de todos os assuntos que lhe estão inerentes, quer no campo do ensino, quer no campo do exercício.³⁰⁸

Como já se sublinhou por diversas vezes, esta nova visão da enfermagem e das suas funções sociais só pode ser compreendida à luz da complexificação dos sistemas

de saúde e das preocupações de saúde pública então emergentes, bem como do efeito de profissionalização da enfermagem, preocupada profundamente agora com a estruturação do saber que lhe permitiria legitimar a sua profissão e conquistar espaço de acção. Assim, compreende-se que a proposta desta comissão fosse claramente a de aumentar a eficiência técnica e profissional, isto é, uma preocupação mais de fundo do que de superfície, mais preocupada com os conteúdos e formas de aprendizagem do que com os formatos dos cursos. Por isso, as medidas propostas por esta comissão avançaram sobretudo nos seguintes pontos:

- exigência de mais elevadas habilitações literárias no acesso aos curso de enfermagem (que permaneciam com os formatos já desenhados anteriormente);
- remodelação das disciplinas e precisão dos seus conteúdos e tempos de leccionação, alargando o leque a problemáticas de enfermagem;
- investimento na docência, aumentando o número de monitoras e qualificando-as através de cursos de formação.

Sem entrarmos na exaustividade desta reforma, que merece só por si um trabalho específico, assinalem-se contudo alguns princípios de base. Sublinhe-se, desde logo, a incorporação na filosofia reformadora do conceito de hospital como elemento central, que não seria apenas o lugar onde se curam doenças, como seria também um centro de prevenção, onde se faria educação sanitária de doentes, familiares e população em geral, neles se apoiando os trabalhos de profilaxia geral e deles partindo serviços de saúde pública nos domicílios. Defendia-se que o hospital deveria deixar de ter uma atitude passiva, aguardando calmamente a vinda dos doentes, para assumir uma «atitude positiva», ou seja, chegar à população antes da doença. Uma viragem de conceitos, para a qual se devia preparar o pessoal, como se defendia no relatório³⁰⁹.

A melhoria das remunerações ao pessoal de enfermagem era outro aspecto recomendado, ainda que não definido dada a evidente susceptibilidade do problema, mas considerado necessário para corresponder às novas exigências.

Como metodologia de trabalho, a equipa da reforma seguia uma prática inovadora, acatando as recomendações da Organização Mundial de Saúde, a de uma abertura e solicitação de críticas e comentários aos múltiplos documentos enviados às

³⁰⁸ Ministério da Saúde e Assistência - *A Revisão do Ensino de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1966, p. 12.

instituições, com pareceres solicitados a técnicos qualificados nacionais e internacionais, a que se seguia a acção de grupos de trabalho para discussão de princípios e programas de disciplinas e estágios.

No domínio prático, salienta-se:

- a fixação de novas habilitações de acesso:
 - 5º ano liceal ou equivalente > Curso de enfermagem geral (que continuaria com três anos lectivos)
 - 2º ano liceal ou equivalente > curso de auxiliar de enfermagem (com um ano lectivo e 6 meses de estágio).
- uma preparação mais equilibrada e polivalente, atendendo tanto ao destino hospitalar como ao de saúde pública, reformulando o quadro de disciplinas.
- enriquecimento da matéria de enfermagem e diminuição das cargas horárias de medicina, especialmente nas patologias.
- manutenção de 1/3 do tempo de curso para aulas e 2/3 para estágios;
- remodelação dos estágios, articulando disciplinas e estágios afins para assegurar continuidade, criando ligação entre ensino teórico e estágio, com orientação pedagógica efectiva por monitoras (diz-se: «os monitores deixaram de 'vigiar' os alunos e passaram a ter [...] a orientação e ensino individual constante [...] incluindo os estágios aulas de demonstração junto de doentes, conferências e discussão de planos de cuidados de enfermagem»).
- apontaram-se novos métodos de ensino, sensibilizando as escolas e os docentes para a substituição das aulas magistrais e clássicas por aulas de discussão com os alunos a participarem de uma forma activa.

As novas orientações e programas tocando as várias áreas de enfermagem foram aprovados por despacho do Ministério da Saúde de 16/7/1965, procurando a comissão acompanhar a implementação da reforma, limar arestas entretanto verificadas, bem como desenvolver junto da opinião pública e das escolas uma campanha de divulgação da profissão de enfermagem, com base nos conceitos de uma enfermagem moderna e nos objectivos de ampliar a frequência dos cursos e dos candidatos.

³⁰⁹ Ministério da Saúde e Assistência - *A Revisão do Ensino de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1966, p.11.

Quadro XXIV – Curso de Enfermagem Geral – Plano de Estudos - 1965

1º Ano	Horas	2º Ano	Horas	3º Ano	Horas
<i>Período de Enfermagem Preliminar</i>		<i>Período de Enferm. Cirúrgica e Especialidades</i>		<i>Período de Enfermagem Psiquiátrica</i>	
Anatomia	45	Cirurgia	80	Psiquiatra e Saúde Mental	40
Fisiologia	60	Enfermagem Cirúrgica	80	Enfermagem Psiquiátrica	50
Bioquímica	20	Especialidades Médico Cirúrgicas	20	Iniciação aos Problemas Sociais	10
Microbiologia e parasitologia	30	Enfer.de Especialidades Médico- Cirúrgicas	30	Deontologia Profissional	10
Higiene	20	Medicina de Reabilitação	10	Estágio de Enferm. Psiquiátrica – 8 semanas	
Patologia Geral	20	Enfermagem de Raebilitação	15	<i>Período de Enfermagem de Saúde Pública</i>	
Farmacologia	30	Dietética	15	Saúde Pública	35
Alimentação	20	Deontologia Profissional	10	Enfermagem de Saúde Pública	40
Psicologia	20	Estágio de Enfermagem Cirúrgica – 14 semanas		Ensino de Enfermagem	20
Deontologia Profissional	15	Estágio de Médico-Cirúrgica – 7 semanas		Organiz. Geral e Admin. dos Serviços de Saúde e Assistência	30
História de Enfermagem	20	<i>Período de Enferm. Materno-Infantil</i>		Administração dos Serviços Enfermagem	30
Enfermagem Geral	120	Obstetria	20	Deontologia Profissional	15
Int. Enfermagem de Saúde Pública	10	Enfermagem Obstétrica	40	Estágio de Saúde Pública – 10 semanas	
Estágio de Enfermagem Preliminar – 10 semanas		Pediatria	30	Estágio de ensino e administração – 10 semanas	
<i>Período de Enfermagem Médica</i>		Enfermagem Pediátrica	50	Estágio Hospitalar Intensivo – 5 semanas	
Medicina	80	Iniciação aos Problemas Sociais	10		
Enfermagem Médica	60	Deontologia Profissional	10		
Doenças Infecto-contagiosas	20	Estágio de Enfermagem Obstétrica e Enferm. Pediátrica – 14 semanas			
Enfermagem de Doenças Infecto-Contagiosas	20				
Técnicas de Ensino Audio-Visual	10				
Alimentação	15				
Dietética	15				
Psicologia	20				
Deontologia Profissional	10				
Estágio de Enfermagem Médica e Doenças Infecto-Ccontagiosas – 15 semanas					

A nova estrutura curricular de 1965, depois de uma abordagem geral das questões de enfermagem, orientava-se a partir do 2º ano em função de áreas especializadas, tanto ao nível teórico como prático. Mas, como se pode verificar pelo plano de

estudos, a ligação do curso geral às áreas de especialização surgia agora mais articulada, identificavam-se áreas e disciplinas respectivas, ponderavam-se cargas horárias específicas e estabelecia-se um fluxo linear teoria > prática, ou seja, cada área correspondia à apresentação de um conjunto de saberes teóricos que eram sequenciados com aplicações práticas num estágio posterior.

No caso da área materno-infantil contemplavam-se 160 horas de aulas teóricas e 14 semanas de estágio, ou seja, dedicava-se-lhe um semestre. Não se pode, pois, equacionar mais a formação especializada nesta área sem se reconhecer que qualquer enfermeira partia para a especialização já com uma iniciação às problemáticas materno-infantis.

QUADRO XXV - Inscrições nas Escolas de Enfermagem. Comparação entre 1965/66 e 1966/67

Escolas de Enfermagem	1965/66			1966/67		
	Curso geral	Curso Auxil.	Total	Curso geral	Curso Auxil.	Total
Calouste Gulbenkian	14	63	77	23	73	96
Do Hospital Escolar S. João	38	141	179	40	128	168
Ana Guedes da Costa	28	170	198	44	200	244
Imaculada Conceição	14	51	65	26	63	89
Missionárias de N ^a Senhora	14	101	115	20	80	100
Ángelo da Fonseca	34	212	246	49	266	315
Rainha Santa Isabel	8	42	50	14	52	66
Da Guarda					144	144
De Castelo Branco	8	83	91	13	80	93
Artur Ravara	68	394	462	78	433	511
Missionárias de Maria	28	92	120	22	66	88
S. Vicente de Paulo	22	97	119	29	40	69
Do Hospital de S ^a Maria	37	-	37	54	-	54
Irmãos H.S. João de Deus	-	6	6	-	11	11
S. João de Deus - Évora	-	95	95	-	108	108
De Ponta Delgada	23	43	66	17	50	67
S. José de Cluny	22	38	60	23	48	71
TOTAIS	358	1628	1986	452	1842	2294

Fonte: DGS - *A Revisão do Ensino de Enfermagem*. Lisboa: 1966

A formação geral em enfermagem passava a ser cada vez mais decisiva para qualificar a actividade e as suas especialidades. Esta valorização curricular, a que corresponderia uma nova imagem profissional, era um argumento utilizado nas acções de divulgação e de promoção dos novos cursos de enfermagem, com anúncios na imprensa e junto das escolas secundárias para motivação das jovens estudantes, num

papel de acompanhamento por parte dos serviços governamentais que parece ter tido resultados, ao motivar um aumento claro de candidatos e de alunos em vários níveis de inscrição nas diversas escolas públicas e particulares (Quadro XXV).

A mesma fonte, utilizada para o Quadro XXVI, dá uma perspectiva percentual desse aumento nos vários cursos de enfermagem, incluindo especialidades, mas onde se evidencia, contudo, que a margem de crescimento continua a ser mais assinalável no sector das auxiliares, naturalmente também mais significativos em números absolutos, embora se notasse uma elevação considerável no curso geral, onde se verificava a implementação das alterações curriculares a que aludimos.

QUADRO XXVI - Comparação percentual de inscrições nos vários cursos de enfermagem entre 1965/66 e 1966/67

Cursos de Enfermagem	Aumento de inscrição em %
Enfermagem Geral	26,2%
Auxiliares de enfermagem	13,1%
Enfermagem psiquiátrica	75,6%
Auxiliares de Enfermagem psiquiátrica	58,4%
Enfermeiras parteiras puericultoras	10%
Auxiliares Enfermeiras Parteiras	34,7%

Fonte: DGS - *A Revisão do Ensino de Enfermagem*. Lisboa: 1966

Importa assinalar que este crescimento no ensino de enfermagem, ao nível do curso geral, se correlaciona, na sua sustentabilidade, com o crescimento verificado paralelamente no ensino secundário e, sobretudo, no ensino técnico (cursos comerciais, cursos de formação feminina), enquanto fornecedores dos contingentes para os novos cursos gerais. O ensino liceal e, sobretudo, o ensino técnico experimentaram nos anos 50/60 uma implementação significativa de escolas fora das capitais de distrito, em centros considerados populosos (por exemplo, Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso, etc).

Alberto Costa, autor de um manual de enfermagem³¹⁰, que era considerado o primeiro livro português a exercer essa função de manual nos novos tempos e a substituir os apontamentos manuscritos, servindo durante muitos anos como base de estudo para várias gerações de enfermagem (desde 1940), afirmava no prefácio de uma nova edição de 1965 que, na enfermagem, «as coisas andam tanto e tão depressa

³¹⁰ COSTA, Alberto - *Enfermagem – Guia do Enfermeiro Profissional e Auxiliar do Médico Prático*. Coimbra: Companhia Editora, 1965)

que o Curso de Enfermagem quase se propõe atingir craveira universitária». E reconhecia que o livro era já exíguo para contemplar todas as disciplinas e se tinha de voltar de novo aos apontamentos e sebatas. Para este impulso da enfermagem, reconhecia ainda Alberto Costa, muito contribuía o movimento da feminização profissional, que permitia um recrutamento mais selectivo:

A actual tendência de adaptar a Mulher a todas as situações que requerem a assistência na doença ou no seu combate e profilaxia, fez com que o elemento feminino acudisse com particular entusiasmo a responder: Presente! E, ao mesmo tempo que se começou a exigir uma preparação, cada vez maior, para a admissão às respectivas Escolas, a profissão dignificou-se começando a aparecer, entre as candidatas, antigas alunas de cursos superiores e muitas filhas de médicos.

Deixando de lado a natureza elitista destas considerações, reconheça-se contudo a indicação do novo estatuto social de que a enfermagem, ainda que de forma lenta, passou a desfrutar.

Já dissemos que a Organização Mundial de Saúde, através de uma enfermeira de nacionalidade suíça, deu assessoria à reforma de enfermagem que decorreu em 1964/65. Os padrões internacionais, invocados frequentemente na legislação, eram de facto metas a atingir e a influência da OMS fazia-se sentir a vários níveis, sobretudo numa altura em que a enfermagem era encarada como um elemento indispensável na implementação dos sistemas de saúde pública. Por exemplo, nos finais dos anos 50, a OMS defendia que as escolas de enfermagem deveriam ser independentes dos hospitais, aos quais muitas estavam profundamente ligadas ou de que eram mesmo uma sua emanção directa, para que fosse possível organizarem-se autonomamente e evitar que as alunas funcionassem na prática como mão-de-obra à disposição dos hospitais, através do subterfúgio de estágios prolongados, como reconhecia acontecer em muitos países³¹¹. Por outro lado, também defendia o aprofundamento de estudos face à complexidade social das suas funções, bem como dava importância à maturidade pessoal e à cultura geral das candidatas à enfermagem, como forma de lhes fornecer gradualmente um estatuto equiparável à dos outros trabalhadores que integravam as equipas sanitárias.

As escolas de enfermagem deveriam, segundo a OMS, ter dotações de pessoal suficiente para assegurar tanto o ensino nas escolas como nos serviços onde os alunos

estagiavam para domínio da prática profissional. Paralelamente ao cuidar da doença, a saúde, os cuidados preventivos e a educação sanitária deveriam ocupar um lugar crescente nos programas de formação de base. Formar o profissional de enfermagem nos designados «cuidados completos» deveria ser uma preocupação, tendo em conta a conjugação de factores físicos, mentais, espirituais, culturais e sociais que afectam o comportamento do indivíduo, o que se deveria traduzir na introdução curricular de domínios da psicologia, das ciências sociais, da higiene mental, como forma de o aluno ganhar capacidade de compreensão dos comportamentos e reacções das pessoas com quem se relaciona. Por isto mesmo, o enfermeiro deveria ter uma formação polivalente de base, adquirida através de uma formação teórica e prática variada e ampla, sendo o ideal conjugar nos cursos tanto as valências dos cuidados hospitalares como os de saúde pública (a ausência desta dualidade levava alguns países a promoverem cursos de saúde pública em pós-formação)³¹².

A Comissão de reforma acompanhou a implementação das suas propostas, procurando remediar as situações menos conseguidas.

E surgiram ainda algumas alterações de fundo decisivas neste campo de formação da enfermagem nos finais da década de 1960, articuladas com as directivas e a assessoria da Organização Mundial de Saúde. Para além de alterações curriculares e de pré-requisitos de acesso, criava-se a carreira de ensino de enfermagem, garantindo a profissionalização das enfermeiras que se dedicavam ao ensino, bem como se promulgava a carreira hospitalar de saúde pública para a enfermagem (Portaria 48166 de 27.12.1967). Conferia-se autonomia técnica e administrativa às Escolas de Enfermagem de tutela pública³¹³: a direcção das Escolas era entregue a profissionais de enfermagem; as escolas passaram a ser independentes dos hospitais onde desenvolviam acções de estágio, os cursos de parteiras do Instituto Maternal, com os respectivos recursos humanos e materiais, eram integrados nas Escolas de Enfermagem em 1967, com a designação de *Cursos de Especialização Obstétrica para Enfermeiras* (Decreto-Lei nº 47884 de 31.8.1967).

³¹¹ Este tipo de problemas ainda se faz sentir. CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1993.

³¹² OMS – *Cycle d'Études Mixte ONU/OMS sur le Role des Travailleurs Sanitaires et des Travailleurs Sociaux Face aux Besoins des Familles*. Genève: OMS, 1959.

³¹³ Com base num regulamento provisório, depois consagrado oficialmente (Portaria 34/70 de 14 de Janeiro).

A entrega à enfermagem das áreas de ensino e de participação nas equipas de administração hospitalar levantava novas necessidades, nomeadamente a de conferir formação aos elementos que iriam assumir essas novas tarefas, formação essa que superava as características da formação base. Foi nesse sentido que se falou, logo em 1965, da criação de uma «escola superior de enfermagem» que teria como finalidade preparar enfermeiros para funções docentes, de chefia e de direcção de serviços, bem como promover outros cursos, estudos e investigações que valorizassem o ensino e o exercício profissional. Nesse sentido, com o apoio de uma conselheira da Organização Mundial de Saúde para acompanhar o projecto, se criou em Lisboa, a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, pela Portaria 25539, de 27.02.1967, para começar a funcionar em Outubro seguinte. Esta Escola foi decisiva na preparação dos profissionais de enfermagem nas áreas designadas (ensino e direcção) e na formulação de modelos para a organização do ensino de enfermagem. Foi ainda criada uma Escola de Enfermagem de Saúde Pública (Portaria 22784, de 06.09.1967) e uma Escola de Enfermagem para Psiquiatria (Decreto nº 57843, de 11.8.1967).

Em 1970 foi, finalmente, publicado um novo Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem (portaria nº 34/70, de 14 de Janeiro), que começava por ser aplicado às quatro escolas públicas que funcionavam junto dos hospitais centrais, para se poderem colher experiências e posteriormente generalizar a regulamentação, substituindo-se deste modo as soluções privativas de cada escola. O Regulamento³¹⁴, para além dos pormenores administrativos, reconhecia e procurava responder a dois pontos essenciais, criando condições para a sua execução:

- «a tendência incontestável das escolas para a sua plena autonomia técnica e administrativa», tendo em conta a afirmação da profissão, sobretudo dos seus quadros superiores, pelo que se aceitava como inevitável que quisesse «tomar nas mãos a responsabilidade do ensino», numa linha evolutiva que se considerava «irreversível»;
- A «vocação nacional das escolas», depois de terem vivido à sombra dos hospitais, sendo chamadas a formar enfermeiros aptos para o trabalho de base em qualquer dos campos da saúde (preventivo, curativo ou de reabilitação).

³¹⁴ Ministério da Saúde e Assistência – *Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem* (Portaria 34/70, de 14 de Janeiro de 1970). Lisboa: Imprensa Nacional, 1970.

Paralelamente, estruturava-se a «carreira de enfermagem», adaptando-se as novas categorias aos influxos formativos entretanto implementados (Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro), o que permitiu à enfermagem ganhar outro campo de acção e de afirmação social no âmbito da burocracia pública e da saúde.

Ainda em 1971, entrou em discussão pública a reforma do ensino (do ministro Veiga Simão), no âmbito da qual se propunham soluções para o sector da enfermagem, enquanto regime especial (uma vez que estava integrado e tutelado pelo Ministério da Saúde e Assistência, embora a reforma da enfermagem tivesse de se articular e desenvolver de acordo com o Ministério da Educação Nacional e das suas novas posições sobre escolaridade básica e níveis de ensino). Nessa linha se definia, a formação dos enfermeiros da seguinte forma:

- Nível de base > *Curso de Enfermagem Geral*

Curso de três anos para formação de profissionais aptos a trabalharem em qualquer campo de enfermagem, a nível de base; idade não inferior a 18 anos (ou a completar durante os primeiros seis meses do curso); 2º ciclo dos liceus ou equivalente como habilitações literárias; atestado de saúde física e mental.

- Nível Pós-Básico:

- > *Curso de Enfermagem Complementar*

Formava profissionais para assumirem, responsabilidades no campo da administração de enfermagem ou no ensino de enfermagem. Exigia-se como habilitações o Curso de Enfermagem Geral e o curso complementar dos liceus; o curso tinha duração de 1 ano lectivo, com unidades didácticas comuns e ramificando-se depois nos dois ramos (administração e ensino). Funcionava na Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, em Lisboa.

- > *Curso de Enfermagem Obstétrica*

Era condição ter o Curso de Enfermagem Geral; o curso tinha a duração de um ano, formando enfermeiras especializadas para prestar assistência especializada durante a gravidez, parto e puerpério (sublinhe-se que este curso constitui, na prática, a nova versão da formação da parteira). Funcionava nas Escolas de Enfermagem de S. João (Porto), Bissaia Barreto (Coimbra) e Calouste Gulbenkian (Lisboa).

> *Curso de Enfermagem de Reabilitação*

Era condição o Curso de Enfermagem Geral; o curso tinha a duração de um ano, formando enfermeiros especializados para assistência a incapacitados físicos (recorde-se o contexto de guerra colonial e de numerosos mutilados e estropiados daí derivados). Funcionava no Centro de Medicina de Reabilitação (Alcoitão).

Estas linhas vingaram, configurando o ensino de enfermagem que vigorava em 1974 e que se prolongou ainda por vários anos³¹⁵.

Foi no âmbito da discussão pública do projecto de reforma que a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem elaborou um relatório crítico³¹⁶, em 1971, que apontava, desde logo, para a concessão do bacharelato e da licenciatura em enfermagem. Formularam-se, nessa altura, três modelos que importa registar:

- Modelo A: ingresso com curso complementar do ensino liceal > curso de base com nível de bacharelato em enfermagem > formação pós-básica como licenciatura em enfermagem.

Este modelo era apontado como desejável, como «o que melhor traduz a actual concepção sobre as exigências de preparação dos profissionais de enfermagem», embora a situação vivida ao nível educacional (escassa frequência do secundário) não aconselhasse a sua aplicação imediata mas apenas a prazo, apresentado-se como «meta a atingir no futuro».

- Modelo B: ingresso com curso geral do segundo ciclo dos liceus > formação básica de enfermagem (três anos) > formação pós-básica, para ensino ou chefias, com três anos de ensino, conferindo bacharelato.

Considerava-se que o modelo B podia ser posto imediatamente em prática.

Modelo C: considerava duas vias de ingresso: a) com curso geral do segundo ciclo dos liceus; b) com curso complementar do ensino liceal (podendo este ser apresentado posteriormente, para efeitos de prosseguimento) > formação básica de enfermagem (três anos) > formação pós-básica, para ensino ou chefias, com três anos de ensino, não necessariamente sequencial, mas

³¹⁵ Só em 1983 se criaram as três Escolas Pós-Básicas (Porto, Lisboa e Coimbra), que chamaram a si os diversos cursos de especialização. Ficaram a ser tuteladas pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

³¹⁶ Ministério da Saúde e Assistência, Escola de Ensino e Administração de Enfermagem – *Relatório sobre a Análise dos Projectos da Reforma do Ensino*. Lisboa: Abril 1971 (policopiado).

conferindo cumulativamente o bacharelato> formação posterior de dois anos, conferindo licenciatura.

- O modelo C seria um modelo de transição, a aplicar-se à medida que surgissem candidatos com maior formação do ensino secundário.

Estas formulações curriculares, estruturadas em etapas, exigiriam a adequação dos graus profissionais, conferindo o curso de base sempre o título de Enfermeiro, e os níveis seguintes as designações de Enfermeiro-bacharel e Enfermeiro-licenciado.

Em qualquer caso, o 1º ano de ensino pós-básico corresponderia sempre a uma especialidade, permitindo «conhecimentos específicos mais profundos sobre o ramo particular de actividades» em que essas funções seriam exercidas. O acesso ao 2º ano do bacharelato que habilitaria para o primeiro nível de chefia ou de ensino, só poderia ter lugar após dois anos de exercício profissional em enfermagem de cuidados directos, em serviço idóneo, como base para a assimilação posterior dos conhecimentos necessários. O curso, no seu desenvolvimento, implicava, assim, uma interacção importante com a prática, implicando exercício profissional prévio para se avançar para formação com acesso a cargos mais elevados. No que respeitava à preparação de pessoal docente para a enfermagem, considerava-se «necessária a licenciatura em ciências da educação, para o ensino a nível de bacharelato; e o grau de bacharel, para o ensino de enfermagem de base (a nível do curso complementar do ensino secundário)». Registava-se ainda a disponibilidade para articulação do ensino de enfermagem com outros ensinos da área de saúde, propondo-se ainda diversos tipos de estratégias de actualização do pessoal para assegurar a transição de modelos.

Muitas destas propostas ficaram pelo caminho, com a emergência do novo regime político em 25 de Abril de 1974; outras vieram a incorporar modelos posteriores de formação. Mas importa registar que o ensino da enfermagem e das suas diversas especialidades (outras entretanto foram criadas) tornou-se essencialmente uma obra dos próprios enfermeiros e da sua capacidade de acção, aproveitando a sua autonomia relativa no sistema de saúde em Portugal. Mas era também o resultado da formação de uma nova rede de poderes, de uma outra *disciplina*, no sentido que lhe confere Foucault, nomeadamente quando reconhece que «o poder não é uma coisa, mas uma relação»³¹⁷. A reivindicação profissional da enfermagem, assente num paradigma de

³¹⁷ FOUCAULT, Michel – *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. XIV.

«cuidados»³¹⁸, começou a ser visível em gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos, que se afirmavam tanto de forma difusa como se procuravam operacionalizar 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 negociava e se conflituava³¹⁹.

Para sustentar essa reivindicação de profissionalidade, a enfermagem passou a desenvolver gradualmente um trabalho crítico em termo da definição do campo de «cuidados de enfermagem», necessário, desde logo, para a atribuição de tarefas na estruturação de categorias profissionais decorrentes de processos negociais entre sindicatos e os empregadores (maioritariamente o Estado). Depois, insistiu na passagem do nível de práticas individuais para o de trabalho em equipa, seguindo lógicas rigorosas de acção, que passavam pela definição escrita das tarefas, protocolizando e formalizando essas práticas, de forma a poder fazer-se o seu mapeamento e caracterização, delimitando a sua especificidade³²⁰.

Este processo de afirmação da enfermagem ganhou uma dinâmica considerável a partir dos anos 60, em Portugal como em vários países da Europa. É o que se pode inferir desde logo pela multiplicação de profissionais de enfermagem, que se tem revelado uma ocupação em expansão, fenómeno que se verificou um pouco por todo o lado, respondendo às novas dimensões do mercado social de trabalho. Tal como foi evidenciado para outros locais³²¹, esta dinâmica tem comportado um esforço de

³¹⁸ MARTIN, Christiane – Cuidados de Enfermagem, uma Disciplina: Condições e Desafios. *Pensar Enfermagem*, vol. 6, nº 1, 2002, p. 9-16

³¹⁹ Para se confrontar com o processo vivido no Québec (Canadá), PETITAT, André – *Les Infirmières. De la Vocation à la Profession*. Montreal : Éditions du Boréal, 1989.

³²⁰ WALTER, Béatrice – *Le Savoir Infirmier. Construction, Évolution, Révolution de la Pensée Infirmière*. Paris : Lamarre-Pinat, 1988.

³²¹ ELZINGA, Aant – The Knowledge Aspect of Professionalization: the Case of Science-based Nursing Education in Sweden. TORSTENDAHL, Rolf; BURRAGE, Michael – *The Formation of Professions*. London: Sage Publications, 1990, p. 150-173. A autora faz uso de uma cronologia na evolução de enfermagem que importa resumir. Assim, considera:

- 1) que o cuidado de enfermagem é visto como um acto de devoção e uma arte;
- 2) um período de dependência da medicina, que se desenvolve desde cerca de 1920, em que a enfermagem assiste o médico e adquire conhecimentos a um nível baixo, com o paciente a discutir com o médico sem a presença da enfermeira;
- 3) uma fase pré-científica, que se desenvolve desde 1860 (modelo de Florence Nightingale), em um período de focalização interdisciplinar, que se desenvolve cerca de 1950, em que a enfermagem se configura como uma tecnologia, mas não é ainda uma ciência, apenas se verifica uma «tecnologização» que requer conhecimentos de várias áreas, verificando-se a dissolução da identidade tradicional ligada à enfermagem como «missão», mas que ainda não é substituída por um novo modelo identitário;
- 4) um período científico, a desenvolver-se desde cerca de 1970, quando se afirma como uma área de conhecimento científico própria, desenvolvendo acções no sentido do seu desenvolvimento teórico e especificidade funcional, com o retorno a posições filosóficas, com recurso às ciências sociais e

legitimação da enfermagem como uma nova disciplina a dois níveis estratégicos: um nível de utilidade social, que passa pelo reconhecimento da existência de importantes grupos que beneficiam dos cuidados de enfermagem; um nível cognitivo, através da institucionalização de graus académicos e de esforços para a construção de plataformas de investigação, definindo a natureza, características e objectivos dos actos de enfermagem. Neste domínio cognitivo, tem-se evidenciado duas tendências: uma que se associa ao «cuidar», conceito em construção, como elemento central (visto por alguns como ideologia); outra que aponta para o aprofundamento de outras ciências da área da saúde e afins que sirvam para a aplicação prática e para a qualificação do acto de enfermagem perante a densidade tecnológica dos novos hospitais.

Os Cursos de Especialização Obstétrica para Enfermeiras (1967).

As alterações de fundo, por via da reforma de 1965, chegaram ao sector da saúde materno-infantil dois anos mais tarde. Foi em 1967 que se eliminaram os elementos de separação que ainda se verificavam ao nível da integração nas escolas de enfermagem das duas etapas de formação naquela área de especialização. A partir desta data, as escolas de enfermagem públicas passaram, a responsabilizar-se por todos os níveis de formação (as privadas só podiam ministrar os cursos gerais).

Em 1967, no âmbito das reformas que então se processavam nos serviços de saúde, foram desintegradas do Instituto Maternal as Maternidades Dr. Alfredo da Costa e Júlio Dinis, que passaram a depender da Direcção-Geral dos Hospitais (Decreto nº 47677, de 05.05.1967), embora já antes, em 1965, as maternidades do Instituto Maternal tivessem passado a ser consideradas no sistema geral hospitalar, para efeitos de orientação técnica (Decreto nº 21371, de 02.07.1965). Separaram-se, agora, dois tipos de serviços: a assistência médica, virada para os cuidados de saúde, e a assistência social, direccionada para os problemas da pobreza e da desprotecção, dimensões que durante tanto tempo andaram administrativamente entrelaçadas, conferindo uma dimensão restritiva ao serviço público de saúde.

Na sequência desta desactivação prática do Instituto Maternal, autorizaram-se as escolas de enfermagem oficiais a criar cursos de especialização obstétrica para

humanas, que apontam para perspectivas holísticas da sua prática, com atenção particular à qualidade de vida.

enfermeiras (Decreto nº 47884, de 31.8.1967). No ano seguinte, terminada a formação em curso, o pessoal e recursos das escolas do Instituto Maternal foram transferidos para algumas das escolas de enfermagem oficiais: os relativos à anexa à Maternidade Júlio Dinis para a Escola de Enfermagem de S. João, os da Maternidade Dr. Alfredo da Costa para a Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian. E só então se criaram as condições para a plena integração dos cursos correspondentes a este tipo de formação especializada, que envolvia a valência de parteira, nas Escolas de Enfermagem, adoptando-se a nova designação de *Cursos de Especialização Obstétrica para Enfermeiras*, assegurando-se naturalmente alguma continuidade.

Para o efeito, foi aprovado um novo programa, virado para uma formação mais global, com a finalidade de apetrechar as profissionais para uma assistência especializada durante a gravidez, parto e puerpério, tanto para serviços hospitalares como para serviços de saúde pública e na comunidade, correspondendo aos apelos que os novos conceitos de saúde pública faziam ecoar, tanto mais que a situação sanitária do País persistia em apresentar dados estatísticos cada vez mais afastados dos países europeus.

O Programa do *Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras*³²², aprovado superiormente em 07.08.1968 e distribuindo-se por 116 páginas, foi, na verdade, um marco tanto em termos curriculares como em significado profissionalizante para a afirmação da enfermagem de saúde materna. Ao nível das designações, a referência à *parteira* tinha desaparecido, a da *puericultura* também, e com elas desaparecia oficialmente também a solução de compromisso que a designação de *enfermeira-parteira-puericultora* ainda representava, persistindo apenas a de «enfermeira-parteira» como reminiscência popular. O que o *Programa* assinalava, entretanto, era um novo desenho formativo, ao nível da transmissão dos saberes, para preparação de uma enfermeira especialista na mesma área, recuperando para o efeito uma outra palavra também com uma ligação histórica profunda com a parteira (designação esta que se repelia, como assinalámos no capítulo anterior), mas entretanto adoptada para a designação de uma especialidade médica - obstetrícia. O *Programa* definia, entretanto, as condições de exercício a partir de uma estreita dependência do médico obstetra, mas numa relação de equipa de saúde:

³²² Ministério da Saúde e Assistência - *Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras*, programa aprovado em 7/8/1968. Lisboa: 1968 (policopiado).

Longe vai o tempo em que se pensava que meia dúzia de noções dadas a pessoas sem preparação de enfermagem eram suficientes para se poder 'assistir' a um parto ou a uma grávida. Hoje nenhum responsável assim pode pensar, pois não se trata de assistir a uma grávida ou a um parto, trata-se sim de dirigir uma gravidez e muito principalmente de dirigir cientificamente um parto. Para tal é necessário pessoal técnico perfeitamente preparado, é indispensável que Enfermeiras se especializem neste ramo, de modo a fazerem parte de uma equipa obstétrica, e equipa técnica como em qualquer outro sector médico ou cirúrgico, comandado por um médico obstetra. A prova da necessidade de uma cuidada preparação é a especialização que se exige, sobre conhecimentos comprovados de Enfermagem Geral.

No entanto, a introdução ao *Programa*³²³ assumia um tom crítico e de rendição, sobrando para a enfermeira especializada em obstetrícia a satisfação das necessidades reais, que se traduziam na incapacidade de cobertura nacional por médicos obstetras e de, portanto, competir à enfermeira assumir actos que não podia nem devia fazer face às normas prevaletentes para o exercício de Enfermagem. Perante isto, só restava uma declaração de impotência:

Toda a orientação fora desta linha de conduta poderá ser uma necessidade, mas não será de forma nenhuma uma realização ao nível técnico e científico dos conhecimentos actuais. Essa necessidade, para sermos realistas existe no nosso país, onde infelizmente parece não haver possibilidades pelo menos por agora, de se realizar uma cobertura conveniente com equipas obstétricas. Isso obriga a uma preparação nesta especialização para enfermeiras ainda mais profunda, pois temos de admitir que por vezes, elas se encontrarão sem situações em que terão de agir faltando-lhes o elemento médico da equipa.

Ora uma noção base aprovada nos programas do actual Curso de Enfermagem Geral é que o 'enfermeiro não vai executar actos médicos de observação, diagnóstico e terapêutica, mas sim colaborar nos mesmos'. Não será a direcção de um parto um acto médico por excelência com diagnósticos e terapêuticas sucessivas, a todo o momento modificáveis, e por vezes com carácter de grande urgência? Evidentemente que sim. Por um lado, a Enfermeira não deve realizar actos médicos, por outro lado ela terá de por si só cobrir, sob o ponto de vista obstétrico, largas áreas de Portugal. A solução não é para nós, mas a preparação é que teremos de a encarar sob essa faceta.

Neste contexto aparentemente paradoxal o *Programa* defendia a qualificação da formação a ministrar, não só fornecendo as bases teóricas e práticas habituais, mas indo mais longe e «ensinar a prever, tanto quanto possível, a patologia», no sentido de a enfermeira poder agir adequadamente, tomando as medidas necessárias,

³²³ *Ob. cit.*

estimulando-se o desenvolvimento de qualidades de iniciativa para que a enfermeira obstetra, em circunstâncias de agir sozinha, o fizesse da melhor maneira.

Pela primeira vez nos programas desta área se enunciavam claramente as finalidades do curso, que procuravam equacionar os problemas derivados do quadro sanitário acima descrito. Assim, resumidamente, o curso procurava:

- Fornecer conhecimentos teóricos e práticos com profundidade sobre o organismo humano durante a gravidez, parto puerpério e recém-nascido;
- Preparar as alunas para «um trabalho futuro como membros duma equipa obstétrica e como membros isolados»;
- Torná-las conscientes do seu «papel como educadoras na comunidade»;
- Prepará-las para uma acção na diminuição da morbilidade materno-fetal;
- Desenvolver o desejo de «actualização e formação permanente».

O curso tinha a duração de um ano, mas equivalendo a 11 meses de ensino e estágios para a leccionação do programa (Quadro XXVII), cujos conteúdos seriam dirigidos quase exclusivamente para os aspectos materno-infantis, embora conjugando diversas perspectivas disciplinares.

QUADRO XXVII - Plano - sumário do Curso de Enfermagem Obstétrica - 1968

Disciplinas	Horas
Obstetrícia	70
Deontologia Profissional	30
Enfermagem Obstétrica	80
Enfermagem Pediátrica	30
Enfermagem de Saúde Pública	30
História de Enfermagem	10
Organização dos Serviços de Enfermagem	30
Pediatria	30
Psicopedagogia	30
Saúde Pública	30
Total de disciplinas (horas)	370
Estágios	Semanas
Consultas Externas	3
Internamento de puérperas	4
Internamentos	2
Sala de partos	15
Serviços de Saúde Pública	6
Serviços de Prematuros	4
Total de Estágios (semanas)	34

Considerava-se um período inicial de 6 semanas para abordagens teóricas, iniciando-se depois estágios em prática clínica, em cujo período deveriam existir momentos de leccionação teórica, com calendário a elaborar pelas escolas (podendo ser ministradas nas manhãs, tardes, ou concentradas num dia, conforme a conveniência de programas e de estágios), não podendo os horários de estágio ultrapassar as oito horas diárias, salvaguardando-se os sábados de tarde, domingos e feriados. E, ao nível docente, ficava estabelecido que o ensino teórico e prático da enfermagem obstétrica devia estar a cargo de enfermeiras professoras ou monitoras, com o mesmo curso de especialização, na relação de 1 docente para 7 alunas, cabendo ainda a orientação do curso a uma enfermeira professora especializada. As monitoras, ao acompanharem a prática nos estágios, deveriam explicar todos os aspectos teóricos relacionados. Embora se pudesse recorrer a especialistas não enfermeiros para docentes de determinadas matérias, a responsabilidade era agora da enfermagem.

As normas de funcionamento do curso recomendavam a conveniência do seu carácter essencialmente prático, a utilização de meios audio-visuais para aulas teóricas e demonstrações e a necessidade de, no início de cada programa disciplinar, as alunas serem «bem esclarecidas dos objectivos em vista, métodos de ensino e provas de avaliação». Ao nível da metodologia, recomendava-se a utilização de seminários para discussão de casos e o estudo orientado, bem como a avaliação ajustada aos conteúdos e objectivos para cada disciplina, que seria objecto de relatório e entregue à direcção da Escola. Os estágios, a realizar em locais idóneos (sendo recomendadas as maternidades, o que assegurava a continuidade dos locais das práticas formativas), deveriam ser objecto de preparação programática prévia, com reuniões preparatórias antes e durante entre monitoras e alunas. A avaliação das alunas seria realizada em função do trabalho diário, dos trabalhos apresentados, da atitude em grupo e das provas práticas no final do estágio. Mas cada monitora deveria elaborar também um relatório de avaliação do local de estágio, tirar ilações e formular sugestões para o futuro. Depois da aprovação em todas as disciplinas e estágios, a avaliação final comportava ainda um «exame de Estado», baseado em provas escritas e orais em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Pediátrica. Depois das observações gerais, o plano do curso incluía um programa para cada disciplina, que comportava objectivos, orientações específicas para a sua forma de abordagem (nomeadamente a insistência nos pontos mais importantes de conhecimento ou de comportamentos a adoptar em certas situações) e, finalmente, os diversos tópicos programáticos.

Assim, as finalidades do curso de especialização obstétrica para enfermeiras passavam por preparar profissionais já habilitadas com o curso de enfermagem geral (cuja formação já incluía uns rudimentos de Obstetrícia e Enfermagem Materno-Infantil) para uma assistência especializada durante a gravidez, parto e puerpério, quer em serviços hospitalares, serviços de saúde pública e na comunidade. Só então o currículo da especialidade começou a ser perspectivado para a produção de um campo interdisciplinar, segundo modelos europeus já dominantes, tendentes à formação de profissionais para trabalho em equipa, dotados de saberes diversificados, não só técnicos, mas também de ordem deontológica e propiciadores do reconhecimento identitário, pois para além da História da Enfermagem, as valências clínicas eram apresentadas como «enfermagem».

Do ponto de vista de formação, estavam criadas as condições institucionais necessárias para se configurar a enfermagem como um espaço profissional único, onde se inscreviam as novas parteiras, agora como enfermeiras especializadas em obstetrícia. Na verdade, embora desde 1919, o curso de enfermagem representasse um pré-requisito para os cursos de parteiras e depois para os de enfermagem em puericultura, tratava-se, de facto, de formações paralelas, pois eram escolas diferentes, de instituições hospitalares especializadas, que formavam os profissionais da área. Assim, durante alguns anos houve uma enfermagem oncológica, uma enfermagem psiquiátrica, uma enfermagem puericultora. Embora prevista desde 1947, só em 1965/1967 se consignou, de facto, uma formação geral com alguma qualificação, que possibilitou o acesso a especializações, incluindo a enfermagem obstétrica, no âmbito de reformas sucessivas que deram novas dimensões a um universo de formação e de profissionalização distinto – a enfermagem.

Pelo caminho, ficava diluído o percurso profissional da parteira, enquanto actividade dotada de uma autonomia limitada, que poderia reivindicar uma natureza específica para o seu tipo de trabalho distinto do da enfermagem, pois prestaria cuidados específicos a pessoas com saúde (dirigindo partos eutócicos), enquanto a enfermeira trataria essencialmente de recuperação e/ou manutenção de pessoas doentes. Predominou, assim, a posição dos que defendiam que a actividade de parteira se poderia configurar como um ramo da enfermagem, tanto mais que já o eram por efeitos do processo de recrutamento instituído desde 1919. A actividade desenvolvida pela antiga parteira (designação que desaparece da nomenclatura oficial) surge agora reconfigurada sob uma nova apresentação profissional: a enfermeira especialista em

obstetrícia (mais tarde enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica), com um novo enquadramento ao nível de categoria no campo das estruturas de saúde inerentes ao moderno Estado-Providência.

Este era um modelo profissional que já se verificava em alguns países europeus, embora neste quadro geográfico surgissem grandes variações em termos de modelos de formação³²⁴:

- nas habilitações de acesso ao curso (nuns casos exigia-se, em modelo bi-
etápico, formação prévia em enfermagem geral e exercício profissional –
Irlanda, Espanha, Itália, Luxemburgo, Portugal; noutros, a enfermagem
obstétrica iniciava-se no segundo ano do curso de enfermagem, rumo a uma
especialização – Dinamarca, Bélgica; noutros ainda o curso era desenvolvido
por inteiro, podendo os enfermeiros gerais vir a integrá-los com creditação de
alguns segmentos – França, Países Baixos, Grécia, Alemanha);
- na duração anual dos cursos (1 ano em Espanha; 2 na Irlanda, Itália,
Luxemburgo; 3 na Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia; 4 em França; ou
mesmo dois tipos diferentes na Inglaterra, com um curso de 18 meses e um de
3 anos);
- na conjugação das componentes teórica e prática (a formação teórica podia ir
de 520 horas na Irlanda ou Itália a 1820 horas em França ou 2010 na Grécia; a
formação prática sob a forma estágio podia oscilar entre as 1872 em Portugal
ou 4370 em França);
- no enquadramento da escola responsável pela ministração dos cursos (escolas
de enfermagem – Bélgica, Grécia, Espanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo;
escolas de maternidades, algumas delas integradas em Faculdades –
Dinamarca, Alemanha, França, Países Baixos, Inglaterra);
- ou mesmo na definição de tarefas: destaque-se o caso da França, onde, 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
outros³²⁵.

³²⁴ Cf. Comité Consultivo para a Formação das Parteiras – 3º Relatório, *Recomendações e Parecer em Enfermagem Obstétrica*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 1989.

³²⁵ *Charte Européenne de la Sage-Femme*. Paris: Sage-Femme du Monde, 1972.

Estando ainda longe um processo de harmonização no domínio da formação (que só recentemente se tem vindo a desenvolver, no âmbito da integração europeia), o que passou a existir nos inícios da década de 1970 como padrão geral era uma definição internacional de parteira, assumida pela Confederação Internacional das Parteiras (reunião de 1972) e pela Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (reunião de 1973) para efeitos de integração associativa:

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.

Após a revolução política de 1974, seguiram-se diversas alterações, num caminho que, gradualmente, conduziu às recentes Escolas Superiores de Enfermagem, acompanhando naturalmente a evolução histórica, social e científica das últimas décadas. A ligação aos padrões europeus passou a ser determinante, mas essa relação não pode esquecer a espessura histórica do processo de institucionalização e formação das parteiras e da enfermagem em Portugal, dois percursos profissionais inicialmente distintos, entretanto convergentes, após sucessivas reconfigurações que derivaram da respectiva construção social no âmbito da divisão de trabalho e das relações de poder que marcaram o campo da prestação de cuidados na saúde.

CONSIDERAÇÕES GERAIS DA 2ª PARTE

A ocupação de parteira sofreu profundas transformações no decorrer do século XX, não tanto em soluções de continuidade mas, sobretudo, através de rupturas na concepção do seu papel e funções, bem como no seu enquadramento profissional, o que se traduziu quer na elaboração de novas competências, quer na introdução de novas demarcações e designações profissionais.

Anteriormente, no século XIX, a preocupação fundamental dos poderes médico e político foi orientada no sentido de controlar a actividade da parteira, através da promoção de cursos profissionais ministrados nas escolas médicas, que visavam fornecer-lhes, através de uma formação inicial, a nova racionalidade técnico-científica que derivava do campo do saber médico-cirúrgico. Ministrava-se, através do curso, um conjunto de saberes formalizados, focalizados na área obstétrica, que condicionavam o contacto com a prática, sendo que esta era ainda enquadrada formalmente, através de longos estágios nas enfermarias de partos, sob controlo médico. Passou a verificar-se, assim, a aquisição de uma dimensão teórica, acompanhada de tirocínio prático, anterior ao exercício da prática profissional, superando-se, por essa via, a tradição do empirismo reinante durante séculos, em que a parteira tradicional apenas desenvolvia um saber puramente experiencial, praticando junto de outras parteiras mais velhas.

Sendo certo que a experiência prática em contexto de formação se configurou sempre como um segmento determinante nos sucessivos modelos de formação da parteira, a verdade é que, durante o século XX, assistimos a variações que relevam das novas configurações das práticas e profissões sanitárias. Um dos elementos mais salientes das recomposições profissionais que afectaram esta ocupação foi o movimento de convergência da actividade de parteira com a área da enfermagem, ou seja, para uma área de trabalho de natureza executiva, dependente da delegação do médico, reforçando simbolicamente uma posição hierárquica, tanto mais sentida quanto a actividade da parteira se desenvolvia cada vez mais em contexto hospitalar. A hospitalização alterou, na verdade, os cenários tradicionais da parteira: se antes a sua acção se desenrolava no domicílio, entretanto passou a desenrolar-se na enfermaria hospitalar, configurando-se como um actor diferente em interacção mais estreita com novos actores. O espaço hospitalar teve, na modernidade, o médico como protagonista, implicado nos seus «actos médicos», e a enfermeira como auxiliar,

numa prática de cuidados. A parteira, na sua postura inicial, era um ser ambíguo (nem médico, nem enfermeira), incómodo no ordenamento hospitalar instaurado pelo poder médico. Surgirá, então, a enfermeira-parteira e, por essas razões, o estudo dos modelos de formação das parteiras passou a ser indissociável dos modelos de formação das enfermeiras, pois se numa fase inicial, o curso de enfermagem se apresentava como requisito para o curso de parteira, depois verificou-se uma maior integração de tal forma que a enfermagem se configurou como um curso geral, de base, que assegurou continuidade para especializações, no quadro das quais se desenvolveu uma correspondente à actividade desenvolvida tradicionalmente pelas parteiras.

Na sua essência, a convergência da parteira com a enfermagem pode ser vista como uma convergência de género e de classe social: a medicina e a cirurgia eram masculinas, desenvolviam actos criadores enfrentando as situações patológicas com competências que derivavam da sua capacidade racional e de um longo estudo, propiciado pelas suas origens sociais elevadas, normalmente de estratos burgueses; as parteiras e as enfermeiras representavam ocupações femininas que relevavam do cuidar, de prestar assistência, de atitudes de ajuda, surgindo no contexto hospitalar como ocupações subsidiárias por solicitação médica, sendo normalmente originárias de classes sociais baixas.

Procurámos, ao longo dos diversos capítulos desta parte do trabalho, colocar em perspectiva sócio-histórica as instituições e os discursos que moldaram as reconfigurações formativas e profissionais das parteiras ao longo do século XX (apenas até 1974), como forma de fazer ressaltar a dimensão de construção social que as integra e revelar a sua natureza contingente e convencional. Inscrevendo-se o parto, como todo o campo da saúde materna e infantil, num espaço social onde se cruzam múltiplos interesses e visões do mundo, a formação da parteira teria de reflectir algumas lutas simbólicas que contribuíram para seleccionar as componentes mais determinantes do currículo em cada modelo de formação. Procurámos, assim, equacionar a «definição pré-activa do currículo», na acepção que Ivor Goodson atribui a esta expressão, quando sublinha que «o currículo escrito promulga e justifica determinadas intenções básicas de escolarização, à medida em que vão sendo operacionalizadas em estruturas e instituições»³²⁶.

³²⁶ GOODSON, Ivor F. – *Currículo: Teoria e História*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999, p. 20.

Dessa análise ressalta a importância das retóricas e das polémicas criadas em torno da maternidade, particularmente acesas nas primeiras décadas do século XX, percebendo-se a primazia das linhas natalistas e das formulações veiculadas pelas encíclicas papais na definição do campo de valores que se tornou dominante em Portugal. Em linhas gerais, essas posições veiculavam posições favoráveis a uma procriação dita natural, da qual se deveriam afastar todas as intervenções de sentido anti-concepcional. De igual forma, se tornou notória a intervenção dos sanitaristas que, gradualmente, procuraram integrar a área da obstetrícia nos caminhos da saúde pública, perante a qual a parteira não poderia deixar de ser uma educadora sanitária, pelo que a formação, inicialmente delineada sob o prisma da puericultura, se deveria tornar mais alargada, tocando a gravidez, o parto e puerpério, preparando a nova enfermeira-parteira para cuidados mais abrangentes. Mas havia, entre os militantes natalistas com responsabilidades formativas, quem lhe atribuisse funções mais latas do que a estrita aplicação dos conhecimentos obstétricos na vigilância do processo de gravidez e parto, nomeadamente a função de ensino e de combate a favor do crescimento da população, daí a necessidade de adquirir conhecimentos de puericultura e de enfermagem geral. As maternidades tornaram-se os espaços propícios para essa chamada das parteiras a uma formação que as levasse a comungarem dos padrões científicos na área da obstetrícia e da articulação dos valores morais e sociais dominantes.

Nesta medida, a parteira não podia deixar de se integrar na rede de cuidados de saúde, acompanhando de perto essa evolução, nas suas diversas configurações, plasmando-se depois num paradigma de cuidados integrados. O Instituto Maternal, enquanto entidade vocacionada para os cuidados materno-infantis, direccionado no sentido de medidas essencialmente dirigidas à prevenção da mortalidade infantil, procurou criar um novo paradigma profissional para a actividade de parteira no quadro da tecnologia médica que dava pelo nome da puericultura. Desenvolveu um modelo de formação integrada – a da enfermeira-puericultora – no qual diluía a função de parteira. Para além de um formato integrador das várias valências dos cuidados materno-infantis, a formação alterou-se ainda de acordo com posições ideológicas, com interesses próprios ou alheios no campo profissional, com preconceitos e/ou ingenuidades, de que as sucessivas designações para referir a actividade de parteiras foram exemplo, com a proscricção gradual da referência tradicional de «parteira». Não foi uma solução duradoura nem pacífica, passando a

existir dois pólos de formação: 1) as Escolas do Instituto Maternal; 2) As Faculdades de Medicina, que formavam as enfermeiras-parteiras, com base num modelo do século XIX, revisto no pós-primeira guerra mundial. A superação só viria com a reorganização do ensino de enfermagem e a regulamentação das escolas respectivas, estabelecendo-se uma hierarquia dos novos graus de formação, tendo como base os cursos gerais e os cursos especializados, acabando por surgir nesta circunstância os cursos de especialização em obstetrícia (1967), para enquadrar as profissionais de enfermagem cuja actividade especializada se concentra na saúde materno-infantil e, nomeadamente, no parto.

Finalmente, não se pode esquecer que estas dimensões se subordinaram, em grande parte do tempo, ao modelo político autoritário que dominou Portugal desde o movimento político-militar de 28 de Maio de 1926, tendo expressão no regime do Estado Novo, com as suas especificidades de governação. Neste aspecto, a política de cuidados materno-infantis sempre se pautou por um discurso sobre a valorização da família e da maternidade, contrabalançado por uma debilidade real dos serviços de saúde, por uma cobertura hospitalar quase só limitada às principais cidades, onde as maternidades funcionavam como centros nucleares de atendimento e de formação, numa rede que incluía ainda postos de consultas e dispensários para atendimento de grávidas e de crianças. Com um regime político que se recusava a assumir um serviço público de cuidados de saúde, que restringia este a pouco mais do que à assistência social a pobres e desprotegidos, deixando à «clínica livre» os cuidados com a doença³²⁷, a promoção da saúde não se tornou uma prioridade governamental, daí decorrendo uma situação de inércia na formação de profissionais de saúde, em geral, nomeadamente na área de enfermagem geral e na área especializada de saúde materno-infantil (não obstante o ensaio do Instituto Maternal). Só quando o regime elaborou projectos modernizadores na área hospitalar (1946) e inventariou necessidades de pessoal foi possível criar algumas condições institucionais favoráveis à formação naquelas áreas, com o estabelecimento de novos níveis de qualificação e, posteriormente, do estabelecimento de carreiras hospitalares. Mas, de um modo geral, as necessidades sociais da saúde só ganharam urgência política no pós-segunda guerra

³²⁷ Na doutrina do Decreto-Lei nº 827, de 10 de Outubro de 1937, o governo do Estado Novo «considerava que o problema da assistência na doença estará mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação dos organismos públicos, burocratizados, estabilizados, ou seja, inertes». FERREIRA, Gonçalves F. A. – *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento. Sistemas de*

mundial, com a adopção de serviços de segurança social nos principais países europeus, tendo como uma das preocupações centrais a protecção sanitária, permitindo uma nova dinâmica às profissões e ocupações de saúde.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partimos para esta investigação com uma curiosidade analítica acerca da formação das parteiras. Esta curiosidade vem sendo suscitada no âmbito do exercício docente no Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A todo o momento, nos interrogamos e/ou somos questionadas pelos alunos sobre os sentidos, as diferenças, os contrastes, a especificidade de ser parteira ou de ser enfermeira especializada. Fazemos perguntas sobre a história das designações ou as limitações das práticas, sobre os percursos do passado ou os caminhos do futuro profissional, equacionando os rumos a dar à formação. A motivação para esta investigação nasceu desse tipo de interrogações, para tentarmos responder a essa perscrutação de horizontes, problematizando questões tantas vezes reequacionadas, através de recolha documental, do diálogo com profissionais mais velhas ou com jovens ávidas de exercício e de afirmação.

O aprofundamento pessoal obtido durante a formação em ciências da educação conferiu dimensão a essas problemáticas, trouxe a perspectiva crítica, disponibilizou o acesso a caminhos teóricos mais elaborados, abriu o caminho à desconstrução e à reconstrução dos processos formativos. Esta genealogia do processo de investigação sustentou-se ainda no empenho continuado, na multiplicação de perspectivas, na acumulação de materiais de documentação, de cuja leitura a presente dissertação é tributária, resultante de um alinhamento opcional de problemas que nos pareceu o mais adequado às respostas a dar em face das questões acima referidas, de forma a ser potenciado na área do ensino de enfermagem obstétrica. Como sempre acontece em qualquer investigação, o alinhamento poderia ter seguido outras opções, resultando a presente escolha dos interesses inerentes a uma profissional de uma prática específica (o ensino obstétrico) que parou para ver, escutar ... e reflectir segundo uma outra derivação do olhar.

Em qualquer caso, os resultados atingidos assumem sempre um carácter limitado, arrastando consigo novas problemáticas, qual cereja que, arrancada, traz consigo um ramo cheio de mais cerejas. Sublinhe-se ainda que este tipo de leitura por etapas, arrastada no tempo, feita e re-feita, teve também os seus custos ao nível da linearidade do processo de investigação. Mas, não obstante as suas limitações, julgamos que este trabalho poderá fornecer contributos a vários níveis, quer no campo das ciências da

educação, quer no campo das ciências sociais, na medida em que tivemos a preocupação de interpretar o percurso formativo das parteiras em contextos mais amplos.

Assim, numa perspectiva geral, o trabalho poderá ajudar a compreender a estruturação do sistema sanitário e a emergência do poder-saber médico em Portugal, especialmente na área obstétrica, evidenciando correlativamente a criação do campo paramédico, na acepção que Freidson confere a este conceito, ou seja, um campo de auxiliares do médico com formação especialmente dirigida para esse efeito, quer no domínio das tecnologias médicas, quer no universo dos seus códigos, visões do mundo e relações de trabalho. Na medida em que a preparação de paramédicos suscitou a criação de modelos de formação vocacionados para o ensino em contextos de trabalho predominantemente hospitalares (embora extensivos a práticas comunitárias, a partir do desenvolvimento da saúde pública), esta investigação contribui também para assinalar a especificidade que marcou estes modelos de formação, marcados por uma grande componente do exercício prático nas suas dimensões curriculares, ao longo das diversas configurações históricas.

Numa perspectiva específica, o trabalho apresentado contribuirá ainda para o estudo da formação de outros grupos profissionais, ao revelar um percurso com características muito próprias, como é o das parteiras, quando comparado com outras trajectórias profissionais. Trata-se de um percurso que emergiu do mundo feminino e do ambiente doméstico, mas que foi recuperado pela medicina dominante, para, através de novas parteiras com alguma preparação, cientificamente enquadrada, projectar práticas sanitárias ao domicílio e em contexto hospitalar, aplicadas nesse momento decisivo que era o nascimento, pois, gradualmente, surgia a percepção de que este era mais do que um acontecimento familiar, representava um facto que se inscrevia também no futuro da nação e da humanidade, uma vez que, nascimento a nascimento, se produzia a população. Por essa razão, as questões de género estão omnipresentes neste percurso profissional e nas suas interacções, contribuindo este trabalho para um conhecimento mais aprofundado desta vertente no âmbito da sociologia das profissões.

Finalmente, não poderemos deixar de assinalar que a organização e o desenvolvimento de novos currículos na área de enfermagem, nomeadamente nos cursos de especialização da área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, não pode descartar a experiência sustentada no conhecimento do passado da actividade,

quer na sua relevância, quer na sucessão de formas de preparação técnica através dos sucessivos modelos de formação.

Mas, para lá dos contributos que cada campo disciplinar possa recolher nesta dissertação, importa, desde já, assinalar, ainda que sinteticamente, algumas das linhas de força que nos parecem relevantes em termos da interpretação realizada, as quais passaremos a enunciar sob a forma de conclusões, na medida em que procuram estabelecer umnexo entre as questões levantadas no início do trabalho e os contributos obtidos como respostas ao longo do seu desenvolvimento.

1.

Na sequência das interrogações sobre o lugar social das parteiras, o conceito foucaultiano de «poder-saber» remeteu-nos para o mundo das instituições e dos actores, para o ordenamento da sociedade, a normalização dos saberes, a afirmação do poder disciplinar, a evidência da biopolítica como tecnologia de poder. Nesta linha, perspectivando num tempo histórico bastante longo a trajectória das parteiras, uma das constatações a assinalar é a observação de diversos e sucessivos cenários aonde decorria a sua acção, o que fazia com que o seu acto principal –ajudar a nascer – fosse encenado de diferentes formas, pelos olhares de diferentes encenadores, para utilizarmos a metáfora teatral que nos parece expressiva. Embora não saibamos praticamente nada da prática obstétrica da antiga parteira a partir de si própria, a verdade é que não se vislumbrou a eventualidade de ela se transformar em autora e/ou encenadora da sua própria peça (salvo o caso francês de Mme Coudray), nomeadamente quando o seu acto começou a merecer a atenção de agentes exógenos ao seu círculo restrito.

Nos finais da Idade Média, as parteiras foram chamadas a incorporar os padrões estabelecidos no ordenamento social de então, tendo de integrar o sistema de ofícios corporativos. Aprendizagem, exame, carta de licença, juramento são os rituais de iniciação profissional corporativa que estabelecem um compromisso, com regras a cumprir, demarcando a sua acção, perante o Estado e a Igreja, entidades que representam a sociedade. Esta chamada corporativa das parteiras, que configura o grupo como um «corpo jurado», foi fundamental para institucionalizar, isto é, para dar reconhecimento oficial a uma actividade que até aí pertencia por inteiro ao mundo doméstico e ao universo feminino, mas que agora se mostrava socialmente relevante, quer para assegurar a salvação das almas, quer para garantir o crescimento da

população. Por isso mesmo, as parteiras nunca foram despojadas do seu acto fundamental, o parto, mas sim circunscritas na sua actividade, passando a integrar um novo sistema emergente com a modernidade, inicialmente pouco visível, o sistema sanitário.

Foi através das sucessivas re-estruturações do sistema sanitário que a Medicina, com base na aura que lhe era conferida pela sua formação universitária, se fez sentir como poder-saber, particularmente de forma expressiva à medida que, no século XVIII, a medicina e a cirurgia convergiram para um saber de natureza experimental e demonstrável, criando a medicina científica, socialmente reconhecida como eficaz.. As regras científicas da medicina, promotoras de um discurso convincente e de práticas com gradual sucesso, impuseram nova ordenação no campo sanitário, pelo que, gradualmente, se excluíram ou se normalizaram outros saberes e práticas tradicionais. A actividade da parteira foi, de novo, recuperada e integrada nas sucessivas reformulações do sistema sanitário, com operações de reconversão que os cursos de parteiras das escolas médicas objectivavam. A actividade continuava válida na sua matriz essencial de ajudar a nascer, embora se impusesse a frequente submissão da formação das parteiras ao saber cirúrgico e a instituições médico-obstétricas, para conversão às novas normas e práticas.

Podemos vislumbrar, desde o século XVI, um campo de disputas no exercício da arte de partejar e encontrar mesmo signos fundamentais nessa luta de afirmação entre parteiras e cirurgiões, cujos campos de acção derivavam da divisão de trabalho proporcionada pelo sistema de ofícios, sendo uns derivados da tecnologia e outros do discurso moral.

Assim, um dos elementos mais sintomáticos no percurso das parteiras e depois das enfermeiras-parteiras era o que se prendia, desde logo, com os conceitos de parto natural *versus* parto patológico, com necessidade de intervenção. Esta dicotomia, que se tornou central na delimitação dos campos de formação e de acção da parteira, enquanto elemento de fronteira, nunca apresentou uma linha fixa, em face da evolução tecnológica. Mas foi em torno dessa dicotomia conceptual que se desenvolveu a disputa entre os campos de acção da parteira e do cirurgião, definindo-se a partir daí os distintos campos do saber obstétrico e a enunciação dos conhecimentos a transmitir na formação respectiva. O parto natural era o que decorria sem necessidade de intervenção instrumental, cabendo à parteira «fazer o parto», apoiar a parturiente, receber a criança e prestar os cuidados respectivos. Teórica e

legalmente, a delimitação do espaço obstétrico do cirurgião emergia com as complicações do trabalho de parto, perante a necessidade de utilização de instrumentos definidos como cirúrgicos, isto é, destinados a uma acção que implicava corte. Mas como se desenhou então a linha de fronteira, o separar de águas num território (o parto) que em função da complexidade atingida podia exigir dois actores (parteira primeiro, cirurgião depois, uma vez constada a complicação)?

Essa linha definiu-se de forma diferente no tempo, de acordo com a tecnologia obstétrica e os poderes disponíveis em cada altura, pois a técnica só é aplicada com legitimidade quando se verificam as condições sociais que a suscitam. Assim, numa primeira fase, o cirurgião-barbeiro era solicitado numa fase terminal do parto: quando se perdia a esperança na vida da mãe, por incapacidade de se retirar o feto, tendo de ser extraído por cesariana, que implicaria inevitavelmente a morte da mãe e por isso esta intervenção se fazia com a mãe já cadáver, na tentativa de salvar ainda o corpo ou pelo menos a alma do feto; ou quando o feto se apresentava em pelve, ficando a meio caminho, tendo por isso de ser amputado para salvar a mãe. Mas quando, pelo século XVI, se descobriram os ganchos extractores, a que se deu posteriormente o nome de fórceps, os cirurgiões passaram a reclamar um maior campo de intervenção, sobretudo com a generalização do uso desse instrumento e sua conjugação com o conhecimento anátomo-fisiológico que se verificou a partir do século XVIII (o campo obstétrico foi o grande motor do desenvolvimento cirúrgico nesta altura, coincidindo com as novas posições científicas que, inspiradas na ciência da Física, impelem à acção transformadora, quando conhecer se tornou sinónimo de agir, criando uma obrigação ética de intervenção). Na verdade, os cirurgiões detinham, desde os regulamentos corporativos medievais, o uso exclusivo dos instrumentos cirúrgicos, ou seja, instrumentos metálicos conotados com corte no corpo humano. Era esta prerrogativa que lhes permitia reivindicar o uso exclusivo do fórceps, instrumento metálico que descobriram e aperfeiçoaram, fazendo dele, durante muito tempo, um instrumento secreto, incorporado inicialmente no «segredo do ofício», mas que depois se generalizou nos meios cirúrgicos. Mas, se pensarmos melhor, o fórceps não era necessariamente um instrumento cirúrgico, pois, na realidade, tratava-se de prolongar o uso das mãos, único elemento que a parteira podia usar: não sendo um instrumento cortante, o fórceps tinha a forma de dois cabos, cruzados em forma de tenaz e com terminais em forma de colher, verdadeiras mãos metálicas, mais finas e prolongadas do que as mãos humanas, que, por isso, podiam penetrar mais fundo, até ao interior da

cavidade uterina e, adaptada a cabeça do feto, arrastá-lo para o exterior, por tracção, com maior ou menor dificuldade. Logo, este material só podia ser considerado cirúrgico por afinidade (enquanto instrumento metálico inventado por cirurgiões), mas foi considerado cirúrgico por inércia dos regulamentos (que quando fixaram com bastante antecedência os instrumentos cirúrgicos faziam-no em relação a instrumentos de corte).

Na medida em que se revelou socialmente eficiente (sobretudo com os sucessivos aperfeiçoamentos posteriores), o fórceps funcionou como verdadeira alavanca para a expansão do espaço profissional do cirurgião, que, desde que dispusesse de fórceps, passou a ser chamado mais cedo para intervir nas parturientes. Diminuía-se, desta forma, o campo de acção da parteira, tanto mais que, por precaução da decisão familiar, se verificaria a tendência para chamar o cirurgião a tempo, isto é, mesmo antes de constatar-se a inevitabilidade da extracção a ferros, ou seja, em muitos casos dava-se-lhe a oportunidade de intervir em partos que seriam ou poderiam ser normais.

Este campo de manobra do cirurgião, e posteriormente do médico-obstetra, ampliou-se ainda mais nas enfermarias hospitalares aonde a decisão familiar não se fazia sentir, junto essencialmente de mulheres pobres e isoladas, o que permitiu a extensificação das intervenções cirúrgicas, para além do uso indiscriminado do fórceps: por exemplo, pelo século XIX, com as anestésias, quando alguns deixaram de considerar natural a dor do parto e se pretendeu diminuí-la; quando se percebeu que se podia antecipar o parto a termo (provocando a expulsão do feto antes da sua maturação para permitir a sua saída pela via natural em função duma incompatibilidade pélvico-fetal); quando se desenvolveram as possibilidades do uso da cesariana com a parturiente viva; ou ainda com novas técnicas obstétricas que as novas práticas operatórias permitiam (sinfisiotomia, episiotomia). A linha de fronteira entre o parto eutócico e o parto distócico alterou-se, portanto, regularmente, à medida que se verificava uma maior intervenção cirúrgica, restringindo-se o conceito de parto natural e, com ele, o campo de intervenção da parteira.

Podemos, assim, dizer que a cirurgialização e a medicalização invadiram gradualmente o campo do parto, atingindo o seu limite nos tempos actuais em que, em rigor, quase não existe o parto natural, na medida em que a gravidez é susceptível de ser prevenida antes e acompanhada depois, desde a concepção ao parto, por uma feira de complexos cuidados ginecológicos e obstétricos. Com esta diminuição de campo do parto natural, o que sobrava para as parteiras, senão a sua reciclagem

progressiva? Com efeito, as novas parteiras foram transformadas, neste contexto, em ajudantes do médico-cirurgião ou obstetra, reconvertidas profissionalmente em enfermeiras e integradas em equipas de trabalho mais vastas. Se o discurso profissional dos cirurgiões, historicamente assestado na «incompetência das parteiras», ou o discurso moral, dirigido contra as práticas abortivas, eram expressões visíveis dessas disputas já seculares, a verdade é que foram as disponibilidades tecnológicas, conjugadas com determinadas circunstâncias do poder-saber médico, que alteraram por completo o campo das relações entre as parteiras e os médicos-cirurgiões. A hospitalização culminaria este processo, na medida em que o hospital, e particularmente as maternidades, passaram a representar uma concentração de tecnologias e de cuidados virados para a salvação dos corpos, configurando-se como o modelo desejável das práticas sanitárias para o parto, emergindo para este efeito a enfermeira-parteira, fruto do crescente papel que a enfermagem passou a desempenhar nas estruturas hospitalares ao longo da primeira metade do século XX.

Paralelamente, a partir da década de 1930, ainda se desenharam políticas sanitárias de parto ao domicílio, defendidas em sistemas sanitários como o de Portugal durante o Estado Novo. Mas esta política era já uma solução pobre, configurando-se como uma não-política, porque, na realidade, significava a persistência das práticas tradicionais em nome de valores morais, sem o apoio de uma rede sistemática de cuidados (que se prometia instalar), apenas com um outro ponto de apoio sanitário nos centros mais populosos. Na verdade, a política do parto ao domicílio, para ser credível e cientificamente assistido, implicaria um crescimento do número de agentes sanitários e das medidas de apoio que tornariam muito cara esta solução.

No processo da reconversão das tarefas das parteiras, esta ocupação foi compensada pela re-criação das suas funções, que o poder-saber médico desenhou de uma forma aparentemente compensadora para todos os agentes sanitários (médicos incluídos), ao criar e lutar pela puericultura e pela conseqüente rede de cuidados mais alargada, que exigia mais serviços e mais profissionais de saúde, no âmbito de uma nova concepção de maternidade. Assim, num quadro articulado de cuidados à gravidez, parto, puerpério e ao recém-nascido, apontava-se à parteira, então também enfermeira, um campo muito mais vasto de acção, num alargamento de funções que relativizava a importância de ajuda ao parto, o acto central que conferiu secularmente a identidade à parteira. Essa diluição da função central do parto explica os esforços para instituir novas designações, como foi o caso da *enfermeira puericultura*,

adoptada em 1946 pelo recém-criado Instituto Maternal, embora sugerida bastante antes pelos militantes da puericultura.

O Instituto Maternal, embora se tenha revelado pouco eficaz a nível nacional, desenvolvendo uma acção limitada, representou, de facto, a política do Estado Novo para integrar a assistência materno-infantil como uma das suas linhas de assistência social. Ensaçou as receitas da puericultura, enquanto tecnologia de doutrinação higienista e médica, com o objectivo de «educar as mães», preparando um corpo de intervenção neste domínio, no qual se integrariam as enfermeiras puericultoras, cuja função passaria pela assistência nas maternidades, nos dispensários e na assistência ao domicílio.

Nas décadas de 50/60 este modelo assistencial já revelava sinais de esgotamento, pois já se pediam soluções de cobertura hospitalar a nível nacional, as quais, embora preconizadas desde 1946, só muito lentamente se implantaram, propiciando gradualmente níveis mais elevados de hospitalização do parto. O movimento de implantação hospitalar arrastou consigo a reorganização da formação e dos serviços de enfermagem, nela se integrando a formação para a actividade de partejar, desenhada depois como um curso de especialização obstétrica para enfermeiras com curso geral.

Assim, o domínio dos cuidados obstétricos foi, historicamente, objecto de um processo longo e sistemático de ordenamento e sistematização, surgindo como uma significativa ilustração das teorias de dominação e da designada «biopolítica» defendidas por Michel Foucault, tal como as equacionámos no início deste trabalho. Desqualificação dos saberes tradicionais, normalização e disseminação dos novos saberes derivados da obstetrícia científica, controlo na transmissão desses saberes, disciplinamento do exercício prático, eis operações de modernização e de afirmação da ciência médica aplicadas na área obstétrica que fizeram com que, em determinada altura, a palavra parteira se apresentasse perante o poder-saber dominante como esgotada.

2.

A focalização da investigação nas estruturas curriculares permitiu observar, em tempo longo, diferentes atitudes de disciplinamento da actividade de parteira a partir da sua formação, embora esta nunca assumisse uma estrutura escolarizada consistente, que conduzisse à sua autonomia e/ou à sua estabilidade.

Pode considerar-se a obrigação do exame perante o sistema corporativo como a primeira demarcação profissionalizante da actividade de parteira em torno de uma avaliação de saberes, o momento-chave em que a aprendiz tirocinante podia aceder à categoria de mestre. Nos tempos medievais, o exame configurava-se, pois, como um dispositivo central de selecção e recrutamento que se desenvolvia em torno do saber-fazer, era a prova a ultrapassar para se obter a carta para o exercício profissional e se poder integrar o «corpo profissional» desta área de actividade. Mas, até aos inícios do liberalismo, tais exames, mesmo quando passaram a ser submetidos ao controlo e fiscalização do Cirurgião-Mor ou de um seu representante, limitavam-se à verificação do conhecimento das práticas usuais, isto é, daquilo que a candidata tinha apreendido através da sua experiência pessoal no campo da arte de partejar: a aprendiz seguia parteiras mais velhas, segundo o modelo de companheirismo corporativo, e era desse ver-fazer e do fazer próprio que derivavam os conhecimentos que ela deveria demonstrar, não se conhecendo imposições para alargamento a novos saberes que, de resto, teriam essencialmente a ver com novas fórmulas de intervenção e esse era um domínio reservado aos cirurgiões noutra quadro de acção. Nestas circunstâncias, os exames, avaliando a experiência, asseguravam a reprodução das práticas tradicionais, a continuidade dos saberes tradicionais, propiciando a manutenção das rotinas e a persistência dos segredos da arte. Na verdade, os seus objectivos, mais do que avaliar saberes, eram já uma forma de regulação social, de fixar o lugar do indivíduo na ordem social, segundo as novas regras de coexistência que estavam em processamento com a criação do Estado e o desaparecimento das «comunidades naturais»¹.

Mas este modelo de ofício, em que o saber se fazia por transmissão oral e por acompanhamento, passando de geração em geração, chocava com a ciência moderna, emergente nos séculos XVII e XVIII, quando se começou a generalizar o princípio cartesiano de que o saber não devia estar fechado, não podia ser segredo de alguns, mas cumulativo e universal. Com efeito, desde Descartes, era obrigação divulgar todos os princípios que contribuissem para o «bem geral de todos os homens» e os ajudassem a dominar a natureza, nomeadamente na área da «conservação da saúde, a qual, sem dúvida, é o primeiro bem e o fundamento de todos os outros bens desta vida»: a comunicação na medicina era, pois, fundamental, como processo de

¹ MÉDA, Dominique – *O Trabalho. Um Valor em Vias de Extinção*. Lisboa: Fim de Século, 1999, p. 86

conhecimento acumulado². A publicação de cartilhas para as parteiras, a defesa da sua instrução deve entender-se neste contexto, como estratégia de unificação do seu campo de conhecimento com os novos saberes que derivavam da medicina experimental. O livro impresso pretendia estabelecer normas universais que, gradualmente, ajudassem a superar os conhecimentos derivados apenas da prática de ofício em contexto corporativo, no sentido de promover-se a substituição de um saber local por um saber global.

Mas esse caminho de modernização só foi adoptado sistematicamente com a organização de cursos para parteiras que, em Portugal, ocorreram a par com a renovação do ensino médico, apenas em 1836, quando surgiram tais cursos nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. É então que nós encontramos a adopção de um modelo escolarizado, em que a candidata a parteira adquire previamente um saber tendencialmente universal sobre a sua futura actividade, através da aquisição de informação, ou seja, de dados exteriores a si própria, acumulados na sua área de saber pelas gerações anteriores e disponibilizados pela nova atitude de comunicação que criou a ciência moderna e a projectou através do ensino. O que se pretendia, então, era fazer com que as parteiras assumissem um novo tipo de relação global com o mundo a partir de novos saberes, com a regra científica a comandar a acção.

Os cursos das escolas médicas e faculdades que se prolongaram por mais de um século (embora com adaptações) asseguravam essa função de dotar a parteira de competências profissionais antes de esta descer ao terreno da prática, através da divulgação de saberes de que ela se apropriava em função da informação disponibilizada nas aulas e em compêndios, tudo organizado segundo uma intenção prévia da Escola, estruturante do respectivo currículo. Este modelo de formação desde logo impunha novas condições de recrutamento, a começar pelo requisito de saber ler e escrever, a que se juntava uma exigência de juventude compatível com estes processos de aprendizagem. No essencial, este modelo de formação seguia, no seu formato, o modelo do ensino escolar, base do ensino médico, embora mitigadamente, uma vez que estava racionalizado de forma a ministrar alguns saberes teóricos com

² DESCARTES – *Discurso do Método*. Lisboa: Edições Europa-América, s/d (original de 1637), p. 104-105. Para Descartes, era obrigação publicar todas as coisas que aumentassem o conhecimento, «a fim de que os últimos comessem onde os anteriores tivessem acabado (...) reunindo as vidas e os trabalhos de muitos, iríamos todos juntos mais longe do que cada um em particular seria capaz de o fazer» (p.106).

seqüência prática: para além das demonstrações expositivas, estava previsto o exercício de um longo tirocínio das alunas nas enfermarias de partos, onde a nova parteira podia completar a aquisição de conhecimentos, através da sua ligação pessoal à actividade específica, junto de outras parteiras que ali trabalhavam.

Mas a informação disponibilizada, pela palavra ou pela demonstração, de forma a assegurar os saberes teóricos, era, agora, da responsabilidade médica, embora esses saberes se destinassem a um uso prático e nunca a atitudes de especulação teórica, isto é, a posturas que permitissem à parteira ver mais além, criando conhecimento. A ambiência vivida era, entretanto, a da vida hospitalar, ainda que a maioria das parteiras seguisse para a prática domiciliar, uma vez que a hospitalização implicava a criação de estruturas assistenciais que, só no decorrer do século XX, tiveram expressão quantitativa. Foi deste ambiente hospitalar que partiram algumas campanhas médicas, nomeadamente a do combate pela assepsia, fundamental para melhorar a higiene no parto e assegurar a diminuição das febres puerperais.

Mas, através deste desenho, o currículo, na sua dimensão explícita ou na sua dimensão oculta, apontava para a prevalência dos valores, das práticas e dos saberes médicos em contexto hospitalar. Nas suas linhas gerais, o desenvolvimento curricular fazia da linha divisória tradicional, parto natural *versus* parto intervencionado, um elemento essencial, o eixo separador dos campos de formação obstétrica, fixando para a parteira os saberes ligados à eutocia, e aligeirando a informação sobre as distocias, aspecto que caberia ao estudante de cirurgia aprofundar. Daí que os cursos para parteiras e para cirurgiões, que poderiam ter algumas sessões comuns, seguissem depois uma ampla separação, distinção que acabou por contribuir para um certo alheamento universitário para com os cursos de parteiras, considerados menores.

Com os cursos de parteiras das escolas médicas e faculdades a constituírem o único modelo de formação neste domínio, todo o efeito de selecção curricular cabia aos médicos (desde o recrutamento das alunas, matérias a abordar nos seus conteúdos e limites, formas de ensinar, modos de adquirir competências), em particular aos responsáveis pelas cadeiras de obstetrícia, que assumiam a sua orientação institucional. Daí que todas as críticas médicas às práticas destas novas parteiras, na perspectiva técnica como na deontológica, tivessem um efeito *boomerang*, criando fracturas no corpo médico. Apesar disso, as propostas de modelos de formação alternativos não faltaram. O mais expedito terá sido o da formação bi-etápica, baseado no recrutamento de enfermeiras para a frequência do curso de partos, o que permitiria

conferir um sentido social de promoção (pelo efeito prestigiante de alongamento do tempo de formação) e assegurar uma formação mais articulada, garantindo previamente uma preparação em cuidados de higiene e de assepsia e uma informação genérica sobre anatomia e fisiologia, bem como a interiorização do lugar profissional junto do médico, podendo depois os cursos de parteiras incidir mais noutros aspectos específicos. Daqui derivaram as enfermeiras-parteias, desde 1919.

Outro aspecto muito focado, era o da necessidade de uma formação em internato, seguindo-se a velha «teoria da depuração», corrente nos meios escolares tradicionais, segundo a qual a submissão à disciplina libertaria das paixões, das más inclinações, promovendo o triunfo da razão e da moralidade. Caberia ao Instituto Maternal, criado em 1943 para garantir a assistência materno-infantil, ensaiar, a partir de 1946, de forma alternativa, cursos integrados para enfermeiras-puericultoras, numa clara demarcação em relação ao ensino obstétrico das faculdades, dando corpo à valorização da puericultura como tecnologia disciplinar para a maternidade e a infância, implementando cursos com internato, diluindo o parto num alargamento da acção atribuída às parteiras, preocupando-se ainda com formação a outros níveis que pretendiam converter as novas profissionais em militantes natalistas. Foi aqui, em consonância com reformas que se iam fazendo na enfermagem geral, que algumas enfermeiras começaram a incorporar o respectivo corpo docente, assumindo a leccionação teórica e prática de enfermagem e dos estágios, mas continuando elementos do corpo médico a assegurar as lições teóricas das matérias de medicina. Ensaio efêmero este dos cursos integrados para formação de enfermeiras puericultoras já que, por essa altura, o corpo de enfermagem começava a sofrer uma profunda reconversão, com base na implementação das reformas do ensino respectivo, que fizeram do ensino de obstetrícia cursos de especialização a frequentar após os cursos de enfermagem geral. Mas em todos os modelos de formação, o tirocínio prático ocupou sempre um lugar essencial no desenho curricular destinado à preparação das parteiras, qualquer que fosse a designação profissional.

3.

A abordagem sócio-histórica em torno da actividade de parteira, dos contextos institucionais e dos respectivos modelos de formação revela-nos um percurso profissional complexo, submetido a um longo processo, com estruturações e desestruturações diversas, que ocorrem no âmbito da divisão social do trabalho

sanitário, exprimindo um longo caminho de reorganização estrutural que só se vislumbra cabalmente na longa duração. Desenhos curriculares diferentes e designações profissionais sucessivas, de proveniência exógena ao grupo, recobriram o acto que foi sempre o destino funcional e o factor identitário da actividade de parteira, enquanto «produto objectivado de uma prática» (expressão de Boltanski) adaptada à mudança histórica: ajudar a nascer.

Ocupação quase tão velha como o viver social, nas reconfigurações experimentadas nos últimos seis séculos, a parteira foi chamada, do ponto de vista social, a ocupar um lugar na mediação simbólica da divisão do trabalho, sendo-lhe apontado, desde cedo, um espaço profissional que culminaria num processo de paramedicalização, ou seja, numa ocupação de prestação de cuidados especializados, desenvolvida após preparação específica para aquisição de competências, a ser aplicada no espaço sanitário tutelado pela profissão médica.

Nessa trajectória profissional, superada a fase da domesticidade informal, entrevista na simples entreatada feminina que gerou a «curiosa» (nunca eliminada por completo, por incapacidade de cobertura sanitária ainda no tempo presente), ganhou relevo, na construção social do corporativismo de raiz medieval, a chamada da parteira para integrar o sistema de ofícios (século XVI), sendo a actividade alvo de legislação própria. Este dispositivo disciplinador sujeitava-a a um controlo regulamentado, com benefícios e custos, a saber, respectivamente:

- promovia a sua integração no sistema oficial, produzia a afirmação simbólica de uma função social e o reconhecimento público das parteiras como um corpo do Estado, num efeito de legitimação e de prestígio, demarcando ainda o campo da «ocupação» no âmbito das artes de curar, estabelecendo-lhe «fazer os partos» enquanto objecto específico do seu ofício;
- estabelecia fronteiras restritivas para a actividade, que se traduziria na realização apenas do parto normal, sem uso de intervenção instrumental ou medicamentosa, com a obrigação de a parteira chamar o cirurgião ou o médico nas situações de parto difícil, decorrente do reconhecimento de níveis superiores de decisão e execução (cirurgia e medicina).

Esta primeira incorporação da parteira representava uma convocação para a partilha das responsabilidades comunitárias no domínio da saúde, gradualmente assumidas pelo Estado e representadas pelo sistema sanitário emergente, significava a

sua gradual «recuperação pelos Poderes», na expressão, já referenciada, de Philippe Ariès. Posteriormente, a publicação de novas medidas normalizadoras para a acção da parteira, incluídas no âmbito do quadro definido pelos Regimentos do Cirurgião-Mor, acentuaram essa chamada ao «serviço público», sendo então considerada como elemento integrante do sistema sanitário, estrutura que podemos vislumbrar numa direcção centralizada dos ofícios de saúde, cada vez mais controlada pela medicina de origem universitária, ao serviço do poder político, numa situação que ajudou a diluir os mecanismos do sistema de ofícios nesta área das artes de curar.

O companheirismo corporativo foi, durante alguns séculos (XV-XVIII), o ambiente de formação e de trabalho da parteira, traduzido sob a forma de deslocação aos domicílios para, junto de grávidas e parturientes, prestar serviços dessa arte de ouvir, tocar, manobrar e diagnosticar em que se consubstancia a obstetrícia, a que acresciam outras funções supervenientes ao parto como tratar dos corpos do recém-nascido (e eventualmente da sua alma, através do baptismo de emergência) e da puerpera (higiene, alimentação, cuidados mamários). Competia à parteira «fazer os partos», bem como ensinar aprendizes através desse fazer.

Mas, importa sublinhar, a parteira não dominava a verbalização normalizada dos mecanismos de parto, que correspondia à sua intelecção estrutural: essa capacidade de expressão era adquirida no património comum da herança científica, uma vez que explicar, nomear a anátomo-fisiologia, classificar as situações e as manobras do parto eram tarefas da medicina, enquanto expressão teórica do sistema sanitário. Na verdade, para além do conhecimento geral da fisiologia humana, a ampliação e a sistematização de conhecimentos obstétricos derivaram fundamentalmente da anatomia (pela dissecação propiciada pelas cesarianas em cadáveres de parturientes) e da criação de instrumentos de intervenção, domínios interditos às parteiras.

Estas razões contribuíram para que a parteira não conseguisse controlar eficazmente esse elemento decisivo para a afirmação da identidade profissional que a formação profissional representava, sobretudo desde que o primado da experiência como fonte do saber prático cedeu lugar à escolarização como meio para a transmissão de saberes teóricos, já adquiridos e cientificamente ordenados. Este contexto era agravado pela falta de condições sócio-técnicas para a produção de conhecimentos no seu campo próprio, tanto mais que o liberalismo não tolerou mais o modelo corporativo, transferindo para o Estado, de uma forma geral, a missão de ensinar, examinar e certificar, através da delegação dessa função em instituições

escolares apropriadas. A partir do século XIX, com o advento dos padrões científicos modernos e a afirmação dos novos saberes disciplinares, a parteira perdeu mesmo totalmente o controlo da formação do seu grupo profissional (à excepção do seu contributo na componente de tirocínio prático dos cursos de parteiras, que decorria nas enfermarias hospitalares, sob orientação médica).

A produção de conhecimentos cientificamente reconhecidos, a selecção da informação para efeitos de ensino-aprendizagem, os quadros metodológicos em que se processava a apropriação de saberes, tudo isso era de origem e responsabilidade exógena ao grupo das parteiras. As novas parteiras, já do tempo do sanitarismo científico, foram, assim, submetidas a um recrutamento controlado por elementos externos que lhes ministravam depois a formação – os médicos. Por essa via, a parteira evoluiu para uma dependência funcional da medicina, que equacionou a sua formação pelas rotinas hospitalares, perspectivando-lhe no sistema sanitário uma função de auxílio ao médico, na medida em que, prestando cuidados nos partos ditos naturais, controlaria a respectiva evolução do processo, de forma a requisitar o médico na emergência das complicações.

Mas foi com a chamada da parteira para a organização hospitalar que essa dependência se acentuou, ditando a sua convergência com a enfermagem. Esta situação ocorreu pela própria recomposição que a enfermagem experimentava: a enfermeira deixava de ser a mera acompanhante de cabeceira dos doentes que, numa mortificação espiritual se sacrificava com os trabalhos sujos, para ser uma auxiliar do médico, que assistia às suas funções de cura e recebia, por delegação daquele, a prescrição de um conjunto de tarefas curativas. Para isto tinha de receber alguma formação sobre a realidade do ser humano, bem como informação para entender os códigos e a expressão médica, a sua forma específica de apreensão da realidade, os indicadores a valorizar no doente. Foi esse tipo de preparação que Florence Nightingale gizou, acrescido de um conjunto de princípios que asseguravam o exercício apenas sob estritas ordens médicas. Esta linha de formação acabou por constituir a base da nova enfermagem que acompanhou a laicização dos hospitais, levando à criação de um corpo específico de auxiliares e conferindo existência ao campo designado de «paramédico», expressão sociológica (utilizada por Freidson) que inclui todos os tipos de auxiliares do médico com formação estrategicamente apropriada para esse efeito, nos quais ele normalmente delega tacitamente funções de execução (reservando para si o diagnóstico e a decisão sobre o tratamento a adoptar).

Este contexto de ordenamento hospitalar, que consagrou a supremacia do poder médico e se propagou no século XX como um elemento estruturante do sistema de saúde, oferecia um ambiente organizacional em que se vislumbravam, essencialmente, médicos e paramédicos, numa hierarquia definida. É esse contexto que ajuda a entender a atitude médica de recrutar enfermeiras para os cursos de parteiras, dando origem a uma nova profissional (1919) que se passou a designar de enfermeira-parteira. Esta era uma profissional que, partilhando já, através de formação prévia, dos padrões culturais da acção médica, recebia depois uma segunda formação destinada a um segmento especializado dessa acção – o parto, encarado, crescentemente, num contexto mais alargado, de forma a incluir uma vasta gama de cuidados relacionados com o período da reprodução, desde a concepção ao puerpério (incluindo ainda os cuidados ao recém-nascido), tal como postulava a doutrina da puericultura, na sua linha de combate à mortalidade materna e infantil. Este modelo acabaria por ser consagrado quase em definitivo (ainda que episodicamente algumas faculdades pudessem formar parteiras sem curso de enfermagem, situação que podemos considerar marginal).

Na modernização do sistema sanitário, a valência materno-infantil foi uma das que mais cedo foi assumida pelo Estado, na sequência do natalismo predominante, surgindo depois o Instituto Maternal como o coordenador oficial da política nacional adoptada. No seu âmbito de acção, foram ensaiados novos tipos de formação e novas designações, numa preocupação de encontrar o lugar socialmente adequado para as novas parteiras, de acordo com as representações sociais, os quadros ideológicos dominantes e, naturalmente, os jogos de interesses no campo sanitário, pois não há soluções neutras neste domínio. Desses ensaios, cuja interpretação terá de se conexionar sempre com as reformas de enfermagem de base que decorriam em simultâneo, acabaria por prevalecer a atribuição dos serviços de cuidados inerentes ao parto e afins a um curso de especialização para enfermeiras, que conferia o longo título de «enfermeiras parteiras puericultoras», recuperando-se, na essência, o modelo desenhado em 1919 (pelo caminho, ficava um ensaio assumido pelo Instituto Maternal para uma formação de raiz destinada a enfermeiras-puericultoras). O novo passo das reformas de enfermagem em 1965 consagraria o modelo dual de articulação da enfermagem – geral e especializada, surgindo neste contexto a especialização obstétrica, que começou a funcionar em 1967. As modificações que surgiram a seguir, depois de 1974, alterando designações e adequando formações, em função de padrões

européus e da evolução social portuguesa, são tributárias deste modelo de formação profissional.

Do ponto de vista social, o grupo profissional das parteiras (que chegou a ter uma associação de classe e depois um sindicato nacional, ainda que de acção aparentemente muito reduzida) desapareceu para dar lugar a um sub-grupo informal no grupo mais vasto da enfermagem. Mas o trabalho especializado em obstetrícia remete algumas profissionais para representações de afinidade (e até de alguma nostalgia) para com a acção das antigas parteiras, num processo histórico que concita curiosidade e alguma identidade. Recentemente, verifica-se alguma mobilização associativa em torno da especialidade, mostrando que o lugar social das novas (os) parteiras (os), bem como os contornos da sua formação e campo de acção, constituem dimensões de um espaço profissional ainda em discussão.

*

No momento em que se encerra esta investigação sobre as parteiras e os seus modelos de formação, importa sublinhar que, no pós-25 de Abril de 1974, se criaram condições políticas de valorização da enfermagem em geral, procurando-se acompanhar o desenvolvimento que se verificava nos países mais avançados. Dessa forma, as especialidades de enfermagem passaram a ser administradas, desde 1983, nas designada «escolas pós-básicas de enfermagem», sendo então criado o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (que substituiu o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, datado de 1967), com novo currículo a que correspondiam 2100 horas lectivas. Em 1988, o ensino de enfermagem foi integrado no sistema educativo nacional, no Ensino Superior Politécnico, com o Curso Superior de Enfermagem a apresentar grau de bacharelato e passando as respectivas especialidades a serem configuradas como cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, neles se incluindo o de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com um novo programa que compreendia 1800 horas lectivas. Em 1998, à formação geral de enfermagem foi atribuído o grau de licenciatura, passando os cursos de especialização a serem considerados como cursos de pós-graduação.

Em termos pessoais, temos atravessado este percurso recente da enfermagem e da actual enfermagem de saúde materna, acompanhando os processos de reflexão a

ele inerentes. Procuramos, com o presente trabalho, contribuir também para alargar as dimensões dessa reflexão colectiva.

CRONOLOGIA

CRONOLOGIA

Século XII – Organização do «sistema de ofícios» em França.

1290 – Institucionalização do ensino universitário em Portugal, através da criação dos Estudos Gerais em Lisboa

1430 – D. João I proibiu a todos os homens e mulheres de usar de Física sem carta do Físico Real.

1448 – Regimento do Cirurgião-Mor.

1476 – Publicação do Regimento do Físico-Mor.

1496 – Nova publicação do Regimento do Físico-Mor

1513 – Impressão do considerado primeiro livro para parteiras, em alemão, da autoria de Rosslin, intitulado «O Jardim de Rosa, para Mulheres Grávidas e para Comadres».

1521 – Nova publicação do Regimento do Físico-Mor.

1541 – Impressão do livro para parteiras, em espanhol, da autoria de Dámian Corbon intitulado «Libro del Arte de las Comadres o Madrinas y del Regimento de las Preñadas y Paridas y de los Niños».

1545 – Concílio de Trento. Implementação da Contra-Reforma Religiosa.

1559 – Alvará de D. Sebastião, pelo qual os candidatos ao exame de cirurgia e anatomia deviam fazer prova de dois anos de estudo no Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, com exceções dos que tivessem cursado em algumas universidades.

1562 – Proclamação em Portugal e Espanha das decisões do Concílio de Trento.

1561 – Invenção do fórceps obstétrico, por Pierre Franco.

1565 – Alvará que obriga as parteiras a exame perante o cirurgião-mor e à necessidade de serem aprovadas na «sua vida e costumes» pela Câmara.

1572 – Elaboração do *Livro dos Regimentos dos Officiaes Mecanicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lisboa*, que regista os diversos regimentos de artes mecânicas em uso na cidade de Lisboa, neles se incluindo o das parteiras, para efeitos do estudo da sua reforma.

1603 – Rodrigo de Castro publica *De Universa Mulierem Medicina*, uma das obra fundadoras da ginecologia moderna.

- 1608.05.12 – Alvará pelo qual o Físico-Mor não daria licença a «médicos idiotas» para exercerem em locais onde houvesse graduados pela Universidade de Coimbra.
- 1631.12.12 – Regimento do Cirurgião-Mor para visitar o Reino: normaliza o poder dos cirurgiões sobre as artes de curar (sangradores, cristaleiras, algebristas, parteiras...) e estabelece as regras para obtenção de licença e exercício das parteiras examinadas.
- 1692 – Surgimento do primeiro regulamento real em França, dirigido aos cirurgiões, que estabelece as condições para o licenciamento das parteiras.
- 1724 – Jean Palfyn, cirurgião barbeiro oriundo da Flandres, apresentou um fórceps à Academia de Paris.
- 1725 – Publicação da *Luz de Comadres, ou Parteiras*, tradução de Sebastião de Sousa.
- 1740.08.17 – Carta do Cirurgião-Mor ao Rei, pedindo para nomear representantes seus que pudessem tirar devassa dos que exerciam sem licença e para fazerem exames.
- 1746 – Luís António Verney publica o *Verdadeiro Método de Estudar*.
- 1751 – Fundação da maternidade de Gottingen, onde se distinguiu Osiander, e onde aprenderam vários cirurgiões portugueses.
- 1754 – Madame Coudray publicou um manual intitulado «Abrégé de l'art des accouchements», que teve grande divulgação em França.
- 1756 – Ribeiro Sanches publica *Tratado da conservação da saúde dos povos*.
- 1759 – Marguerite le Boursier de Coudray, parteira-mestre da corte francesa, por incumbência real, ensinou a arte de partejar durante 25 anos, por toda a França.
- 1763 – Ribeiro Sanches publica o seu *Methodo para Aprender Medicina*, bem como os *Apontamentos para Estabelecer um Tribunal e Colégio de Medicina*. Nos quais faz considerações sobre as parteiras.
- 1770 – Início da construção do hospital de Santo António, por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- 1772 – Publica-se a tradução da obra de Raulin – *Breves Instruções sobre os Partos a Favor das Parteiras das Províncias*. Manuel José Afonso e José Francisco de Melo publicam *Novo Método de Partejar*.

- 1772 – Reforma da Universidade de Coimbra e da sua Faculdade de Medicina. A expressão «arte obstétrica» surge em Portugal no articulado dos novos estatutos da Universidade de Coimbra.
- 1775 – Ribeiro Sanches publica o *Tratado da Conservação dos Povos*.
- 1775 – Instalação do Hospital de S. José, em Lisboa, num antigo colégio de jesuítas, por transferência dos doentes do Hospital de Todos Santos (cujo edifício tinha ficado muito danificado pelo terramoto de 1755 e por um incêndio posterior).
- 1781 – Baudelocque publicou o «Tratado dos Partos».
- 1782 – Criação da Junta do Protomedicato (funcionou até 1809), em substituição do regime administrativo do Físico-Mor e do Ciurgião-Mor.
- 1792-1822 – Osiander foi o director da maternidade de Gottingen durante este período.
- 1798 – Thomas Malthus publica o *Ensaio sobre o Princípio da População*.
- 1809.01.07 – Reposição do regime administrativo do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor.
- 1810.01.22 – Foi decretado um novo Regimento do Físico-Mor.
- 1810 - Publicação da obra de Jacinto da Costa – *Compêndio da Arte de Partos para Uso dos Praticantes de Cirurgia e Parteiras*.
- 1813-08-23 – Criada a Junta de Saúde Pública, para controlar os problemas da sanidade pública.
- 1820 – Revolução Liberal, convocação das Cortes Constituintes.
- 1824 – Publicação da tradução portuguesa da obra de Beaudelocque – *Princípios Acerca da Arte Obstétrica*.
- 1825.06.25 – Criação das Escolas Régias de Cirurgia no Porto e em Lisboa
- 1825 – Publicação, por Rocha Mazarém, do *Anuário Clínico da Arte Obstétrica*.
- 1828-1834 – Retorno do absolutismo ao poder e guerra civil, vencida pelo exército liberal.
- 1836 – Reforma do ensino médico pelo governo setembrista de Passos Manuel: novo plano de estudos para a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que inclui um «curso de Arte Obstétrica», destinado a parteiras; transformação das Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto em Escolas Médico-Cirúrgicas e criação dos cursos de parteiras nas Escolas e na Faculdade.
- 1837 – Criação do Conselho de Saúde Pública (assume as atribuições da Junta de Saúde Pública, do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor).

- 1840.04.23 – Regulamento das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, que também normaliza o curso de parteiras.
- 1844.09.18 – Reorganização do Conselho de Saúde Pública.
- 1847 – Inícios da aplicação da anestesia por clorofórmio.
- 1851.01.13 – Regulamentação para a concessão de licenças de parteira através do Conselho de Saúde Pública a parteiras não habilitadas com cursos das Escolas Médicas.
- 1860 – Florence Nihtingale cria a primeira escola de enfermagem.
- 1863 – José Ferreira Macedo Pinto publica *Medicina Administrativa e Legislativa*, que inclui proposta para a reforma do curso de parteiras.
- 1865 – Regulamento publicado pelo governo civil do Porto relativa ao estabelecimento de casas de partos.
- 1865 – O médico francês Caron publica *La Puériculture, ou la Science d'Élever Hygiéniquement et Physiologiquement les Enfants*.
- 1866.06.20 – Equiparação legal dos licenciados em medicina da Faculdade de Coimbra e dos licenciados pelas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto.
- 1868.12.03 – Extinção do Conselho de Saúde Pública. Cria-se, em sua substituição, a Junta Consultiva de Saúde Pública.
- 1867 – Determinação do fim da «roda dos expostos» para aplicar a partir de 1 de Janeiro seguinte.
- 1870 – Legislação que renova a possibilidade de exame a parteiras «curiosas».
- 1875.05.19 – Publicação de um modelo oficial para a emissão de cartas de parteira.
- 1877 – A Santa Casa de Misericórdia do Porto criava, no Hospital de Santo António, no Porto, uma «escola de enfermeiros».
- 1881 – Criou-se um curso para enfermeiros nos Hospitais da Universidade, em Coimbra.
- 1886 – Primeiro curso de enfermeiros no Hospital de S. José, em Lisboa, por Artur Ravara.
- 1891 – Primeiras mulheres médicas no Porto: Aurélia e Laurinda Morais Sarmento.
- 1892 – A médica Maria Paes Moreira defende a dissertação inaugural *Higiene da Gravidez e do Parto*, na Escola Médico-Cirúrgica do Porto.
- 1896 – Em França, é criada a *Alliance Nationale pour l'Acroissement de la Population Française*.

- 1898 – Congresso Nacional de Medicina, que defende a criação de maternidades, a criação de «partidos» municipais para as parteiras e a reforma do seu ensino.
- 1901 – Congresso Libertário de Paris, onde foi apresentado o relatório da Liga da Regeneração Humana, favorável às práticas neomalthusianas.
- 1901.12.24 – Publicação do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e de Beneficência Pública.
- 1901 – Criação, em anexo do Hospital de S. José, da Escola Profissional de Enfermeiros.
- 1902 – Tese de Ângelo Vaz na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, com o título *Neomalthusianismo*.
- 1903.10.28 – Regulamento uniforme para o curso de parteiras a ministrar nas três escolas médicas.
- 1906 – Estudantes finalistas de Medicina da Universidade de Coimbra fazem uma campanha de angariação de fundos para ajudar a estabelecer uma maternidade em Coimbra.
- 1910 – O médico portuense Maia Mendes lança uma campanha para a fundação de uma Maternidade do Porto.
- 1910 – Instauração da República.
- 1911 – Reforma do ensino médico. As Escolas Médico-Cirúrgicas passam a Faculdades de Medicina. Criação da Maternidade de Coimbra anexa ao Hospital da Universidade.
- 1912 – Realização, em Londres, do Congresso Internacional de Eugénica.
- 1914 – Início dos planos para a construção da futura Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
- 1917.03.21 – Criação de um curso de enfermagem para mulheres, no âmbito da participação na primeira guerra mundial.
- 1918.07.09 – Decreto nº 4563 reorganiza os Hospitais Civis de Lisboa e cria a Escola Profissional de Enfermagem.
- 1919.05.10 – Decreto nº 5763 cria uma Escola de Enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- 1919.10.31 – Decreto 6192 inclui o Regulamento do Curso de Parteiras e estabelece como condição para apresentação ao exame final do curso de partos da Faculdade de Medicina de Lisboa a apresentação do diploma de enfermeira.

- 1920.10.12 – Decreto-Lei nº 12477 que reorganiza os serviços da Direcção Geral de Saúde, prevendo no artigo 10º, §4, a luta contra a mortalidade infantil.
- 1922.11.25 – Decreto nº 8505 publica o Regulamento da Escola Profissional de Enfermagem do Hospitais Civis de Lisboa.
- 1924 – A Sociedade das Nações aprova a *Carta dos Direitos da Criança*.
- 1925 – Por ocasião das comemorações do centenário da criação da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, o Dr. Alfredo de Magalhães lança a ideia da Maternidade Júlio Dinis.
- 1926 – Revolução de 28 de Maio: Ditadura Nacional e chamada de Salazar ao governo.
- 1926.10.12 – Decreto nº 12477 que reorganiza os serviços sanitários.
- 1927 – O dr. Alberto Saavedra visita oficialmente a Suíça para estudar as maternidades com vista ao estudo para a Maternidade Júlio Dinis.
- 1927 – Maternidade Magalhães Coutinho, em Lisboa
- 1927.12.03 – Abertura, em Lisboa, do Abrigo Maternal Bensaúde, obra particular impulsionada pelo professor Costa Sacadura.
- 1927.12.23 – Decreto-Lei nº 14803 que cria os postos de protecção à infância integrados na Direcção-Geral da Saúde.
- 1929 – Método anti-conceptivo de Knaus e Ogino, baseado na abstinência periódica, como forma de evitar a fecundação no período fértil da mulher.
- 1929.11.19 – Decreto nº 17366 proíbe fabrico e venda de produtos antigenésicos.
- 1929 – O Prof. Costa-Sacadura apresentou à Faculdade de Medicina de Lisboa uma proposta de reforma do curso de parteiras.
- 1930 – A Faculdade de Medicina do Porto abriu um centro de puericultura ante-natal e post-natal, a que deu o nome de Dispensário Magalhães Lemos, em homenagem ao doador da casa onde se instalou o dispensário, um médico de renome.
- 1930 – Abre, em Novembro, o curso de enfermeiras-visitadoras de higiene, na Faculdade de Medicina do Porto.
- 1930 – Na conferência de Lambeth, os bispos anglicanos apoiam a difusão do ensino da anti-concepção.
- 1930.12.31 – Publicação pelo Papa Pio XI da encíclica *Casti Connubii* sobre o matrimónio cristão e a afirmação das posições tradicionais da Igreja católica relativas á reprodução.

- 1931 – Abre a Maternidade Magalhães Coutinho, impulsionada pelo prof. Costa Sacadura.
- 1931 – Conferência Internacional de Higiene Rural.
- 1932.12.05 – Inauguração da Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa.
- 1932.01.28 – É institucionalizado, através do decreto nº 20828, o Instituto de Puericultura, no Porto, por acção desenvolvida pelo Prof. Almeida Garrett, para coordenar actividades dispersas da Junta Geral do Distrito, Câmara do Porto e Faculdade de Medicina.
- 1932.12.05 – Inicia-se o funcionamento da Maternidade Alfredo da Costa.
- 1932 – A Associação de Classe das Parteiras Portuguesas apresentou à Faculdade de Medicina de Lisboa uma proposta para promover a qualificação da classe.
- 1933 – Publicação da Constituição Política que institucionaliza o regime do Estado Novo.
- 1934.10.06 – Despacho ministerial cria os centros de saúde, regulamentados no ano seguinte (20.03.1935).
- 1935 – A Lei nº 1884, de 16.3.1935, cria o quadro da criação das caixas de previdência, com o objectivo de cobrir os riscos de doença, invalidez e velhice nos sectores da indústria, comércio e serviços. O Decreto nº 25935, de 12.10.1935, regulamenta as caixas de previdência profissionais.
- 1935.10.17 – Publicação do Decreto-Lei nº 25936 que cria a Organização Nacional «Defesa da Família», como organismo do Estado Novo para promover a assistência materno-infantil.
- 1937 – É fundada, em Coimbra, a Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos, por Eusébio Tamagnini.
- 1937 – Fernando da Silva Correia publica *Portugal Sanitário: subsidios para o seu estudo*, uma obra de referência.
- 1937.03.10 – Lei nº 1952 institui a licença de parto na indústria (30 dias pagos pela entidade patronal por um terço do valor normal do salário).
- 1937.04.01 – Decreto-Lei nº 27610 comete à Direcção-Geral de Assistência o estudo da reforma da Assistência.
- 1938.09.30 – Decreto-Lei nº 29036 institui a Maternidade Júlio Dinis e cria novas directrizes para a função das Maternidades: além do internamento, deverão ter serviços de extensão social até ao domicílio; entre a obstetria, ginecologia e puericultura deve existir uma ligação mais activa.

- 1940.05.17 – Decreto nº 30447 cria a Escola Técnica de Enfermeiras do Instituto Português de Oncologia.
- 1940.12.31 – Publica-se o novo Código Administrativo que, no artº 434,§2, torna obrigatório às Misericórdias a assistência às grávidas e aos recém-nascidos.
- 1941.11.22 – Decreto-Lei nº 31666 que estabelece a Comissão Executiva da “Defesa da Família”, presidida pelo Sub-secretário de Estado da Assistência Social e que inclui os directores geral da Saúde e da Assistência e o Provedor da Misericórdia de Lisboa, à qual compete a orientação do plano de assistência materno-infantil, conforme as determinações do decreto nº 25936.
- 1942 – As candidatas de enfermagem aos serviços assistenciais deviam ser solteiras ou viúvas sem filhos (situação só anulada em 1963).
- 1942 – Início da publicação do *Boletim da Assistência Social*.
- 1942.03.12 – O Decreto nº 31913 completa o Decreto nº 31666 e reserva a actividade de enfermagem feminina a solteiras ou viúvas.
- 1942.06.13 e 14 – 1ª Jornada das Mães de Família.
- 1942.07.29 – Decreto nº 37171 actualiza as penalizações relativas ao aborto voluntário, citando pela primeira vez as parteiras.
- 1942.09.12 – Decreto-Lei nº 32255 que reforma a Misericórdia de Lisboa, atribui a esta instituição o encargo de assegurar em benefício da cidade de Lisboa a assistência à Maternidade e à primeira infância em complemento e coordenação com a já exercida por outras instituições.
- 1942.12.31 – Decreto nº 32612 estabelece as bases para a reforma da enfermagem, tomando como modelo a Escola Artur Ravara. Cria o Curso Geral e prevê a organização de especialidades. Aplica o princípio da proibição do exercício a não diplomados.
- 1943.02.02 – O Decreto nº 32651 cria o Instituto Maternal., para tutelar a assistência à maternidade e 1ª infância, que por essa razão fica a tutelar os cursos de enfermagem da sua área e de parteiras que ainda continuam nas maternidades
- 1944.02.12 – Decreto nº 33527 cria a Delegação do Instituto Maternal no Porto.
- 1944.05.15 – Lei nº 1998 aprova o Estatuto da Assistência Social, que inclui a assistência à maternidade e primeira infância (Base XII)
- 1945.01.23 – Portaria nº 10849 regula as funções docentes da Faculdade de Medicina na Maternidade Júlio Dinis.

- 1945.07.26 – Fusão de vários sindicatos, entre eles o Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas, dando origem ao Sindicato Nacional de Profissionais de Enfermagem.
- 1945.11.17 – Decreto nº 35108 reorganiza os serviços saúde pública de acordo com o Estatuto da Assistência Social.
- 1945.12.07 – Decreto nº 35108 cria o Instituto de Assistência Social.
- 1945 – Projecto para um curso de enfermeiras puericultoras a criar pelo Instituto Maternal.
- 1946.04.02 – Lei nº 2011 estabelece as bases para a nova organização hospitalar.
- 1946.11.11 – Início do curso de enfermeiras puericultoras do Instituto Maternal.
- 1947 – Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal, que prevê dois cursos: enfermeira puericultora e auxiliares de enfermagem.
- 1947.04.10 – Decreto 36219 estabelece novas medidas para o ensino de enfermagem (entre outras medidas, cria as auxiliares de enfermagem e regulariza o funcionamento de escolas particulares de enfermagem).
- 1948 – A Assembleia Geral da ONU aprova a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*.
- 1951.10.29 – Carta às Parteiras, pelo papa Pio XII.
- 1952.08.28 – Decreto nº 38884 estabelece novas medidas para o ensino de enfermagem (institucionaliza alguns dos cursos para acesso a lugares de chefia e de especialização).
- 1952.08.28 – Decreto nº 38885 aprova o Regulamento das Escolas de Enfermagem.
- 1953 – Inauguração do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.
- 1954.01.23 – Portaria nº 14719 cria a Escola de Enfermagem Dr. Assiz Vaz, para funcionar junto do novo Hospital Escolar do Porto
- 1954.04.07 – A Organização Mundial de Saúde dedica o Dia Mundial da Saúde ao tema "A Enfermeira, militante da saúde".
- 1955 – A OMS organizou uma reunião mundial sobre o «ensino de enfermagem», emitindo recomendações.
- 1955.09.03 – O Decreto nº 40303 substitui a denominação da Escola de Enfermagem Dr. Assiz Vaz por Escola de Enfermagem do Hospital de S. João, ao mesmo tempo que o Hospital Escolar passa a chamar-se «de S. João».
- 1955 – O Instituto Maternal enviou uma missão médica a Paris para se inteirar do método psicoprofilático.

- 1956.01.08 – Aprovação papal do método psicoprofiláctico ou «parto sem dor».
- 1956.03.22 – Através da Portaria nº 15786 publica-se o Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal. Passam a funcionar apenas cursos de especialização: enfermeira parteira puericultora e parteira-puericultora
- 1956.09.10 – Portaria 15965 cria a Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria.
- 1956.10.27 – Decreto nº 40829 confere a designação de Maternidade Bissaya Barreto à Maternidade de Coimbra.
- 1956.11.05 – Portaria nº 16023 introduz algumas alterações ao Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal: todos os cursos funcionarão em internato e é criado o curso de auxiliares de enfermeiras parteiras.
- 1958.03.06 – Decreto nº 41551 assegura o financiamento para um Grupo de Estudos da Administração de Saúde Pública da Organização Mundial de Saúde.
- 1958.08.13 – Decreto nº 41825 remodela o governo e cria o Ministério da Saúde e Assistência.
- 1959 – A ONU aprovou a Declaração dos Direitos da Criança.
- 1959.06.24 – Inauguração do Hospital de S. João.
- 1960 – A administração norte-americana aprovou a venda da pílula anti-conceptiva por via oral.
- 1963.03.18 – Com a publicação do Decreto nº 44923 deixou de ser exigido o celibato às enfermeiras hospitalares.
- 1964.05.07 – Decreto-Lei nº 45810 cria uma nova comissão para reorganizar o ensino de enfermagem.
- 1965 – Divulgação do relatório *A Revisão do Ensino de Enfermagem*.
- 1965.07.02 – Decreto nº 21371 estabelece que as maternidades do Instituto Maternal passam a ser consideradas no sistema geral hospitalar para efeitos de gestão técnica.
- 1967 – Integração dos cursos de parteiras nas Escolas de Enfermagem.
- 1967.02.27 – A Portaria nº 25539 cria a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem.
- 1967.05.05 – Decreto nº 47677 desintegra do Instituto Maternal as Maternidades Alfredo da Costa e Júlio Dinis, que passam a depender da Direcção-Geral dos Hospitais.

- 1967.08.31 – Decreto 47884 estabelece que as escolas de enfermagem oficiais criem cursos de especialização obstétrica.
- 1967.12.27 – Portaria 48166 promulga a carreira hospitalar de saúde pública para a enfermagem.
- 1968 – Publicação da encíclica *Humanae Vitae*, pelo papa Paulo VI.
- 1968.04.27 – Decreto-Lei nº 48357 que estabelece o Estatuto Hospitalar.
- 1968.05.03 – Portaria nº 23345 estabelece normas para concursos de monitoras, enfermeiros-professores, monitores-chefes e directores de escolas de enfermagem.
- 1968.08.07 – É aprovado o programa do Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras.
- 1969.08.11 – Portaria nº 24231 aprova o Regulamento das Escolas de Enfermagem.
- 1970.01.14 – Portaria 34/70 apresenta um novo Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem, conferindo autonomia técnica e administrativa às escolas de enfermagem de tutela pública e a sua direcção é entregue a profissionais de enfermagem.
- 1971 – Decreto-Lei nº 413/71 reorganiza os serviços centrais do ministério da Saúde e Assistência. O Decreto-Lei nº 414/71 estabelece as carreiras profissionais do pessoal de saúde (pela primeira vez, em Portugal).
- 1972 – Reunião da Confederação Internacional das Parteiras que aprova um padrão geral para uma definição internacional de parteira.
- 1973 – Reunião da Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras que aprova a definição de parteira tomada pela Confederação Internacional das Parteiras.

FONTES
E
BIBLIOGRAFIA

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 matrículas do curso de partos, 1836-1910.

Arquivo do Governo Civil do Porto (agora no Arquivo Distrital do Porto):

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

Arquivo Histórico Municipal – Casa do Infante (Porto)

Livros de Registo Geral (ver FERREIRA, J. A. Pinto, ob. cit. para inventário de registo de cartas de parteira).

Direcção-Geral de Saúde - Gabinete de Documentação (Lisboa)

Documentação manuscrita e dactilografada relativa ao Instituto Maternal

Escola de Enfermagem do S. João e Escola de Enfermagem Cidade do Porto

Documentação relativa a Cursos do Instituto Maternal e a Cursos de Enfermagem

Arquivos Particulares

Documentação avulsa relativa a Cursos do Instituto Maternal

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.

Anais da Escola Nacional de Saúde Pública

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

Anuário da Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, 1910-1911.

Anuário da Universidade do Porto, 1946-1949.

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

Anuários da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

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 da Assistência Social, 1942 -1967

Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, 1941-1942;

Boletim do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas, 1942.
Boletim dos Serviços Sanitários do Reino, 1903-1936 (com intermitências).
Diário da Assembleia Nacional/Câmara Corporativa
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 dos Hospitais do Porto, 1907-1913.
Gazeta Médica do Hospital de S. António, 1859.
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.
Medicamento, História e Sociedade - 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 Clínica do Instituto Maternal, 1946-1967.
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.

3 - Legislação

Systema ou Collecção dos Regimentos Reais, tomo VI, Lisboa: MDCCXCI
Colecção Oficial de Legislação Portuguesa
Collecção de Leis e Decretos
Collecção de Leis e Outros Documentos Oficiais
Colecção de Leis e Regulamentos Geraes de Sanidade Urbana e Rural
Diário do Governo
Diário da República.

4 - Teses apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto

(obs: Citam-se apenas as teses efectivamente lidas)

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.
 ARAUJO, Augusto José Domingues – *A Cravagem de Centeio: Acção Physiologica 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 Assepsia 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 - *Hygiene 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 Antiseptia*. Porto: 1888.
- PIMENTA, António Coutinho de Araújo - *Assepsia e Antiseptia em Cirurgia*. Porto: 1892.
- 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 Farne – *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.

5 – Bibliografia específica

- A Universidade do Porto. Actividade Científica, Acção Social, Aspirações, Missão na Vida Nacional*. Porto, Maio de 1933, p. 90-91.
- ADÃO, Luís – *Relatório da Viagem a Espanha para Estudo das Escolas de Enfermagem desse País*. Lisboa: 1945.
- Alberto Saavedra - No Centenário do seu Nascimento: 1895-1995*. Porto: Sociedade Divulgadora da Casa- Museu Abel Salazar S. Mamede de Infesta, 1995.
- AMADO, 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.
- AMZALAK, Moses Bensabat – *O «Despertador da Agricultura de Portugal» e o seu Autor O Intendente D. Luís Ferrari Mordau*. Lisboa: 1951
- Anónimo - *A Enfermagem e a Organização Mundial de Saúde*. *Revista de Enfermagem*, nº 16, nº17, nº18 de 1956.
- ANÓNIMO - *A Formação das Parteiras*. *Revista de Enfermagem*, nº 10, Agosto de 1955, p. 8.

- ANÓNIMO - A Jornada das Mães de Família. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 8-17.
- ANÓNIMO - Algumas Palavras sobre o Relatório da Direcção do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol, I, nº 2, 1946, p. 167-170.
- ANÓNIMO - História das Maternidades. *Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, Fascículo IV, Lisboa: 1942.
- ANÓNIMO - Inauguração da Escola de Enfermeiras Rainha Santa Isabel. *Boletim da Assistência Social*, nºs 83 - 85, 1950, p.59.
- ANÓNIMO - Inauguração do Ano Lectivo da Escola de Enfermagem Artur Ravara. *Boletim da Assistência Social*, nº 11, Janeiro de 1944, p. 496-497.
- ANÓNIMO - Instituto Maternal - Da Nomeação e Posse dos Directores de Serviço. *Boletim da Assistência Social*, nº 13, Março de 1944, p. 3-6.
- ANÓNIMO - Instituto Maternal - Regulamento Provisório para Admissão do seu Pessoal Técnico. *Boletim da Assistência Social*, 2º ano, nº 14, Abril de 1944, p. 77.
- ANÓNIMO - Na Escola de Enfermagem Artur Ravara. *Boletim de Assistência Social*, 1947, p.152.
- ANÓNIMO - Notícias e Informações. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, I, 1946, p. 167-171.
- ANÓNIMO - Os Trabalhos da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. *Boletim da Assistência Social*, 1948, p. 167-177.
- ANÓNIMO - Redacção Definitiva do Estatuto da Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, 1944, p. 568-573.
- ANÓNIMO - Remodelação dos Serviços de Assistência. *Boletim da Assistência Social*, nº3, Maio, 1943.
- ANÓNIMO - Um Ano do Instituto Maternal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. I, nº 1, 1946, p. 119-123.
- ANTUNES, Tibério - Os Serviços de Obstetrícia da Misericórdia de Lisboa. Contribuições para a sua Organização. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XI, nº 36, 1º trimestre -1959, p. 19-25.
- AREIAS, Carlos - Mortalidade peri-natal. Inquérito na Maternidade Júlio Dinis. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XIII, 44, 1961, 17-29.
- AREIAS, Carlos - Mortalidade peri-natal. Inquérito na Maternidade Júlio Dinis. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XI, 35, 1958, 17-43.
- Assistência à Maternidade e Primeira Infância - Relatório do Decreto-Lei nº 32651. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, Março de 1943, p. 5-7.
- Associação Nacional das Enfermeiras Católicas - *Código de Deontologia dos Profissionais de Enfermagem*. Lisboa: 1961.
- AZEVEDO Filho, Gonçalves de - O Papel do Médico no Parto Normal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, nº 8, 1951, p. 27-32.
- BENOLIEL, Sara - Os preconceitos em Puericultura e a maneira de combatê-los. *Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, 2ª série, Porto, 1935.
- BESSA, José dos Santos - Mortalidade peri-natal. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, vol. XIII, 44, 1961, 31- 43.
- BICHO, Francisco Laranja de Castro - *Organização dos Serviços Sanitários em Portugal*. Porto: 1926.
- BOLÉO, José de Paiva - Algumas Razões com que se Pretende Justificar o Aborto. *Boletim da Assistência Social*, nºs 31/32, Setembro e Outubro de 1945, p. 246-249.
- BOMBARDA, Miguel - *Enfermagem religiosa*. Lisboa: Junta Liberal, 1910.

- BOTELHO, Maria Leonor Correia; FONSECA, Armando Carvalho da - Assistência à Família. Princípios e Realizações. *Boletim da Assistência Social*, nºs 107 a 110, 1952, p.103-133.
- BRANCO, Manuel Leitão – Perspectivas de Divisão Sindical. *Revista de Enfermagem*, nº11, Outubro de 1955, p. 2 - 4.
- BRANDÃO, Diogo de Paiva - *Assistência Social - Diplomas coordenados e anotados*. Lisboa: Direcção Geral da Assistência, 1948.
- CAMPOS, 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).
- CARNEIRO, Marinha Fernandes – A Maternidade do Porto. Uma Iniciativa Pioneira na Assistência Maternal. *O Tripeiro*, 7ª série, Ano XVIII, nº 1, Janeiro de 1999, p. 3-10.
- CARNEIRO, Marinha Fernandes - *O Signo de Lucina: Contextos de Institucionalização e Formação das Parteiras*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (dissertação de mestrado), 1998.
- 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.
- Charte Européenne de la Sage-Femme*. Paris: Sage-Femme du Monde, 1972.
- Comissão Administrativa da Junta Geral do Distrito do Porto - *A Obra de Assistência à infância da Junta Geral do Distrito do Porto – Memória enviada à II Exposição Nacional da Criança (Lisboa-Abril de 1933)*. Porto, Junta Geral, 1933.
- Comité Consultivo para a Formação das Parteiras – *3º Relatório, Recomendações e Parecer em Enfermagem Obstétrica*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 1989.
- CORREIA, A. A. Mendes – *O Problema Eugénico em Portugal*. Porto: 1928.
- CORREIA, Fernando da Silva – *Problemas de Higiene e Puericultura*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1934.
- CORREIA, Fernando da Silva – A Propósito de Assistência Social, *Boletim da Assistência Social*, nº3, Maio, 1943, p. 9.11.
- CORREIA, Fernando da Silva - *Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)*. Coimbra: U.C., 1937.
- COSTA, Alfredo da - *Duas Lições de Obstetrícia*. Lisboa: 1899.
- COSTA, Alberto da – *Enfermagem: Guia da Enfermeira Profissional e Auxiliar do Médico Prático*. Coimbra: Marques & Filhos, 1956.
- COSTA, Alfredo da – *Duas Lições de Obstetrícia*. Lisboa: 1899.
- COSTA-SACADURA - *As Maternidades e a Família*. Lisboa: 1939.
- 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 – *Assistência Materna Infantil. Males, Remédios e Males que Ainda não Foram Remediados. Conferência no Clube Fenianos Portuenses a Convite da Liga de Profilaxia Social, a 21.5.1954*. Separata do *Jornal Médico*, XXIV-596, 1954, p. 479-488.
- COSTA-SACADURA - *Dois Problemas de Assistência: o Trabalho da Mulher Fora do Lar: Parto no Domicílio 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: 1937.
- COSTA-SACADURA - *O Papel Social da Parteira*. Lisboa: 1935.
- COSTA-SACADURA – Relatório da Acção da Maternidade do Dr. Alfredo da Costa na Primeira Jornada das "Mães de Família". *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 21-31.
- COSTA-SACADURA - *Subsídios para a Bibliografia Portuguesa sobre Enfermagem: algumas efemérides*. Lisboa: 1950.
- COSTA-SACADURA - *Subsídios para a História da Enfermagem em Portugal*. Lisboa: 1950.
- COSTA-SACADURA; SAAVEDRA, Alberto - *Cadeiras Obstétricas de Portugal e Espanha*. Lisboa: 1948.
- COSTA-SACADURA; SAAVEDRA, Alberto - *Qual a Melhor Posição da Parturiente? (Aspectos Etnográfico e Obstétrico)*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1957.
- COUTINHO, J. E. Magalhães – Ensino Médico. *Gazeta Médica do Porto*, 1853, p.93-94.
- Delegação do Instituto Maternal no Porto – Palavras do Sub-secretário de Estado da Assistência Social. *Boletim da Assistência Social*, nº 11, Janeiro de 1944, p. 469-471.
- DIRECTOR Geral de Saúde Pública - Qual é o Plano e Actividade da Organização Nacional de Defesa da Família? – Discurso do Director Geral de Saúde Pública Proferido na Sessão Inaugural da 2ª Jornada das Mães. *Boletim da Assistência Social*, nº 6, Agosto/1943, p. 235-238.
- Discurso do Sr. Prof. Doutor Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na Sessão em que Foram Entregues Diplomas às Primeiras Enfermeiras da sua Escola Técnica. *Boletim da Assistência Social*, 1945, p. 198-200.
- Encíclica "Casti Connubii" de S. Santidade PIO XI sobre o Matrimónio Cristão (31-12-1930)*. Braga: Mensageiro do Coração de Jesus (Tipografia Porto Médico), 1938, p. 31-38.
- ESPÍRITO SANTO, J. – *A Enfermagem, profissão nobre*. Coimbra: 1950.
- FARIA, José Alberto - Assistência e Sanidade. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942-1943, p. 5-7.
- 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..
- FERREIRA, Coriolano – Viagem de Estudo a Hospitais da França, Bélgica, Suíça e Alemanha. *Boletim da Assistência Social*, nºs 115/122, 1954-1955, p. 367-442.
- FERREIRA, Coriolano – Viagem de Estudo na Itália Organizada pela Federação Internacional dos Hospitais. *Boletim da Assistência Social*, nºs 115/122, 1954-1955, p. 83-138.
- FERREIRA, Nuno Cordeiro - *Assistência Materno-Infantil*. Lisboa: separata dos Anais da Escola Nacional de Saúde Pública, 1971.
- FONTES, Joaquim – A moral da parteira. *Boletim do Sindicato Nacional das Parteias Portuguesas*, 1942, p. 10-12.
- FRANCO, Justiniano de Mello – Memoria sobre a Descrição, e Vantagens de huma Cadeira Obstetricia da Invenção do Professor Stein, depois Reformada, e Emendada

- Principalmente pelo Professor Osiander. *História e Memórias da Academia Real das Ciências de Lisboa*. Lisboa: 1827, p. 22-39.
- FREIRE, João – *Variações sobre o Tema Trabalho*. Porto: Edições Afrontamento, 1997.
- FRIAS, Manuel Moraes - Um Caso de Operação Cesareana sob Raquianestesia. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1911, p. 195.
- FRIAS, Moraes - Sobre Rachianestesia em Obstetrícia. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1912, p. 115-124 e 135-138.
- GARRET, Almeida - Cartas de Paris: Despopulação e Criminalidade em França. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1908, p.300-304.
- GOMES, Gerarda - *As Parteiras na Literatura e na Arte*. Lisboa: 1955 (Separata de Revista de Enfermagem, nºs 6-7, Dezº e Fev. 1954-1955).
- GUCHTENEERE, Raul – *A Limitação da Natalidade*. Braga: Livraria Cruz, 1944.
- HASSE, Manuela – *O Divertimento do Corpo. Corpo, Lazer e Desporto na Transição do séc. XIX para o séc. XX, em Portugal*. Lisboa: Editora Temática, 1999.
- HOMEM, Francisco Fernandes – Normas Positivas em Trabalhos de Puericultura. *Boletim da Assistência Social*, nº 31/32, Setembro e Outubro de 1945, p. 233-241.
- 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.
- JONES, Anita M. – *Manual para o Ensino das Parteiras*. Washington: Imprensa do Governo dos Estados Unidos, 1944.
- JORGE, Ricardo – Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na Sessão de 1 de Outubro de 1885. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, nº 4-8, Abril-Agosto de 1885.
- JUNTA, Geral do Distrito do Porto – *Novas Providências e Documentos acerca dos Expostos*. Porto: 1866.
- LEMONS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*. Lisboa: Manuel Gomes Editor, 1899.
- LIGA Portuguesa de Profilaxia Social em Prol do Casamento das Enfermeiras dos Hospitais Cívicos. Porto: 1952.
- LIMA, J. A. Pires de – A Operação Cesariana em Portugal antes do Século XIX. *Arquivos de História da Medicina Portuguesa*, 1914, p. 184-195.
- Livro dos Regimentos dos Officiaes Mecanicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lixboa (1572)*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926 (publicado e prefaciado por Vergilio Correia).
- 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.
- MAGALHÃES, Alfredo de – O Significado Social e Nacional da Maternidade de Júlio Dinis. *Conferências, 7ª série, da Liga Portuguesa e Profilaxia Social*, 1938, p. 109-126.
- 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 - Enfermagem : uma Nova Realidade. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. vol. 13, nº 3 (1995), p. 21-24.

- MARTIN, Christiane – Cuidados de Enfermagem, uma Disciplina: Condições e Desafios. *Pensar Enfermagem*, vol. 6, nº 1, 2002, p. 9-16.
- MENDES, A. Maia - As Parteiras do Porto. *A Medicina Moderna*. Vol. II (Dez.1896), p.3.
- MENDES, A. Maia - Maternidade do Porto. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1910, p. 86-91.
- MENDES, A. Maia - Protecção aos que Nascem. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1907, p. 24-33.
- MENDES, A. Maia - Um Problema de Partos. *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1909, p. 281-284.
- MENDES, Mário Luís – *Novos Conceitos na Assistência aos Partos*. Coimbra: separata de *Coimbra Médica*, 3, 1956.
- MEYRA, João Monteiro de – *O Parto Cesareo, sua Historia, sua Thecnica, seus Accidentes e Complicações, suas Indicações e Prognostico*. Porto, 1908.
- Ministério da Saúde e Assistência – *Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem* (Portaria 34/70, de 14 de Janeiro de 1970). Lisboa: Imprensa Nacional, 1970.
- Ministério da Saúde e Assistência - *A Revisão do Ensino de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1966.
- Ministério da Saúde e Assistência – *Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras, aprovado em 7/8/1968*. Lisboa: 1968 (policopiado).
- Ministério da Saúde e Assistência – Direcção Geral dos Hospitais – *Contribuição do Serviço de Enfermagem Hospitalar para o Plano de Investimentos 1965-1967*, Lisboa: MSA, 1964.
- Ministério da Saúde e Assistência – Escola de Ensino e Administração de Enfermagem – *Relatório sobre a análise dos projectos da Reforma do Ensino*. Lisboa: Abril 1971 (policopiado).
- MIRA, M. Ferreira de - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1947.
- MONJARDINO, Augusto - Função Social das Maternidades. *Conferências - 7ª : Série Doutrinária da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*. Porto: 1939, p. 215-227.
- MONTARGIL, Elíseo – Relatório duma Viagem a Paris, como Bolseiro do Ministério do Interior a Fim de Estudar os Métodos do Chamado Parto sem Dor. *Revista Clínica do Instituto Maternal*, nº 19, Dezembro de 1954, p. 55- 66.
- MONTEIRO, Hernâni - *A Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. Porto: 1937.
- MONTEIRO, Hernâni - *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: 1926.
- MONTEIRO, Hernâni – Um Trecho da História da Assistência Maternal e Infantil no Porto. *Portugal Médico*, 1933, nºs 7, 8, 9.
- MORAIS, Maria Palmira Tito de – *Enfermagem Científica: Considerações Acerca da sua Evolução Histórica*. Lisboa: 1946.
- OMS – *Cycle d' Etudes Mixte ONU/OMS sur le Role des Travailleurs Sanitaires et des Travailleurs Sociaux Face aux Besoins des Familles*. Genève: OMS, 1959.
- OSÓRIO, José Fructuoso Ayres de Gouveia - *Novas Providências e Documentos acerca dos Expostos Mandados Publicar por esta Junta na Sessão Anual de 1866* Porto: Junta Geral do Distrito do Porto, 1866.
- Parecer Acerca da Proposta de Lei Sobre o Estatuto da Assistência Social*, Assembleia Nacional, *Diário das Sessões* de 25.02.1944.
- PEREIRA, A. dos Santos – Necrológio de A. Maia Mendes. *A Medicina Moderna*, nº 317, 1920, p. 252.
- PINA, Luís de – *Da Roda dos Expostos à «Carta dos Direitos » da Criança*. Porto, 1964.

- PINA, Luís de - *Enfermagem: Profissão e Missão*. Porto: separata de *O Médico*, 1954.
- 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 Ingenheiros, os Magistrados Administrativos, os Directores de Estabelecimentos de Industria, e de Educação Literária, etc., nas Questões de Hygiene Pública e Polícia Médica e Sanitária*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1863.
- PIO XII - Discurso às Parteiras. Cit. in *O Médico em Face do Problema da Limitação de Nascimento*. *Boletim da Assistência Social*, 1954, p.17- 45.
- PORTO, João - A Enfermeira, Militante da Saúde e Colaboradora do Médico. *Boletim da Assistência Social*, nºs 115 a 122, 1954/55, p. 23-37.
- 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.
- RAULIN - *Breves Instrucções Sobre os Partos a Favor das Parteiras das Províncias Feitas por Ordem do Ministério*. Lisboa: Regia Officina Typographica, MDCCLXXII.
- REGALA, Crisanta Monteiro - *Enfermagem, Tradição e Futuro*. Porto: 1972. Separata de *O Médico*.
- Regimento Cirurgião Mor do Reino. *Systema, ou Collecção dos Regimentos Reais*, tomo 6, Lisboa: MDCCXCI, p. 343-346.
- Regimento do Antigo Cirurgião-Mor do Reino. *Gazeta Médica do Porto*. nº 244. (1850), p. 409.
- Regimento do Cirurgião-Mor do Reino, dado por El-Rei D. Afonso V. *Gazeta Médica do Porto*. nº 244. (1850), p.422.
- Regimento do Fysico Mor. *Systema, ou Collecção dos Regimentos Reais*, tomo 6, Lisboa: MDCCXCI, p. 338-343.
- Regulamento da Escola de Enfermagem Artur Ravara. *Boletim da Assistência Social*, nº 11, 1944, p. 499.
- Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal. *Boletim da Assistência Social*, Outubro - Dezembro de 1947, p. 296-302.
- Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº 1, 1902, p. 3.
- 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.
- RIBEIRO, Manuel Ferreira - *O Aborto Cirúrgico e suas Indicações*. Porto: 1867.
- 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 de Estudo*. Porto: s/ed., 1927.
- SAAVEDRA, Alberto - *Subsídios para a História da Obstetrícia no Porto*. Porto: 1926.
- SANTA Casa da Misericórdia do Porto - *A Enfermeira : Militante da Saúde*. Porto: 1954.
- SANTOS, Norberto Teixeira - *Relatório de Índole Pedagógica sobre o Ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura*. Porto: Faculdade de Medicina, 1979.
- 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 (Edição posterior, Lisboa: Educa, 1997).
- VAN ZELLER, Maria Luisa – A Primeira Jornada das Mães de Família nos Diferentes Concelhos do Distrito de Lisboa. *Boletim da Assistência Social*, nº 1, 1942, p. 32-35.
- VAN ZELLER, Maria Luisa – Assistência Materno-Infantil em Portugal. *Boletim da Assistência Social*, nºs 107-110, 1952, p.53-101.
- VAN ZELLER, Maria Luisa – Assistência Materno-Infantil. Princípios e Realizações. *Boletim de Assistência Social*, nºs 107-110, 1952, p. 79.
- VAZ, Ângelo – *Às mães. Conselhos para uma boa higiene e alimentação da criança*. Porto: 1906.
- VIEIRA, Lopes – A anestesia local pela cocaína. *Coimbra Médica*, 1890, p. 87.

6 - Bibliografia geral:

- ABRIC, Jean Claude (dir.) – *Pratiques Sociales et Representations*. Paris: PUF, 1994.
- AFONSO, A. Martins – *Princípios Fundamentais de Organização Política e Administrativa da Nação*. Lisboa: 1972.
- AIACH, Pierre; FASSIN, Didier - *Les Métiers de la Santé : Enjeux de Pouvoir et Quête de Légitimité*. Paris: Anthropos, 1994.
- ALMEIDA, Ana Nunes de - *Bibliografia sobre a Família e a Mulher no Portugal do Século XX*. Lisboa: ICS, 1987.
- ALMEIDA, Ana Margarida Nunes - Entre o Dizer e o Fazer: a Construção da Identidade Feminina. *Análise Social*, Vol. XXII (92-93), 1986, 3º e 4º, p. 493-520.
- 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, Lúcia – *Masculino e Feminino: a Construção Social da Diferença*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- ANDERSON, Sandra - Atención Tradicional a la Maternidad Dentro de una Estructura Biosocial. *Revista Internacional de Enfermería*. Espanha: Julho/Agosto 1986, p. 6-13.
- APPLE, Michael W. – *Os Professores e o Currículo: Abordagens Sociológicas*. Lisboa: Educa, 1997.
- ARAÚJO, Helena Costa – *Pioneiras na Educação. As Professoras Primárias na Viragem do Século, 1870-1933*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2000.
- ARAÚJO, Helena Costa – Precocidade e «Retórica» na Construção da Escola de Massas em Portugal. *Educação, Sociedade e Culturas*, nº5, 1996, 161-174.
- ARAÚJO, Helena Costa – Profissionalismo e Ensino. *Cadernos de Ciências Sociais*, nº 3, Junho de 1985, p. 85-104.
- ARIÈS, Philippe – *Histoire des Populations Françaises et de Leurs Attitudes Devant la Vie Depuis le XVIII Siècle*. Paris : Seuil, 1971.
- ARIÈS, Philippe – *L'Enfant et la Vie Familiale sous l'Ancien Régime*. Paris : Seuil, 1973.
- BADINTER, Elisabeth - *O Amor Incerto: História do Amor Maternal do Século XVII ao Séc. XX*. Lisboa: Relógio d'água, s/d.
- BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993.
- BANDEIRA, Mário Leston - *Demografia e Modernidade - Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: ICS, 1996.

- BARBAUT, Jacques – *O Nascimento Através dos Tempos e dos Povos*. Lisboa: Terramar, 1990.
- BARBIER, Jean Marie (dir.) – *Savoirs Théoriques et Savoirs d'Action*. Paris : PUF, 1996.
- BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena (orgs.) – *Dicionário de História de Portugal – Suplemento*. Porto: Figueirinhas, 1999.
- BARROSO, João – *O Estudo da Escola*. Porto. Porto Editora, 1996.
- BARROSO, João – *Os Liceus. Organização Pedagógica e Administração (1830-1960)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.
- BERGER, Peter, L.; LUCKMANN, Thomas – *A Construção Social da Realidade*. 8ªed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- BERGMAN, Rebecca - La Enfermería en un Mundo Cambiante. *Revista Internacional de Enfermería*. Espanha: Julho/Agosto 1986, p.14-20.
- BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães Editores, s/d.
- BERNARDOU, Alain – *Savoir Théorique et Savoirs Pratiques. L'Exemple Médical*. BARBIER, Jean-Marie – *Savoirs Théoriques et Savoirs d'Action*. Paris : PUF, 1996, p. 29-41.
- BERRIOT-SALVADORE, Évelyne – O Discurso da Medicina e da Ciência. DUBY, Georges; PERROT, Michèlle (dir.) – *História das Mulheres – Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento, 1994, p. 409-455.
- BÍBLIA Sagrada*. Lisboa: Difusora Bíblica, 1978.
- 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.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOLTANSKI, Luc – *Les Cadres. La Formation d'un Groupe Social*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1982.
- BOURDIEU, Pierre – *A Economia das Trocas Simbólicas*. S. Paulo: Perspectiva, 1987.
- BOURDIEU, Pierre – *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel, 1994.
- BOUTELIER, M. – *Médecine Populaire D'Hier et d'Aujord'hui*. Paris : Maisonneuve et Larose, 1966.
- BRUYNE, Paul de; HERMAN, H.; SCHOUTHEETE, M. – *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: Os Pólos da Prática Metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.
- BUJOLD, Charles – *Choix Professionnel et Développement de Carrière: Théories et Recherches*. Paris : Gaetan Morin Éditeur, 1989.
- CANÁRIO, Rui – Aprendizagem, Experiência e Currículo. *Ensimus*, 13, p. 2-4.
- CANÁRIO, Rui – Formação e Mudança no Campo da Saúde. CANÁRIO, Rui – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. p. 117-146.
- CANÁRIO, Rui (org.) – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- CAPLAN, Ronald M. (1985) – *Princípios de Obstetrícia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto. Edições Afrontamento, 1993.
- 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.
- CARRÉ, Philippe; CASPAR, Pierre – *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

- CARRICABURU, Danièle - *Les Sage-Femmes Face à l'Innovation Technique*. AIACH, Pierre; FASSIN, Didier - *Les Métiers de Santé: Enjeux de Pouvoir et Quête de Legitimité*. Paris: Anthropos, 1994. p. 281-307.
- CARVALHO, Silva - *História da Medicina Portuguesa (Separata de Portugal. Exposição Portuguesa em Sevilha)*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1929.
- CASTIGLIONI, Arturo - *História da Medicina*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947.
- CASTILLO, F. Orego Diaz - *Obstetricia para Matronas*. Madrid: Libreria Científico-Médica Española, 1963.
- CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE - *Santé et Planification Familiales*. Dinamarca: 1973.
- CHAVERRI, Cecilio- *Historia de la Enfermeria Española e Hispanoamericana*. Madrid: Ed. Universitas, 1995.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida : da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COMISSÃO para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres - *Maternidade : Mitos e Realidades*. Lisboa. Edição de CIDM, Cadernos Condição Feminina nº36, 1992.
- COOTER, Roger (ed.) - *In the Name of The Child. Health and Welfare 1880-1940*. Londres: Routledge, 1992.
- CORAZZA, Sandra - *O Que Quer um Currículo? Pesquisas Pós-críticas em Educação*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.
- CORCUFF, Philippe - *Les Nouvelles Sociologies: Constructions de la Réalité Sociale*. Paris: Éditions Nathan, 1995.
- CORREIA, José Alberto - *A Análise de Necessidades na Formação Profissional de Professores: da Identificação das Carências ao Sentido das Experiências*.
- CORREIA, José Alberto; LOPES, Amélia; MATOS, Manuel - *Formação de Professores. Da Racionalidade Instrumental à Acção Comunicacional*. Porto: Asa Editores, 1999.
- CORREIA, José Alberto - *A Educação em Portugal no Limiar do Séc. XXI: Perspectivas de Desenvolvimento Futuro. Educação Sociedade e Culturas*. nº2 (1994), p. 7-30.
- CORREIA, José Alberto - *A Formação e o Trabalho: Contributos para uma Transformação dos Modos de os Pensar na sua Articulação*. CANÁRIO, Rui - *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 13-41.
- CORREIA, José Alberto - *Elementos para uma Praxiologia dos Sistemas de Formação. Trabalho de Projecto*. Porto: 1990. p.115-122.
- CORREIA, José Alberto - *Para uma Teoria Crítica da Educação*. Porto: Porto Editora, 1998.
- COSTA-SACADURA, S. C. da - *No Centenário da Anestesia pelo Éther (1846-1946)*. Lisboa: 1947.
- COURNOYER, Monique - *Maternité Biologique, Maternité Sociale. Des Stratégies d'Éducatrices Professionnelles. Recherches Féministes*, 7, 1, 1994: 73-94.
- COVA, Anne - *«Au Service de l'Église, de La Patrie et de la Famille». Femmes Catholiques et Maternité sous la IIIe République*. Paris : L'Harmattan, 2000.
- CRAMPE-CASNABET, Michèle - *A Mulher no Pensamento Filosófico do Século XVIII*. DUBY, Georges; PERROT, Michèle (dir.) - *História das Mulheres - Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- CRESPO, Jorge - *A História do Corpo*. Lisboa: Difel, 1990.

- DAGNAUD, Monique; MEHL, Dominique - Les Gynécologues. *Sociologie du Travail*. N° 2 (1988), p. 271-286.
- DEMAZIÈRE, Didier; DUBAR, Claude - *Analyser les Entretiens Biographiques. L'Exemple de Récits d'Insertion*. Paris : Nathan, 1997.
- DESCARTES - *Discurso do Método*. Lisboa: Edições Europa-América, s/d (original de 1637).
- DESHAIES, Bruno - *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.
- DESPLANQUES, Guy - Comportements Démographiques: une Fécondité Maîtrisée. *Sociologie du Travail*, 2 (1988), p. 353-366.
- DIAS, José Pedro Sousa - Médicos, Doentes e Medicamentos : A Evolução de Alguns Valores Éticos no Processo Fármaco-Terapêutico. *Medicamento, História e Sociedade*, n° 10 (Dez.1996), p. 6-8.
- Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora, s/d (5ª edição).
- DOLL Jr., William E. - *Currículo: uma Perspectiva Pós-Moderna*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- DOMÍNGUEZ - ALCÓN, Carmem - *Para uma Sociologia de la Profesion de Enfermaria en España*. REIS, 8/1979.
- DONZELOT, Jacques - *La Policia de las Familias*. Valencia: Pre-Textos, 1990.
- DUBAR, Claude - *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997.
- DUBAR, Claude - Les Objectifs et Problèmes d'une Sociologie des Groupes Professionnels Aujourd'hui. LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.377-383.
- DUBAR, Claude - Formação, Trabalho e Identidades Profissionais. CANÁRIO, Rui - *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 43-52.
- DUBAR, Claude - La Sociologie du Travail Face à la Qualification et à la Compétence. *Sociologie Du Travail*, n°2 (1996), p. 179-190.
- DUBAR, Claude; TRIPIER, Pierre - *Sociologie des Professions*. Paris : Armand Colin, 1998.
- DUBY, Georges; PERROT, Michelle (coord.) - *História das Mulheres: O Século XX*. Porto: Edições Afrontamento, 1995.
- DUBY, Georges; PERROT, Michelle (coord.) - *História das Mulheres: O Século XIX*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- ELZINGA, Aant - The Knowledge Aspect of Professionalization: the Case of Science-Based Nursing Education in Sweden. TORSTENDAHL, Rolf; BURRAGE, Michael - *The Formation of Professions*. London: Sage Publications, 1990, p. 150-173.
- Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*.
- ÉTIENNE, Jean, e outros - *Dicionário de Sociologia*, Lisboa: Plátano, 1998.
- FASSIN, Didier - *L'Espace Politique de la Santé. Essai de Généalogie*. Paris: PUF, 1996.
- FAURE, Olivier - Les Stratégies Sanitaires. In GRMEK, Mirko (dir.) - *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*, 2º volume. Paris : Seuil, 1996, p. 283-284.
- FELLOUS, Michel - La Revolution Échographique. *Sociologie du Travail*. 2 (1988), p. 301-322.
- FERONI, Isabelle - La Professionalisation des Infirmières en France: le Cas de la Formation Initiale. 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. 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.
- FERRAZ, Amélia Ricon - *Uma Análise da Estrutura e Forma dos Instrumentos Cirúrgicos. O Contributo Português desde o Século XVII ao Século XX*. Porto: 1996.
- FERREIRA, António Gomes - *Gerar Criar Educar. A Criança no Portugal do Antigo Regime*. Coimbra: Quarteto, 2000.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves - *Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Lisboa: Biblioteca CPC, 1975.
- 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, Maria Manuela - *Salvar os Corpos, Forjar a Razão. Contributo para uma Análise Crítica da Criança e da Infância como Construção Social em Portugal, 1880 -1940*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2000.
- FILIPPINI, Nadia Maria - Sous le Voile: les Parturientes et le Recours aux Hospices de Maternité à Turin, au Milieu du XIX Siècle. *Revue d'Histoire Moderne Contemporaine*, Paris : Éditions BELIN, 2002, p.173-194.
- FOUCAULT, Michel - *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FOUCAULT, Michel - *As Palavras e as Coisas*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- FOUCAULT, Michel - *El Orden del Discurso*. Barcelona: Tusquets Editor, 1974.
- FOUCAULT, Michel - *Em Defesa da Sociedade*. S. Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michel - *História da Loucura*. S. Paulo: Editora Perspectiva, 1997;
- FOUCAULT, Michel - *História da Sexualidade - I. A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d'Água, 1994.
- FOUCAULT, Michel - *História da Sexualidade - II O Uso dos Prazeres*. Relógio D'Água Editores, 1994.
- FOUCAULT, Michel - *História da Sexualidade - III O Cuidado de Si*. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994.
- FOUCAULT, Michel - *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1994.
- FREIDSON, Eliot - *La Profesion Médica*. Barcelona : Ediciones Península, 1978.
- FREIRE, João - *Anarquistas e Operários. Ideologia, Ofício e Práticas Sociais: o Anarquismo e o Operariado em Portugal, 1900-1940*. Porto: Edições Afrontamento, 1992.
- FREIRE, João - *Variações sobre o Trabalho*. Porto: Edições Afrontamento, 1997.
- GÉLIS, Jacques - *L'Arbre et le Fruit - La Naissance dans l'Occident Moderne (XVIe-XIXe siècle)*. Paris : Fayard, 1984.
- GÉLIS, Jacques - *La Sage Femme ou le Médecin. Une Nouvelle Conception de la Vie*. Paris: Fayard, 1988.
- GOJARD, Séverine - L'Alimentation dans la Prime Enfance. Difusion et Réception des Normes de Puériculture. *Revue Française de Sociologie*, 41-3, 2000, 475-512.
- GOMES, Gerarda - *As Parteiras na Literatura e na Arte*. Lisboa: 1955. Separata de *Revista de Enfermagem*, nºs 6-7 (Dezº e Fev. 1954-1955).

- GOMES, Joaquim Ferreira – *Relatórios do Conselho Superior de Instrução Pública (1844-1859)*. Coimbra: INIC, 1985.
- GONÇALVES, Carlos Manuel da Silva – *Emergência e Consolidação dos Economistas em Portugal*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto: dissertação de doutoramento em Sociologia, 1998.
- GOODSON, Ivor F. – *A Construção Social do Currículo*. Lisboa: Educa, 1997.
- GOODSON, Ivor F. – *Currículo: Teoria e Prática*. Petropólis: Editora Vozes, 1999.
- GOODSON, Ivor F. – *O Currículo em Mudança. Estudos na Construção Social do Currículo*. Porto: Porto Editora, 2001.
- GOODSON, Ivor; DOWBIGGIN, Ian – *Cuerpos Dóciles – Aspectos Comunes de la Historia de la Psiquiatria y de la Enseñanza*. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993, p. 107-132.
- GOODY, Jack – *A Lógica da Escrita e a Organização da Sociedade*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- GOODY, Jack – *Domesticação do Pensamento Selvagem*. Lisboa: Editorial Presença, 1988.
- GRÁCIO, Sérgio - *Política Educativa como Tecnologia Social. As Reformas do Ensino Técnico de 1948 a 1983*. Lisboa: Livros Horizonte, 1986.
- GRAWITZ, Madeleine – *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris: Éditions Dalloz, 1993.
- GREENE, W.H; SIMONS-MORTON, B. G. - *Educacion para la Salud*, Mexico: Nueva Editorial Interamericana, 1988.
- GREER, Germaine - *Sexo e Destino - A Política da Fertilidade Humana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- GRMEK, Mirko, D. – *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*. Paris:Éditions du Seuil. 1997.
- GRUNDY, Shirley – *Product o Praxis del Curriculum*. Madrid: Ediciones Morata, 1991.
- GUCHTENEERE, Raul - *A Limitação da Natalidade*. Braga: Livraria Cruz, 1944.
- GUIMARÃES, Alberto V. Braga - *Tradições e Usanças Populares*. Esposende: 1924.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota – *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petropólis: Editora Vozes, 1995.
- HYPÓLITO, Álvaro Moreira; GANDIN, Luís Armando (orgs.) – *Educação em Tempos de Incertezas*. Lisboa: Didáctica Editora, 2003.
- JEANSON, Colette – *Principes et Pratique de l'Accouchement Sans Douleur*. Paris : Éditions du Seuil, 1954
- JOAQUIM, Teresa – *Dar à Luz. Ensaio Sobre as Práticas e Crenças da Gravidez, Parto e Pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1983.
- JONES, Anita M. - *Manual para o Ensino das Parteiras*. Washington: 1944 (tradução portuguesa).
- JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da Cidade do Porto*. Porto: Repartição de Saúde e Higiene da Câmara do Porto, 1899.
- KITZINGER, Sheila - *Mães - Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.
- KLIEBARD, Herbert - *Teoria del Curriculum: Pongame um Exemplo*. SACRISTAN, J. G. , *La Enseñanza: su Teoria e su Pratica*. Madrid: Narcea, 1977.
- KNIBIEHLER, Yvonne – *La Révolution Maternelle. Femmes, Maternité, Citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin, 1997.
- KNIBIELHER, Yvonne; FOUQUET, Catherine - *Histoire des Mères*. Paris: Ed. Montalba, 1977.

- KNIBLIEHLER, Yvonne – *Corpos e Corações*. DUBY, Georges; PERROT, Michèle (dir.) – *História das Mulheres – O Século XIX*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- LANDRY, Francine – *La Formation Expérientielle: Origines, Définitions et Tendances*. *Education Permanente*, nº 100/101 (1988), p. 13-22.
- 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 XVIIe et XVIIIe Siècles*. Paris : Éditions du Seuil, 1995.
- LEFAUCHEUR, Nadine - *La Résistible Création des Accoucheurs des Hopitaux*. *Sociologie du Travail*. 2 (1988), p. 323-352.
- LELONG, Marcel – *La Puériculture*. Paris: PUF (Col. Que sais-je, nº 740), 1960.
- LEMOS, Maximiano – *História da Medicina em Portugal*, 2º volume. Lisboa: Dom Quixote, 1991 (2ª edição).
- LEMOS, Maximiano - *História da Medicina em Portugal*, I volume. Lisboa: Manuel Gomes Editor, 1899.
- LÉONARD, Jacques - *La France Médicale au XIXe Siècle*. Paris: Éditions Gallimard, 1978.
- 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.
- LINDEMANN, Mary – *Medicina e Sociedade no Início da Europa Moderna*. Lisboa: Editora Replicação, 2002.
- LOBO, Isabel Sousa – *État et Régulation Sociale. La Politique de l'Enfance et de la Famille au Portugal sous le Salazarisme*. Grenoble: Université des Sciences Sociales de Grenoble (These de doctorat de 3e. Cycle), 1982.
- LONGUENESSE, Elisabeth – *État, Institutions, Pouvoirs et Professions Libérales – Introduction*. LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994. p.127-145.
- 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.
- LOPES, Octávio Gonçalves - *Planeamento em Saúde. Para a História da Evolução das Estruturas de Saúde em Portugal*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Setembro 1987, p. 99-114.
- LOURAU, René – *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LOYOLA, Maria Andréa – *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- LUCAS, Ivette; DUBAR, Claude - *Genèse & Dynamique des Groupes Professionnels*. Lille: Presses Universitaires, 1994.
- LUKE, Alain – *Análise do Discurso numa Perspectiva Crítica*. HYPÓLITO, Álvaro Moreira; GANDIN, Luís Armando (orgs.) – *Educação em Tempos de Incertezas*. Lisboa: Didáctica Editora, 2003, p. 83-98
- MACDONALD, Keith M. – *The Sociology of the Professions*. Londres: Sage Publications, 1995.
- MACFARLANE, Aidan – *A Psicologia do Nascimento*. Lisboa: Edições Salamandra, Lda., 1992.

- MALGLAIVE, Gerard – *Ensinar Adultos. Trabalho e Pedagogia*. Porto: Porto Editora, 1995.
- MALTHUS, Thomas – *Ensaio sobre o Princípio da População*. Lisboa: Edições Europa-América, s/d (original de 1798).
- MARSAHLL, James D. – Foucault y la Investigación Educativa. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993, p.15-32.
- MARTIN, Francisca Hernández (coord.) - *Historia de la Enfermería en España : Desde la Antigüedad Hasta Nuestros Días*. Madrid: Ed. Sínteses, 1996.
- MARTINEZ, Antonio Maria Claret [et al] - Génesis de la Enfermaria Moderna en España. MARTIN, Francisca Hernández (coord.) - *Historia de la Enfermaria em España*. Madrid: Ed. Síntesis, 1996, p. 126-135.
- MARTINS, Alcina Maria de Castro – *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.
- McLAREN, Angus – *História da Contracepção, da Antiguidade à Actualidade*. Lisboa: Terramar, 1990.
- MÉDA, Dominique – *O Trabalho. Um Valor em Vias de Extinção*. Lisboa: Fim de Século, 1999.
- MELO, Cristina – *Divisão Social do Trabalho e Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MERGER, Robert; CHADEYRON, Pierre-André – *O Parto sem Dor*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1964.
- MESSU, Michel – *Les Politiques Familiales – du Natalisme à la Solidarité*. Paris : Éditions Ouvrières, 1992.
- MEYER, Philippe; TRIADOU, Patrick – *Leçons d'Histoire de la Pensée Médicale. Sciences Humaines et Sociales en Médecine*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1996.
- MONCORVO FILHO - *Histórico da Protecção à Infância no Brasil: 1500 -1922*. Rio de Janeiro: 1926.
- MONIZ, Egas – *A Vida Sexual. I – Physiologia*. Coimbra: França Amado Editor, 1901.
- MYLES, Margaret F. – *A Textbook for Midwives*. Londres: E& S Livingstone, 1964.
- NAKAMAE, Djair Daniel – *Novos Caminhos da Enfermagem: Por Mudanças no Ensino e na Prática da Profissão*. São Paulo: Cortez, 1987.
- NAPPÉE, M-L. – *Pratique Journalière de Puériculture. Prophylaxie, Élevage, Soins, Alimentation du Nourrisson en Collectivité et a Domicile*. Paris : Masson & Cie., 1961.
- NAZARETH, J. Manuel - A Demografia Portuguesa do Século XX: Principais Linhas de Evolução e Transformação. *Análise Social*, vol. XXI (87-88-89), 1985, 963-980.
- NAZARETH, J. Manuel – *Explosão Demográfica e Planeamento Familiar*. Lisboa: Ed. Presença, 1982.
- 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.
- O Plano Beveridge*. Lisboa: Editorial Século, s/d (com prefácio do Prof. Marques Guedes).
- OCAÑA, Esteban Rodriguez – La Construcción de la Salud Infantil. Ciencia, Medicina Y Educación en la Transición Sanitaria en España. *História Contemporanea*, 19, 1999.
- OLIVEIRA, Luísa Tiago – *A Saúde Pública no Vintismo*. Lisboa: Edições João Sá da Costa, 1992.

- OMS – *Cycle d'Études Mixte ONU/OMS sur le Role des Travailleurs Sanitaires et des Travailleurs Sociaux Face aux Besoins des Familles*. Genève: OMS, 1959.
- OPTIZ, Claudia – O Quotidiano da Mulher no Final da Idade Média (1250-1500). DUBY, Georges; PERROT, Michelle (dir.) – *História das Mulheres – A Idade Média*. Porto: Edições Afrontamento, 1990, p. 383-401.
- PALMADE, Jacqueline – L'Identité comme Travail de L' Écart. *Education Permanente*. 128 (1996).
- PATRIARCA, Fátima – *A Questão Social no Salazarismo, 1930-1947*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1995.
- PEIRO, Francisco – *Deontologia Médica*. Braga: Livraria Cruz, 1951.
- PEREIRA, Ana Leonor – *Darwin em Portugal (1865-1914). Filosofia, História, Engenharia Social*. Coimbra. Almedina, 2001.
- PEREIRA, Miriam Halpern - As Origens do Estado Providência em Portugal: as Novas Fronteiras entre o Público e o Privado. *Ler História*, 37 (1999), p. 45-61.
- PETITAT, André - *Les Infirmières : De la Vocation à la Profession*. Montréal: Bóreal, 1989.
- PIMENTEL, Irene Flunser - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40. *Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 2000, 477-508.
- PIMENTEL, Irene Flunser – *História das Organizações Femininas no Estado Novo*. Lisboa: Círculo de Leitores, s/d.
- PINTO, José Madureira – Escolarização, Relação com o Trabalho e Práticas Sociais. STOER, Stephen (org.) – *Educação, Ciências Sociais e Realidade Portuguesa*. Porto: Afrontamento, 1990, p.15-32.
- PITA, João Rui - *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Minerva, 1996.
- PORTER, Roy – Les Stratégies Thérapeutiques. GRMEK, Mirko (dir.) – *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*, 2º volume. Paris : Seuil, 1996.
- POURTOIS, Jean-Pierre; DESMET, Huguette – *A Educação Pós-Moderna*. Lisboa : Instituto Piaget, 1999.
- REDONDO, Rosa Gómez – Morir Infante o Morir Anciano. *Historia Contemporanea*, 1999, nº 18, 13-18.
- REY, Roselyne – L'âme, le Corps et le Vivant. In GRMEK, Mirko (dir.) – *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*, 2º volume. Paris : Seuil, 1996.
- REZENDE, Jorge de – *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995 (7ª edição).
- RIBEIRO, José Silvestre – *Historia dos Estabelecimentos Científicos, Literários e Artísticos*, I volume. Lisboa: 1871.
- RIBEIRO, Margarida – *Temas de Etnologia – Maternidade*. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.
- ROCHA, Maria Cristina Tavares Teles – *Da Oficina à Universidade. Continuidades e Mudanças na Construção da Profissão Farmacêutica*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, dissertação de doutoramento, 1999.
- ROCHE, Janine – Que Faut-il Entendre par Professionnalisation? *Education Permanente*, nº 140/1999-3, p. 35-50.
- ROCHON, Alain - *Educacion para la Salud - Guia Practica para Realizar un Proyecto*. Barcelona: Masson, 1996.
- RODRIGUES, Maria de Lurdes - *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta, 1997.
- ROLLET-ECHALIER, Catherine – *La Politique a l'Égard de la Petite Enfance Sous la IIIe République*. Paris : INED, 1990.

- ROSAS, Fernando - *O Estado Novo (1926-1974)*. MATTOSO, José (coord.) – *História de Portugal* (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.
- SALAZAR, António de Oliveira – *Discursos e Notas Políticas (1935-1937)*. Coimbra: Coimbra Editora, 1946.
- SALIBA, Jacques - Les Paradigmes des Professions de Santé. AIACH, Pierre ; FASSIN, Didier - *Les Métiers de Santé : Enjeux de Pouvoir et Quête de Legitimité*. Paris: Anthropos, 1994.
- SANCHES, António Nunes Ribeiro – *Obras* (2 volumes). Coimbra: 1959.
- 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.
- SANTOS, Cândido dos – *Universidade do Porto – Raízes e Memória da Instituição*. Porto: Universidade do Porto, 1996.
- SARACENO, Chiara – *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa, 1992.
- SAUVY, Alfred; BERGUES, Hélène; RIQUET, M. - *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ed. Península, 1972.
- SCHNAPPER, Dominique – *Contra o Fim do Trabalho*. Lisboa: Terramar, 1998.
- SCHULBOHM, Jurgén – Comment l'Obstétrique Est Devenue un Science. La Maternité de l'Université de Göttingen, 1751-1830. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143, Junho 2002, p. 18-30.
- SCOTT, Joan W. - El Género: Una Categoría Útil para el Análisis Histórico. 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.
- SEGALEN, Martine – *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar, 1999.
- SEYMER, Lucy Ridgely – *A General History of Nursing*. Londres: Faber and Faber Ltd, 1966.
- SILVA, Pedro Adão e – O Modelo de Welfare da Europa do Sul. Reflexões sobre a Utilidade do Conceito. *Sociologia. Problemas e Práticas*, nº , 25-59.
- SILVA, Tomas Tadeu da – Apresentação. GOODSON, Ivor F. – *Currículo: Teoria e Prática*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- SILVA, Tomaz Tadeu da; MOREIRA, António Flávio – *Currículo, Cultura e Sociedade*. São Paulo: Cortez Editora, 2000.
- SOFER, Catherine – *La Division du Travail entre Hommes et Femmes*. Paris: Economica, 1985.
- SOURNIA, Jean-Charles – *História da Medicina*. Lisboa : Instituto Piaget, 1995.
- SOUSA, Jorge Pais – *Bissaya Barreto. Ordem e Progresso*. Coimbra: Minerva, 1999.
- STOCKHAM, Alice - *Guia da Maternidade*. Porto: Machado & Ribeiro, 1927.
- STOER, Stephen R. – *Educação e Mudança Social em Portugal. 1970-1980, Uma Década de Transição*. Porto: Edições Afrontamento, 1986.
- STOER, Stephen R. (org.) – *Educação, Ciências Sociais e Realidade Portuguesa. Uma abordagem pluridisciplinar*. Porto: Edições Afrontamento, 1990.
- STROOBANTS, Marcelle – *Sociologie du Travail*. Paris: Nathan, 1993.
- SUTTER, Jean – Sobre la Difusión de los Métodos Anticonceptivos. In SAUVY, Alfred (coord.) – *Historia del Control de Nacimientos*. Barcelona: Ed. Península, 1972, p. 371-392.
- THOMASSET, Claude – Da Natureza Feminina. In DUBY, Georges; PERROT, Michelle (dir.) – *História das Mulheres – A Idade Média*. Porto: Edições Afrontamento, 1990, p. 65-97.

- TORSTENDAHL, Rolf; BURRAGE, Michael – *The Formation of Professions*. London: Sage Publications, 1990.
- VARELA, Julia – Prologo a la edicion española. BALL, S. J. (comp.) – *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*. Madrid: Morata, 1993.
- VERMOREL, Henri – *O Parto Sem Dor pelo Método Psicoprofiláctico à Luz da Doutrina Fisiológica de Pavlov*. Lisboa: Edições Cosmos, 1957.
- VERNEY, Luís António – *Verdadeiro Método de Estudar*. Volume IV. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1952.
- VIGARELLO, Georges – *O Limpo e o Sujo. A Higiene do Corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Fragmentos, 1985.
- VINCENT, Gérard – Segredos de Família. ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges (direcção) – *História da Vida Privada*, V Volume. Porto: Edições Afrontamento, 1991.
- WALTER, Béatrice - *Le Savoir-Infirmier: Construction, Évolution, Révolution de la Pensée Infirmière*. Paris: Éditions Lamarre-Poinat, 1988.
- WOOD, Audrey – Rôle de la Sage-Femme dans la Santé Publique. ORGANISATION Mondiale de la Santé – *Les Services Infirmiers de Santé Publique – Problèmes et Perspectives*. Genève : OMS, 1961, p. 147-162.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DA ENTREVISTA E CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO GRUPO

Entrevista realizada a enfermeiras-parteias-puericultoras, formadas por Escolas do Instituto Maternal.

Numa primeira fase, foram identificadas e contactadas 20 enfermeiras que realizaram o curso de enfermeiras-parteias-puericultoras, modelo de especialização do Instituto Maternal.

Numa segunda fase, foram entrevistadas 12 destas enfermeiras, num formato semi-estruturado, através da produção de um diálogo gravado em torno de um conjunto de tópicos que seguiram o seguinte guião:

Guião da entrevista

- Data do nascimento
- Situação profissional
- Naturalidade
- Estado civil
- Idade de ingresso no curso
- Formação literária à entrada no curso

- Admissão na Escola
- Carga horária do curso
- Corpo docente
- Planos de estudo
- Avaliação
- Relação teoria/prática
- Ética e deontologia
- Estágios
- Residência/internato
- Ser enfermeira ou parteira?
- Interação na equipe de saúde
- Distribuição profissional
- Casamento das enfermeiras

Caracterização sumária do grupo de entrevistadas

Idade	Situação profissional actual	Naturalidade	Estado civil actual	Idade de ingresso no curso	Formação literária à entrada no curso (liceal)
54	Enfermeira especialista	Felgueiras	solteira	22	1º ciclo
67	Aposentada	Porto	solteira	19	2º ciclo incompleto
69	Aposentada	Coimbra	solteira	19	1º ciclo
54	Professora adjunta	Viana do Castelo	casada	19	2º ciclo incompleto
67	Aposentada	Porto	casada	18	1º ciclo
64	Aposentada	Espinho	solteira	21	1º ciclo
72	Aposentada	Vila Nova de Gaia	viúva	18	2º ciclo incompleto
66	Aposentada	Porto	solteira	19	1º ciclo
59	Aposentada	Porto	casada	19	1º ciclo
70	Aposentada	Porto	casada	19	1º ciclo
57	Professora adjunta	Porto	solteira	20	1º ciclo
58	Professora adjunta	Porto	casada	21	2º ciclo