



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública

Doutoramento em Saúde Pública
Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde

DA ASSISTÊNCIA AOS POBRES
AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL:
O PAPEL DA ENFERMAGEM
1926-2002

Ana Paula Gato R. Polido Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Constantino Sakellarides

Co-Orientadora: Professora Doutora Laurinda Abreu

**Tese submetida como requisito para a obtenção do grau de Doutor
em Saúde Pública**

Lisboa, 2013



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública

Doutoramento em Saúde Pública

Especialidade em Política, Gestão e Administração da Saúde

**DA ASSISTÊNCIA AOS POBRES
AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL:
O PAPEL DA ENFERMAGEM
1926-2002**

Ana Paula Gato R. Polido Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Constantino Sakellarides

Co-Orientadora: Professora Doutora Laurinda Abreu

**Tese submetida como requisito para a obtenção do grau de Doutor
em Saúde Pública**

Lisboa, 2013

À minha família

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Constantino Sakellarides, e à minha coorientadora Professora Doutora Laurinda Abreu, pelo seu constante apoio ao longo destes anos. O afeto e as aprendizagens feitas não cabem nas palavras que possa escrever. Sem o seu incentivo, sabedoria, sensibilidade e rigor científico não teria sido possível fazer este caminho.

Aos meus entrevistados, por partilharem comigo as suas experiências e memórias: Adriano Silva Campos, Carlota Braz de Oliveira, Cesaltina Marquês Coelho, Cristina Correia, Constantino Sakellarides, Eduarda Cabral Tinoco, Ernesto Tocantins Rodrigues, Fernanda Dias, Fernando Vasco, Francisco George, Isabel Azevedo Costa, Manuela Santos Pardal, Maria João Bastos, Maria José Crespo, Natália Vieira da Costa, Nazaré Graça, Zita Alves, X.

Aos responsáveis e funcionários dos diversos arquivos e bibliotecas que consultei. Destaco pelo acolhimento e disponibilidade: Dr.^a Elvira Silvestre, Dr. Artur Antunes e Sr. Miguel Flores, do Instituto Nacional de Saúde Prof. Ricardo Jorge; Dr.^a Cristina Nogueira da Fundação Bissaya Barreto; Dr.^a Fátima Santos do Centro de Documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Dr. Albertino Figueira da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

À Isabel Cachão, ao Ricardo Gonçalves, ao Francisco Matias e à Carolina Grohman Pereira por toda a ajuda.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma especial ao Professor Doutor António Manuel Marques pelos momentos de apoio, discussão e partilha.

À Prof^a Maria da Conceição Rainho, da ESS da UTAD, a sua amizade permitiu que o longe se tornasse perto.

Aos meus amigos pelo incentivo e apoio, e por esperarem por mim.

Ao Professor Doutor Padre Fernando Alves Cristóvão, pelo seu exemplo e pela luminosidade das suas palavras.

À minha família, de forma especial aos meus filhos e à minha mãe pelos afetos, por todo apoio e paciência. Um agradecimento especial ao Filipe.

Ao Fernando Cristóvão, meu marido, por tudo.

RESUMO

Este estudo analisa a forma como os cuidados de saúde não hospitalares e a enfermagem comunitária, se desenvolveram e se influenciaram mutuamente, no período 1926-2002. Trata-se de um estudo histórico que recorre a fontes escritas, imagéticas e orais, e utiliza concepções do novo institucionalismo e os conceitos de poder e biopoder de Foucault, para investigar este processo. Apresenta e analisa as origens destes cuidados e da enfermagem comunitária, o modo como se institucionalizaram e como evoluíram. A criação e desenvolvimento dos cuidados de saúde não hospitalares foram acompanhados pela individualização da enfermagem comunitária. As políticas e práticas dos cuidados de saúde primários e da enfermagem comunitária apresentam uma clara dependência do percurso já realizado.

A sua génese está ligada a práticas de caridade cristã de assistência aos mais pobres liderada pelas Misericórdias e ordens religiosas. O novo entendimento sobre o papel do Estado relativamente à saúde conduziu à criação de instituições não hospitalares e à diferenciação da enfermagem comunitária. Assinale-se como momentos positivos para enfermeiros e instituições a formação das visitadoras sanitárias, apoio à formação em saúde pública pela Fundação Rockefeller, a criação de instituições corporativas, privadas e públicas de cuidados não hospitalares, a reforma de 1971 e o movimento dos CSP. As políticas institucionais condicionaram o próprio desenvolvimento e o da enfermagem comunitária, devido aos estereótipos associados ao papel da mulher, à multiplicidade e disparidade de formações e às visões divergentes sobre o que era a enfermagem comunitária. Este processo de desenvolvimento entretecido entre enfermagem comunitária e CSP apresenta influências e contributos mútuos. Os cuidados de saúde não hospitalares proporcionaram aos enfermeiros formação, desenvolvimento profissional, oportunidade de uma intervenção diversificada e com elevado grau de autonomia. Já estes trouxeram aproximação à comunidade, atenção especial aos mais vulneráveis, criatividade, capacidade de adaptação perante condições adversas, contribuindo para a visibilidade e relevância afetiva dos CSP.

Palavras-chave: cuidados de saúde não hospitalares, cuidados de saúde primários, enfermagem comunitária, política de saúde.

ABSTRACT

This study examines how primary healthcare and community nursing, developed and influenced each other, over the period from 1926 to 2002. It is a historical study and uses conceptions of the new institutionalism and the concepts of power and biopower of Foucault, to investigate this process. The aim of this study is to analyze the origins and development of primary healthcare and community nursing, how they became institutionalized and evolved. The creation of primary healthcare was followed by individualization of community nursing. The policies and practices of primary health care and community nursing show clear path dependence.

Its origins are linked to the practice of Christian charity to assist the poor, led by “Misericórdias” and religious orders. The new understanding about the role of the State in relation to healthcare led to the creation of primary healthcare services and the differentiation of community nursing. The visiting nurses education, supporting training in public health by the Rockefeller Foundation, the creation of corporate, private and public primary healthcare services, the 1971 reform and the movement of primary healthcare, were positive marks for the nurses and institutions.

The institutional policies conditioned the community nursing and primary healthcare, due to the stereotypes associated with the role of women, the multiplicity and disparity of backgrounds and divergent conceptions about community nursing. This development process reveals influences and multiple contributions. The primary healthcare provided training to nurses, professional development, and an opportunity for a diversified intervention with a high degree of autonomy. On the other hand, the nurses brought concern to the vulnerable and poor people, creativity, and adaptability against adverse conditions, contributing to the visibility and affective relevance of primary healthcare.

Keywords: primary healthcare, community nursing, health policies.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO	ii
ABSTRACT.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE QUADROS.....	xi
LISTA DE SIGLAS	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
OBJETO DE ESTUDO E ABORDAGENS HISTORIOGRÁFICAS	1
FONTES E OPÇÕES METODOLÓGICAS	12
MODELO DE ANÁLISE.....	16
ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	28
PARTE I - O ESTADO NOVO: CONTROLAR E CUIDAR	31
CAPÍTULO 1 - ESTADO, POLÍTICAS E INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	33
1.1. SAÚDE PÚBLICA E CUIDADOS NA COMUNIDADE	33
1.2. SAÚDE E CONTEXTO POLÍTICO.....	42
1.3. AUTARQUIAS, MÉDICOS MUNICIPAIS E DELEGADOS DE SAÚDE.....	53
1.4. COMBATER AS EPIDEMIAS E A IMORALIDADE	61

1.5. VIGIAR A SAÚDE DAS MÃES E DAS CRIANÇAS	76
1.6. OS PRIMEIROS CENTROS DE SAÚDE	91
CAPÍTULO 2 - AS INSTITUIÇÕES CORPORATIVAS E PRIVADAS.....	99
2.1. AS CASAS DO POVO.....	101
2.2. AS CASAS DOS PESCADORES	109
2.3. AS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA	118
2.4. AS MISERICÓRDIAS.....	124
2.5. OUTRAS INSTITUIÇÕES – MARCAS PARA A POSTERIDADE	135
CAPÍTULO 3 - ENFERMEIRAS COMUNITÁRIAS	143
3.1. TRAJETÓRIA DE UMA PROFISSÃO	143
3.2. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – OS PRIMÓRDIOS.....	151
3.3. AS VISITADORAS SANITÁRIAS.....	166
3.4. ENFERMEIRAS COMUNITÁRIAS - DIVERSIDADES	200
SÍNTESE ANALÍTICA DA PRIMEIRA PARTE	217
PARTE II - DA PRIMAVERA MARCELISTA AO NOVO MILÉNIO.....	229
CAPÍTULO 1 - GRANDES ESPERANÇAS	231
1.1. A REFORMA DE 1971 – A LEGISLAÇÃO DE GONÇALVES FERREIRA	232
1.2. O PÓS-25 DE ABRIL.....	250
1.3. ENFERMEIROS EM MUDANÇA.....	264
CAPÍTULO 2 - DESCONTINUIDADES E REFORMAS.....	277
2.1. NOVAS POLÍTICAS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	278
2.2. UMA REFORMA ADIADA	284
2.3. ENFERMAGEM – TEMPOS DE INCERTEZAS E DESAFIOS	292
SÍNTESE ANALÍTICA DA SEGUNDA PARTE.....	303

PARTE III - SER ENFERMEIRO NOS CSP: HISTÓRIAS DE VIDA	313
CAPÍTULO 1 - ORIGENS, FORMAÇÃO E ESCOLHAS	315
1.1. CONTEXTOS FAMILIARES E SOCIAIS.....	316
1.2. A OPÇÃO PELA ENFERMAGEM.....	319
1.3. FORMAÇÃO	328
1.4. ESCOLHER A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	336
CAPÍTULO 2 - DIVERSIDADE DE CONTEXTOS, PRÁTICAS E PERSPETIVAS.....	345
2.1. CONTEXTOS DE PRÁTICA – MULTIPLICIDADES.....	345
2.2. AS PRECÁRIAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E OUTRAS DIFICULDADES.....	356
2.3. O INVESTIMENTO PROFISSIONAL	358
2.4. SOBRE O SER ENFERMEIRO COMUNITÁRIO.....	368
SÍNTESE ANALÍTICA DA TERCEIRA PARTE	373
CONCLUSÕES.....	377
FONTES E BIBLIOGRAFIA	387
FONTES ORAIS	387
FONTES MANUSCRITAS.....	387
FONTES IMPRESSAS.....	389
LEGISLAÇÃO E FONTES OFICIAIS.....	389
PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS	393
RELATÓRIOS E ATAS	396
BIBLIOGRAFIA	403
REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS	420

APÊNDICES	423
APÊNDICE I ROTEIRO ORIENTADOR DA ENTREVISTA	425
APÊNDICE II PERFIS BIOGRÁFICOS DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS	429
APÊNDICE III PERFIS BIOGRÁFICOS DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS.....	437
APÊNDICE IV HISTÓRIAS DE VIDA: PERCURSO METODOLÓGICO	441
APÊNDICE V CONSENTIMENTO INFORMADO	449
APÊNDICE VI CENTROS DE SAÚDE – EVOLUÇÃO 1934 A 1983.....	453

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Foto de Ricardo Jorge e a capa do Boletim dos Serviços Sanitários do Reino.	39
Figura 2: O Dr. Alberto Leite recebe o então primeiro-ministro em sua casa, por ocasião da sua visita ao Concelho de Sesimbra.....	56
Figura 3: Catando piolhos à porta de casa, Setúbal, 1943.	59
Figura 4: Instalações dos Serviços de Saúde da autarquia de Lisboa, década de 1960.	61
Figura 5: Sanatório do Outão - Enfermeiras religiosas com crianças, na década de 1960.....	63
Figura 6: Selos e estampa do IANT.	64
Figura 7: Sede da ANT no Cais do Sodré.....	65
Figura 8: Brochura sobre prevenção da sífilis para marinheiros.	73
Figura 9: Postais de divulgação dos Dispensários de Higiene Social de Lisboa – décadas de 1930 e 1950.....	75
Figura 10: Posto de Proteção à Infância em Lisboa no início do séc. XX.	79
Figura 11: Delegações e subdelegações do Instituto Maternal em 1946.....	84
Figura 12: Ideologia do Estado Novo em cartaz.	89
Figura 13: José Alberto de Faria.....	93
Figura 14: Decálogo do Estado Novo.	100
Figura 15: Casas do Povo.	103
Figura 16: Pescadores da Casa dos Pescadores de Sesimbra - década de 1940.	110
Figura 17: Henrique Tenreiro em visita a Casa dos Pescadores da Costa da Caparica, 1953.....	112
Figura 18: Organograma da Federação das Caixas de Previdência.	121

Figura 19: Serviços Médico Sociais em Lisboa, 1969.....	124
Figura 20: Grupo de religiosas no Hospital do Espírito Santo em Setúbal, década de 1950.....	133
Figura 21: Ficha de clientes do Centro de Enfermagem da Assistência à Maternidade e à Infância.	139
Figura 22: Assistência materno-infantil no Centro de Saúde de Lisboa.....	185
Figura 23: Visitadora sanitária e famílias na comunidade.....	194
Figura 24: Visitadora sanitária e famílias no dispensário.....	194
Figura 25: Alunas do curso de visitadoras sanitárias de 1937-1938.....	196
Figura 26: Visitadoras sanitárias e enf ^a Maria Monjardino, do Centro de Saúde de Lisboa.....	196
Figura 27: As três primeiras enfermeiras de Saúde Pública bolsseiras da Fundação Rockefeller: ..	200
Figura 28: Organograma do C.S. Sofia Abecassis, em 1983.....	255
Figura 29: Folheto da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários – a nova carreira de clínica geral e medicina familiar.....	297
Figura 30: Diploma de Funções Públicas no Instituto Maternal.....	350

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade das candidatas admitidas ao curso de 1933.....	187
Gráfico 2: Idade das candidatas admitidas ao curso de 1948.....	187
Gráfico 3: Habilitações das candidatas admitidas aos cursos de 1933.	188
Gráfico 4: Habilitações das candidatas admitidas aos cursos de 1948.	188
Gráfico 5: Estado civil das candidatas admitidas ao curso de 1933.	190
Gráfico 6: Estado civil das candidatas admitidas ao curso de 1948.	190
Gráfico 7: Ocupação anterior das candidatas admitidas o curso de 1933.	192

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Número de “toleradas” observadas no Dispensário de Higiene Social de Lisboa de 1930-1947.....	73
Quadro 2: Criação de Casas do Povo entre 1933 e 1973.....	107
Quadro 3: Cuidados prestados a crianças no Dispensário de Alcantara em 1906.	157
Quadro 4: Curricula dos cursos de visitadoras da DGS em 1931 e 1946.....	173
Quadro 5: Candidatas, admitidas e diplomadas em vários dos cursos de visitadoras sanitárias da DGS.....	174
Quadro 6: Leite distribuído entre 1936 e 1940 pelas visitadoras do Posto de Protecção à Infância de Lisboa.	178
Quadro 7: Alunas que em 1934 declararam prestar serviço na província.....	181
Quadro 8: Atividades das visitadoras sanitárias no Posto de Protecção à Infância de Lisboa (1940).	182
Quadro 9: Serviços de cuidados de saúde sem internamento em 1971.....	244
Quadro 10: Programas e atividades de apoio dos Centros de Saúde.	246
Quadro 11: Taxas de mortalidade materna e infantil entre 1960 e 1975 (‰)	248
Quadro 12: Profissionais de saúde nos Centros de Saúde em 1973.....	271
Quadro 13: Enfermeiros a desempenharem funções em CSP em 1979.	272
Quadro 14: Enfermeiros a desempenharem funções em CSP em 1981 no distrito de Vila Real....	273
Quadro 15: Enfermeiros a desempenharem funções em CSP e Hospitais em 1979.....	273
Quadro 16: Número de habitantes por enfermeiro e médico, entre 2000-2002.....	300

Quadro 17: Caracterização dos entrevistados por concelho e distrito de nascimento, profissão dos pais e nº de irmãos.	317
Quadro 18: Caracterização dos entrevistados por <i>habilitações à entrada da formação inicial em Enfermagem</i>	331
Quadro 19: Alunos matriculados por nível de ensino e sexo entre 1961 e 2000	332
Quadro 20: Caracterização dos entrevistados por <i>tipo de formação inicial em Enfermagem</i>	334
Quadro 21: Caracterização dos entrevistados por formação posterior à formação inicial em Enfermagem.	339
Quadro 22: Percursos pessoais e profissionais.	342
Quadro 23: Carreira de enfermagem nos CS no distrito de Santarém em 1980.	358
Quadro 24: Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras em cuidados de saúde primários.	361

LISTA DE SIGLAS

ACEPS:	Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde
ACES:	Agrupamento de Centros de Saúde
ADSS:	Administração Distrital dos Serviços de Saúde
ANT:	Assistência Nacional aos Tuberculosos
APE:	Associação Portuguesa de Enfermeiros
ARS:	Administração Regional de Saúde
ARSLVT:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CAESP:	Curso de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública
CDS:	Centro Democrático e Social
CEE:	Comunidade Económica Europeia
CEESP:	Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública
CG:	Clínico Geral
CIE:	Conselho Internacional de Enfermeiras
CS:	Centro de Saúde
CSP:	Cuidados de Saúde Primários
DGCSP:	Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários
DGS:	Direção Geral de Saúde
DST:	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESS:	Escola Superior de Saúde
ETE:	Escola Técnica de Enfermeiras
EUA:	Estados Unidos da América
FNAT:	Fundação Nacional para a Alegria no Trabalho
HUC:	Hospitais da Universidade de Coimbra
IANT:	Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
ICN:	International Council of Nurses
IM:	Instituto Maternal
INSA:	Instituto Nacional de Saúde

IPO:	Instituto Português de Oncologia
ISHRJ:	Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge
MPF:	Mocidade Portuguesa Feminina
OE:	Ordem dos Enfermeiros
OM:	Ordem dos Médicos
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PCP:	Partido Comunista Português
PIB:	Produto Interno Bruto
PIDE:	Polícia Internacional e de Defesa do Estado
PSD:	Partido Social Democrata
RRE:	Regime Remuneratório Experimental
SIDA:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SLAT:	Serviço de Luta Antituberculosa
SMS:	Serviços Médico Sociais
SNS:	Serviço Nacional de Saúde
SRS:	Sub-Região de Saúde
UDP:	União Democrática Popular
USF:	Unidade de Saúde Familiar
USP:	Unidade de Saúde Pública

*“Quando se escreve e as coisas se interligam,
Se atravessam, descruzam e desbotam,
E se noutra irisação da cave ao sótão,
Aguardam só que as digam e desdigam,
nunca há um ponto final, mas um desfecho
de incompletude em que elas reverberam.”*

Vasco Graça Moura

INTRODUÇÃO

“As pessoas individuais são afectadas pela sociedade, dependem dela; em certo sentido são emanações dela. Mas, por seu turno, ao assumirem uma atitude crítica na sociedade, ao colocarem-se na história como sujeitos de pensamento e de decisão, geram a sociedade.”

Maria de Lourdes Pintasilgo¹

OBJETO DE ESTUDO E ABORDAGENS HISTORIOGRÁFICAS

Os séculos XVIII e XIX trouxeram renovadas preocupações com as questões da higiene e da saúde pública. A tónica colocava-se já não apenas na cura da doença mas também na sua prevenção, procurando--se tornar o espaço público mais saudável, desenvolvendo para isso políticas públicas que contribuíssem para “higienizar” ambientes e comportamentos.²

Em Portugal, no final do século XIX e no século XX, assistiu-se a um crescente investimento legislativo, político e organizacional, com o objetivo de responder aos desafios das novas formas de entender a saúde e às solicitações provocadas pelo desenvolvimento urbano e tecnológico, pela mobilidade populacional e pelos avanços terapêuticos. Um movimento que foi acompanhando as alterações no quadro político, desde a queda da Monarquia e implantação da República, ao golpe de 28 de maio de 1926, à ditadura do Estado Novo, à revolução de 1974 e à consolidação da Democracia. As novas políticas de saúde pública expressavam também a ideologia do Estado em relação às suas atribuições e formas de exercer o poder.³ Os hospitais tornaram-se centros de

¹ PINTASILGO, Maria de Lourdes – **Para um novo paradigma: um mundo assente no cuidado – antologia de textos de Maria de Lourdes Pintasilgo**. Porto: Edições Afrontamento, 2012.

² DUVIVIER-THÉNARD, Franck – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012; LINDEMANN, Mary – **Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna: Novas abordagens da história europeia**. Lisboa: Replicação, 2002; MORELLE, Aquilino; TABUTEAU, Didier – **La santé publique**. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.

³ PEREIRA, Miriam Halpern – As Origens Históricas do Estado Providência em Portugal: As novas fronteiras entre o público e o privado. In *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada*. Ler História. 37 (1999) 45-61; SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005; PIMENTEL, Irene Flutser - A assistência social e familiar no Estado Novo (anos 30 e 40). Análise social. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. XXXIV:151-152 (Inverno 2000) 477-508.

investigação, de ensino e de afirmação e desenvolvimento do poder médico.⁴ Paralelamente procuravam-se diferentes respostas para aqueles cujo *tratamento* já não cabia no âmbito das funções dos novos hospitais e criaram-se organismos que o poder político e o poder médico entendiam como necessários para proteger a população.

As novas organizações, essencialmente não hospitalares, nomeadamente dispensários, centros de saúde, serviços de saúde escolar e outros, tornaram-se a imagem das renovadas preocupações sociais com a saúde. Ao mesmo tempo, as profissões de saúde ganhavam outros espaços de intervenção e maior protagonismo. Neste contexto a enfermagem que, até aí, tinha centrado a sua intervenção principalmente no espaço hospitalar civil e militar, conhecia novos campos de ação⁵, desenvolvendo-se a par da medicina social e da institucionalização dos cuidados de saúde não hospitalares. A partir do final da década de 1920 a enfermagem comunitária emergia como área específica de intervenção para os enfermeiros portugueses.⁶

Neste quadro elegemos como objeto de estudo a evolução dos cuidados de saúde não hospitalares e da Enfermagem Comunitária em Portugal e a interação entre ambos. Procuramos desta forma colmatar uma lacuna na história da enfermagem, campo de interesse relativamente recente, desenvolvido muito à conta de médicos e enfermeiras, que romperam o que Diebold e Fouché designam como o “*silêncio da história*” sobre a enfermagem.⁷

Em verdade essa expansão, sob novas perspetivas de abordagem, desde a década de 80 do século passado, da historiografia sobre saúde e assistência raramente envereda pelo estudo das práticas de enfermagem.⁸ Nem o facto da história da enfermagem no Ocidente estar ligada ao

⁴ Sobre a assistência nos hospitais são de referir os estudos de Laurinda Abreu, Maria Marta Araújo e Isabel dos Guimarães Sá, sobre os hospitais das Misericórdias.

⁵ NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003; CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.

⁶ Idem e SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

⁷ DIEBOLD, Évelyne; FOUCHÉ, Nicole – **Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)**. Paris: Éditions Publibook, 2011.

⁸ Estão aqui incluídas várias obras sobre as Misericórdias e a assistência em Portugal como BASTOS, A. de Magalhães – **História da Santa Casa da Misericórdia do Porto**. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1999; SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia – **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008; SÁ, Isabel dos Guimarães - **Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800**. Lisboa: Comissão Nacional para os Descobrimientos Portugueses, 1997; ABREU, Laurinda - **Igreja, Caridade e Assistência na Península Ibérica**. Lisboa: Edições Colibri, 2004.

cristianismo, sobretudo às ordens religiosas sobre as quais existe ampla bibliografia, contribuiu para que se constituísse como objeto de estudo.⁹

Refira-se, no entanto, que o campo não está completamente vazio. A obra de George Rosen, “*A History of Public Health*”, de 1958, é, a esse nível, um marco relevante. Ligando a história da saúde pública às preocupações com a higiene, desde os tempos pré-históricos até à década de 1950, Rosen frisa o desenvolvimento da enfermagem de saúde pública aliada ao desenvolvimento dos serviços de saúde pública.¹⁰ No mesmo sentido vão as obras de dois médicos que escreveram sobre a história dos cuidados de proximidade, Fernando Correia¹¹ e, mais recentemente, Gonçalves Ferreira¹².

O confronto com um novo leque de problemas, o enfraquecimento do Estado Providência, a consciência de que o futuro é incerto, o *desencantamento do mundo*, na feliz expressão que Michel Gauchet foi buscar a Weber,¹³ fizeram ressurgir o interesse pelos cuidados de saúde de proximidade. Nesse sentido, a obra de cunho autobiográfico de Constantino Sakellarides sobre a criação e evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), é referência incontornável.¹⁴ O autor revela também o envolvimento de determinadas enfermeiras na prestação concreta de cuidados. Aliás vários estudos sobre os cuidados de saúde não hospitalares acabam por oferecer uma imagem da ação dos profissionais de saúde no combate à doença e na promoção da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.¹⁵

Por sua vez, os estudos sobre o sistema de saúde português, abordando o desenvolvimento das políticas e organizações de saúde e respetiva reformas, contam também um

⁹ FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010; ABREU, Luís Machado; FRANCO, José Eduardo - **Ordens e congregações religiosas no contexto da I República**. Lisboa: Gradiva, 2010; VILARES, Artur - **As congregações religiosas em Portugal (1901-1926)** – Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, FCT, 2003.

¹⁰ ROSEN, George – **A History of Public Health - Expanded Edition**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993.

¹¹ CORREIA, Fernando Silva - **Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)**. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral da Saúde, 1938.

¹² FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

¹³ GAUCHET, Marcel – **Le désenchantement du monde**. Paris: Gallimard, 1985. GAUCHET, Marcel – **Un monde désenchanté?** Paris: Pocket, 2007.

¹⁴ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

¹⁵ Veja-se por exemplo a obra de WARD, John; WARREN, Christian, edit. – **Silent victories-the history and practice of public health in Twentieth-Century America**. New York: Oxford University Press, 2007.

pouco da história dos CSP no século XX, abordando, a maior parte delas, de forma muito breve, as questões da enfermagem.¹⁶

No entanto o início dos estudos sobre enfermagem remonta a meados do século XIX, tendo-se desenvolvido em torno dos movimentos de reforma e profissionalização, nas biografias de alguns líderes carismáticos. Trata-se de um movimento de autoexaltação, comum ao tempo, em obras escritas essencialmente por enfermeiras, que procurou fazer luz sobre a profissão de enfermagem, contribuindo para melhorar a sua imagem pública e mesmo o seu estatuto.¹⁷

De entre elas, está a obra de Lavinia Dock, feminista e sufragista norte-americana, pioneira no campo. Para a autora, primeira secretária do International Council of Nurses (ICN) entre 1899 e 1923, e enfermeira de saúde pública na Henry Street Settlement, os principais obstáculos à afirmação da identidade profissional da enfermagem eram as questões religiosas, sociais, de género e os preconceitos em relação às associações de enfermeiras.¹⁸

Com a colaboração de uma outra enfermeira, M. Adelaide Nutting, Lavinia Dock escreveu "*History of nursing*"¹⁹, e, também com colegas de profissão, a "*History of American Red Cross Nursing*".²⁰ Em ambas as obras sobressai a ação da enfermeira comunitária, sobretudo a das enfermeiras de saúde pública da Cruz Vermelha Norte – Americana na segunda década do século XX, no combate à epidemia de gripe espanhola e à tuberculose, bem como o empenho das enfermeiras dirigentes da Cruz Vermelha na fundação de escolas de enfermeiras visitadoras, quer nos Estados Unidos da América (EUA) quer na Europa, durante e após a I Guerra Mundial.

Em várias obras se nota a tendência para enfatizar o papel pioneiro das enfermeiras comunitárias em setores como a Cruz Vermelha, os serviços de visitação domiciliária aos mais

¹⁶ SIMÕES, Jorge (coord.) – **30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado**. Coimbra: Almedina, 2010; CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge – **O Percorso da Saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011; SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005; CAMPOS, António Correia de - **As reformas da saúde: o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008; CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983. GIRALDES, Maria do Rosário - **Equidade e despesa em Saúde**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997; CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

¹⁷ SOLANAS, Antón Isabel - Sobre el sentido dinámico de la Historia. *Temperamentvm*. 1 (2005). [Consult. 12-01-2012]. Disponível internet: <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0121.php>.

¹⁸ TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusodidacta, 2004 e DONAHUE, M. Patricia – **Historia de la enfermería**. Trad. Maria Picazo y Carmén Hernández. Ediciones Doyma, 1985.

¹⁹ DOCK, Lavinia; NUTTING, M. Adelaide – **A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses**. New York, London: G.P. Putnam's Sons, 1907.

²⁰ DOCK, Lavinia et al – **History of American Red Cross Nursing**. New York: The Macmillan Co., 1922.

pobres, os dispensários, as associações de enfermeiras visitadoras e as associações privadas de solidariedade.²¹ Lembremos que a ação das enfermeiras comunitárias norte-americanas e britânicas teve um impacto bastante positivo nas condições de saúde e de vida das populações mais desprotegidas, sustentando alguns autores também o relevante papel assumido por algumas organizações de enfermeiras comunitárias no desenvolvimento de estruturas de cuidados de saúde de proximidade.²²

Em Portugal na esteira dos estudos que fazem a apologia da profissão e dos valores a ela ligados, destacam-se médicos como Curry Cabral e Costa Sacadura. O primeiro aborda a história da enfermagem no Hospital de S. José,²³ enquanto o segundo se debruça sobre a profissão em geral.²⁴ O investimento médico na divulgação da história da enfermagem foi um contributo importante para criar uma imagem positiva das enfermeiras, dando um estatuto de maior dignidade à profissão.²⁵

As várias perspetivas de investigação não se furtam a fazer uma análise da diversidade de iniciativas e práticas tanto nas organizações de saúde, como na enfermagem comunitária. Assim, são analisados a existência dos diversos modelos de formação e práticas e a influência do modelo norte-americano difundido na Europa através da Fundação Rockefeller. Todas salientam a dimensão de convergência internacional dos modelos de intervenção em enfermagem comunitária, aliás bastante similares nos clientes alvo dos cuidados e no tipo de atividades e procedimentos. O trabalho e a formação, das visitadoras sanitárias e das *district nursing*, tal como a ênfase na dimensão internacional e de apoio às populações rurais e/ou mais vulneráveis são igualmente temas recorrentes nestes estudos.²⁶

²¹ GRIFFIN; Gerald Joseph; GRIFFIN, H. Joanne - **Jensen's history and trends of professional nursing**. Saint Louis: C.V. Mosby Company, 1965. JAMIESON, Elisabeth M.; SEWALL, Mary F.; SUHRIE, Eleanor - **Trends in Nursing History**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1966.

²² Ver DONAHUE, M. Patricia - **Historia de la enfermería**. Trad. Maria Picazo y Carmén Hernández. Ediciones Doyma, 1985, onde a autora destaca a ação do National Organization for Public Health Nursing. Neste sentido ver também Backer sobre a história e impacto da ação de Lillian Wald na enfermagem comunitária dos Estados Unidos: BACKER, BA - Lillian Wald: connecting care with activism. *Nursing and Health Care*. New York. 3:14 (1993) 122-129. STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, família e indivíduos**. Lisboa: Lusodidacta, 1999. Ver também o artigo de TIRPAK, H. - The frontier nursing service: fifty years in the mountains. *Nursing Outlook*. 33:3 (1975) 308-310.

²³ CABRAL, José Curry da Câmara - **O Hospital Real de São José e Anexos, desde 7 de Janeiro de 1901 até 5 Outubro 1910**. Lisboa: Tipografia A Editora Lusitana, 1915.

²⁴ SACADURA, Costa - A Enfermagem: missão espiritual pelo amor do próximo. Separata de: *O Médico*. 138 (1954).

²⁵ GOMES, João de Lemos - **O iniciador da verdadeira enfermagem**. Conferência promovida pelo Sindicato dos Profissionais de Enfermagem no Salão Nobre do Ateneu Comercial do Funchal. Funchal: ed. do autor, 1961; PIMENTA, Madalena Maria Brandão Alves - *Serviços de Enfermagem de Saúde Pública*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1964. Dissertação para o Acto de Licenciatura.

²⁶ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth - Century Britain**. New York: Routledge-Taylor&Francis Group, 2008. DIEBOLD, Èvelyne; FOUCHÉ, Nicole - **Devenir infirmière**

A partir do momento em que a profissionalização dos enfermeiros se foi consolidando e que aumentaram as exigências de formação cresceu também o interesse historiográfico sobre este grupo profissional, do que decorreram, a partir dos finais do século XX, novos contributos para a história da enfermagem.²⁷ Esse interesse emergiu ligado aos novos campos da história social, à história das mulheres, das religiões, à história institucional, das profissões, da saúde e da assistência. Os novos estudos seguiram a tendência da renovada historiografia, que abandonou as abordagens tradicionais heroicas e dos grandes feitos para se centrar *na narrativa, na política e no sujeito*.²⁸

As temáticas estudadas abrangem a diversidade das práticas dos enfermeiros, a divulgação das realidades internacionais e a reflexão sobre os contextos políticos, sociais e de saúde que rodeiam o exercício da Enfermagem. Neste contexto importa realçar as obras de Marie-Françoise Collière que nos remetem aos primórdios do cuidar feminino, à influência das ordens religiosas e à fundação das “Filhas da Caridade” por S. Vicente de Paulo, conduzindo-nos até à progressiva afirmação da profissão. Collière apresenta-nos a enfermagem como uma disciplina com dupla filiação, religiosa e técnica, destacando a ação das enfermeiras comunitárias e o lento processo de institucionalização dos cuidados de enfermagem na comunidade.²⁹ As influências religiosas cristãs na profissão e as suas repercussões no desenvolvimento profissional dos enfermeiros são também estudadas por outros autores.³⁰ Mesmo as obras mais genéricas sobre a história da enfermagem focam aspetos singulares na área da enfermagem comunitária, quer pelas novas fontes reveladas, quer pelas considerações em torno dos seus valores e práticas.³¹

en France, une histoire atlantique? (1854-1938). Paris: Éditions Publibook, 2011; ALLENDER, Judith Ann; SPRADLEY, Barbara W. – **Community Health Nurse: Concepts & Practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. MESTRE, Josep Bernabeu; PÉREZ, Encarna Gascón – **Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)**. Murcia: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999.

²⁷ BARREIRA, Ieda de Alencar – Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista latino americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 7:3 (Julho 1999) 87-93;

²⁸ FALCON, Francisco José Calazans – A História das ideias na historiografia brasileira recente: uma tentativa de balanço. In RIBEIRO, Maria Manuela Tavares (coord.) – **Outros Combates pela História**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. p. 499-508.

²⁹ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999. COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... A primeira arte da Vida**. Loures: Lusociência, 2003; COLLIÈRE, Marie-Françoise - Du pain aux pauvres honteux à la péniciline: les soins à domicile (d’hier à aujourd’hui). In BINDEFELD, John et al - **Univers de la Profession Infirmiere**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.

³⁰ NOGUEIRA, Manuel - **História da Enfermagem**. 2ªed. Porto: Ed. Salesianas, 1990; SANTIAGO, Frei Diogo - **Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros**. Aprs. de Professor Doutor Luís Graça; a introd. de Pe. Aires Gameiro. O.H. Ed. facsimilada. Lisboa: Alcalá, 2005.

³¹ NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003; SALGUEIRO, Nídia – Serviço Domiciliário Hospitalar: das Brigadas de Educação Sanitária da Família ao Serviço Domiciliário dos HUC. *Referência*. 1 (Setembro de 1998) 85-87.

Sobre as questões da evolução do ensino da enfermagem vários estudos se debruçam sobre as suas repercussões positivas nas instituições.³² A primeira obra que em Portugal, trata esta questão é de Maria Isabel Soares. Reportando-se ao período de 1880 a 1950, analisa as implicações da formação na construção e redefinição dos saberes e das competências dos enfermeiros. Refletindo sobre as questões da profissionalização, a autora realça o papel da Escola de Enfermagem Francisco Gentil (Escola Técnica de Enfermeiras - ETE) e da Fundação Rockefeller na formação em enfermagem de saúde pública,³³ contributos também sublinhados noutros trabalhos,³⁴ parte deles incrementados pelo processo de fusão de várias escolas de enfermagem portuguesas, no final do século XX, e início do século XXI. As obras publicadas neste contexto fixam-se essencialmente na formação, não deixando de se constituir como fontes de conhecimento consideráveis.³⁵ Destacamos, neste conjunto, a obra coordenada por António Pacheco sobre a história da Escola de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, onde se acentuam os seus contributos para a formação pós-graduada em Enfermagem. De entre estes salienta-se a formação concedida aos enfermeiros comunitários através do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Pública (CASP) e do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública (CEESP).³⁶

O contributo de instituições como o Instituto Maternal (IM), a Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, o Centro de Assistência à Maternidade e à Infância e o Centro de Saúde (CS) de Lisboa no desenvolvimento da enfermagem comunitária, assim como o papel desempenhado pelas

³² DINGWALL, Robert; RAFFERTY, Anne Marie; WEBSTER, Charles – **An introduction to the Social History of Nursing**. London: Routledge, 1988. MAGGS, Christopher J. - **The origins of general nursing**. Beckenham: Croom Helm Ltd., 1985.

³³ SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

³⁴ Ver por exemplo CORRÊA, Beatriz de Mello - **Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988**. Lisboa: ed. do autor, 2010; FARIA, Lina – Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: Identidades profissionais em construção. *Cadernos Pagu*. 27 (junho-dezembro 2006) 173-212; GALLEGUILLOS, Teresa Gabriela; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos - A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enf USP*. 35:1 (março, 2001) 80-87; ROBLES, Javier Gomez; POZO, Manoli Gómez – Historia de la enfermería de salud pública en Espana. *Cultura de los Cuidados*. Ano III:5 (1º semestre de 1999) 20-28; VESSURI, H. M.C. - Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela. 1936-1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. VIII:3 (set-dez 2001) 507-539; ROSS-KERR, Janet C. – **Innovation in Public Health Nursing Education in Canada: The Rockefeller Foundation and the University of Toronto**. Alberta: University of Alberta, Conference, [s.d]; DIEBOLD, Èvelyne; FOUCHÉ, Nicole – **Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)**. Paris: Éditions Publibook, 2011.

³⁵ SILVA, António Victor Azevedo e, et al - **Escola de Enfermagem Artur Ravara: Pioneira no passado, atuante no presente, inovadora no futuro... 121 anos de história**. Loures: Lusociência, 2007; ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO – **Histórias e memórias da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto**. Loures: Lusociência, 2003; SOUSA, Regina Teixeira de – **60 anos ao serviço da formação em Enfermagem: Subsídios para a História da ESEIC**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, 1997; SILVA, Ana – **A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

³⁶ PACHECO, António (coord.); Oliva, Ângela Sousa; Lopes, António - **Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende: Memórias de um Percurso**. Lisboa: Ensaios, 2005.

enfermeiras comunitárias nessas organizações são igualmente focados em alguns estudos, embora não de forma aprofundada.³⁷

Também as obras/estudos de cariz biográfico sobre enfermeiras nos permitem conhecer, embora não aprofundadamente, o percurso da enfermagem comunitária. As disparidades sociais e históricas, as dificuldades e conquistas vivenciadas pelas enfermeiras, e a interferência da questão do género no seu desenvolvimento pessoal e na profissionalização, são aqui salientadas.³⁸

Os temas da identidade profissional e da profissionalização são ainda analisados em estudos de carater sociológico ou histórico, demonstrando por um lado, a originalidade de alguns modelos de formação portugueses face às influências dos modelos de profissionalização francês e britânico ³⁹ por outro, a construção da identidade profissional dos enfermeiros atendendo aos contextos sociais, de saberes e às questões relacionais transdisciplinares e interprofissionais.⁴⁰

Neste brevíssimo percurso constata-se a quase inexistência de estudos específicos sobre a história da enfermagem comunitária em Portugal. Pouco se diz sobre como foi criada, como evoluiu e quais as suas práticas em Portugal, considerando a relação de influência mútua entre enfermagem e os cuidados de saúde não hospitalares. Pensamos existir, por isso mesmo, necessidade de uma sistematização do conhecimento no sentido de melhor compreender a evolução desta problemática.

³⁷ De notar que, em 1957, Maria de Lurdes Salgueiro apresentou na École Supérieur Infirmières Monitrices, em Louvain um estudo sobre a enfermagem em CSP, denominado "A enfermeira educadora sanitária", citado em GARCIA, Maria Gabriela Mouga Fernandes - Visita domiciliária ontem e hoje : aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Univ. Cat. Portuguesa. 1995. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem; MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem**. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999; RAPOSO, Maria Manuela - Remexendo o "baú" de um serviço: contributos para a história do papel da enfermeira nos serviços de protecção materno-infantil, no distrito de Ponta Delgada. Ponta Delgada: 1998. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, para concurso de provas públicas, para o preenchimento de uma vaga de professor coordenador da carreira de pessoal docente do Ensino Superior Politécnico; CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.

³⁸ FREITAS, Marília Pais Viterbo de – **Vidas de enfermeiras**. Loures: Lusociência, 2012; MORAIS, Maria Carminda Soares – Formação, Género e Vozes de Enfermeiras. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Educação.

³⁹ SILVA, Maria Helena Ferreira da Silva - Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea; LOPES, Manuel José; Lourenço, Orlando - **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento socio-moral: Alguns dados e implicações**. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999.

⁴⁰ AMENDOEIRA, José - **Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX**. Coimbra: Formasau, 2006; SOUSA, Maria Manuela Barreiros de – **Formação e identidade profissional: da formação de enfermeiros à construção da identidade dos professores de enfermagem**. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, 2005; LEMOS, Estela Ribeiro – Profissão de Enfermeiro: Compreensão sociológica da identidade profissional. Porto: Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2004. Dissertação de Mestrado em Sociologia; ESCOBAR, Lucília – **O sexo das profissões: Género e identidade socioprofissional em Enfermagem**. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento, 2004.

Há que mencionar, todavia, que na base desta escolha estiveram também outras razões, nomeadamente relacionadas com a criação e institucionalização dos cuidados de saúde não hospitalares em Portugal. Foi um processo por vezes conflituoso⁴¹, que conheceu diversas transformações e onde os enfermeiros foram diretamente visados, sem que tivessem sido estudadas as implicações dessas mudanças neste grupo profissional.⁴²

A diversidade e multiplicidade de serviços, percursos e ideologias que fizeram parte da história dos cuidados de saúde não hospitalares, e dos atores neles envolvidos, foram fatores que igualmente despoletaram o nosso interesse. Por outro lado, os CSP assumiram um protagonismo no sistema de saúde português que os tornam incontornáveis em quaisquer estudos sobre políticas de saúde, ou sobre a história recente das práticas dos profissionais de saúde em Portugal. Acrescente-se, ainda, o nosso interesse pelos saberes, modos de fazer e pensamento dos enfermeiros. Esclareça-se que quando inscrevemos no título do nosso trabalho o “*papel da enfermagem*” entendemos, na linha de Giddens, que o papel envolve não só as expectativas socialmente definidas e as condutas socialmente apreendidas, mas também um conjunto de comportamentos que são concebidos e assumidos pelos próprios enfermeiros no decurso da sua interação com outros atores e contextos.⁴³

Dito isto a questão que conduziu o nosso estudo foi a de procurar saber como se desenvolveram e influenciaram mutuamente os cuidados de saúde não hospitalares e a enfermagem comunitária em Portugal no período 1926-2002. Partimos para a investigação com um leque alargado de interrogações: Em que contexto histórico e social se desenvolveram os cuidados de saúde de proximidade? Que ideologias e poderes influenciaram as suas transformações? Como surgiu e se desenvolveu a enfermagem comunitária? Quem eram/são os enfermeiros comunitários, que percursos e práticas profissionais tiveram? As transformações organizacionais dos cuidados de saúde não hospitalares afetaram a enfermagem comunitária? Os enfermeiros influenciaram o desenvolvimento e funcionamento destes cuidados de saúde? Como viveram os enfermeiros as mudanças institucionais? Que sentidos, que interesses, que valores guiaram a ação dos atores?

⁴¹ GIRALDES, Maria do Rosário – **Equidade e Despesa em Saúde**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997; ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (org.) - **Medicina geral e familiar, 20 anos - da memória**. Lisboa: APMCG, 2003; SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005 e entrevista a Constantino Sakellarides.

⁴² Uma exceção é o estudo de CARVALHO, Maria Teresa Geraldo - **Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Sílabo, 2009, se bem que mais centrado nas reformas da organização hospitalar.

⁴³ GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. p. 29.

Que impacto tiveram os percursos anteriores da enfermagem comunitária e dos cuidados não hospitalares no seu posterior desenvolvimento?

A problemática de investigação estrutura-se em torno das políticas para os cuidados de saúde não hospitalares e para a Enfermagem, dos espaços/instituições da prática (organizações públicas, privadas e corporativas, centros de saúde, Misericórdias, ...) e dos atores (enfermeiros, políticos, outros profissionais de saúde).

O nosso objetivo é o de analisar a evolução/transformações dos cuidados de saúde não hospitalares, e das práticas e conceções de enfermagem a eles ligada, assim como as suas influências mútuas, desde 1926 até 2002. Não se pretende contudo abarcar a totalidade das vivências sociais que acompanharam este processo. Impõe-se assim apresentar o contexto histórico em que se desenvolveram os cuidados de saúde não hospitalares e a enfermagem comunitária e analisar o modo como os atores e o seu trabalho se enquadraram nos contextos socioeconómico, político e cultural da época. Propomo-nos, pois, identificar as especificidades dos cuidados de saúde não hospitalares e analisar quais os sentidos, interesses e valores que guiaram a ação dos diferentes atores, procurando clarificar se os percursos anteriores influenciaram o desenvolvimento quer dos cuidados de saúde não hospitalares quer da enfermagem comunitária.

Com a convicção de que o percurso dos enfermeiros/as nos CSP está ligado ao facto condição da Enfermagem ser uma profissão essencialmente feminina e de, como profissão, ter um estatuto socioprofissional desigual dentro das relações do poder com outros profissionais de saúde⁴⁴, quisemos saber em que medida os enfermeiros influenciaram o processo evolutivo dos cuidados de saúde não hospitalares, identificando os seus contributos e modos de intervenção, analisando como foram vivenciadas as sucessivas mudanças nos cuidados de saúde não hospitalares e que transformações implicaram na enfermagem comunitária, tornando visíveis a identidade, práticas e percursos das enfermeiras.

A opção por um espaço cronológico com início em 1926 deve-se ao facto desse ano ter sido marcado não só por alterações políticas⁴⁵ como pela promulgação de uma lei que consubstanciou uma nova reforma da saúde inscrita na *Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública*,

⁴⁴ CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Ed. Afrontamento, 1993; COSTA, Rui Manuel Pinto – **O poder médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmção, legitimação e Ordenamento Profissional**. Porto: U. Porto Editorial, 2009.

⁴⁵ Em Maio de 1926 foi derrubada por golpe militar a 1ª República.

diploma elaborado por Ricardo Jorge.⁴⁶ Esta reforma centralizou, sob alçada da Direção Geral de Saúde (DGS), os serviços públicos de saúde até aí dispersos por vários Ministérios, reforçando o seu poder e tentando rentabilizar os poucos recursos existentes. Dois anos depois, como diretor geral de saúde, o médico José Alberto de Faria, fundou os primeiros centros de saúde em Portugal e solicitou apoio da Fundação Rockefeller para o desenvolvimento dos cuidados de saúde não hospitalares e para a formação em enfermagem comunitária, que conseguirá implementar em 1929, sob a forma de um curso de visitadoras sanitárias.

O período de 1926 a 1933 foi de agitação social e grave crise económica,⁴⁷ enquanto no plano de saúde se tentavam estruturar serviços públicos de cuidados de proximidade. A conjuntura espelha, em nosso entender, um momento de iniciação quer para a construção da enfermagem comunitária enquanto área da prestação de cuidados específica, quer para os cuidados de saúde não hospitalares que desenvolviam experiências pioneiras e, portanto, um marco obrigatório para o arranque do nosso trabalho. Foi nesta altura que se encetou o processo de institucionalização dos cuidados de saúde não hospitalares, baseado nos princípios e regras da administração burocrática, que Max Webber apresentou como a forma de administração ideal.⁴⁸

A decisão de terminar em 2002 justifica-se pelo facto de este ser o ano em que, depois de ter sido iniciada uma profunda reforma dos CSP em curso desde 1996, na linha das reformas dos sistemas de saúde encetadas por toda a Europa,⁴⁹ o processo ter sido suspenso por falta de apoio.⁵⁰ Na nossa perspetiva pode mesmo estabelecer-se um paralelo com a não continuidade da institucionalização dos primeiros centros de saúde na década de 1930. Não foi alheio a esta cronologia o simbolismo do final do séc. XX e o início do séc. XXI, assinalados pelo fenómeno da globalização, caracterizado pela interdependência económica internacional, pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, pelo aumento dos mecanismos internacionais de governação, pelas transformações aceleradas, pela perda de relevância do Estado-Nação e pelo

⁴⁶ FARIA, José Alberto de - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934 e DECRETO N° 12477. “Diário do Governo I Série”. 227 (1926-10-12) 1519-1530.

⁴⁷ COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011; ROSAS, Fernando – **Salazar e o poder: a arte de saber durar**. Lisboa: Tinta-da-China, 2012; CARDOSO, José Luís – Ecos da Grande Depressão em Portugal: relatos, diagnósticos e soluções. In *Análise Social*. XLVII:203:2° (2012) 370-400.

⁴⁸ BEZES, Philippe – **Réinventer l'État: Les réformes de l'administration française (1962-2008)**. Paris: Presses Universitaires de France, 2009.

⁴⁹ BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge de Almeida – Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 9:5 (2007).

⁵⁰ SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

questionamento das instituições burocráticas.⁵¹ No entanto, apesar dos limites cronológicos apresentados, o período temporal é dilatado, ainda que em aspetos pontuais, para contextualizarmos as origens dos cuidados de saúde não hospitalares e da Enfermagem Comunitária assim como as situações e políticas à sua volta.

Atendendo aos objetivos delineados, optou-se pela realização de um estudo de índole qualitativa no campo da história social, com uma abordagem da micro-história no domínio da história da saúde, cruzando a história dos cuidados de saúde, e suas instituições, com a da enfermagem comunitária. Nesse sentido, este trabalho é também uma narrativa sobre as políticas públicas para os cuidados de saúde não hospitalares e para a enfermagem.

FONTES E OPÇÕES METODOLÓGICAS

O corpus documental deste trabalho é constituído por fontes escritas e iconográficas, de informação primária, secundária e terciária, integrando também fontes orais a partir de entrevistas em profundidade para recolha de histórias de vida. Das fontes escritas constam documentos manuscritos e impressos. Das fontes de informação primária, fazem parte cartas, memorandos, memórias, relatos de carácter biográfico, fotos, gravuras, notas, legislação, atas de reuniões, relatórios. Como fontes de informação secundária foram consultados artigos de jornais, artigos em revistas científicas e/ou profissionais, livros e outros registos.

A pesquisa documental foi realizada nos arquivos da Direção Geral da Saúde, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), do Instituto Nacional de Saúde (INSA) Doutor Ricardo Jorge, da Casa Museu Bissaya Barreto, das Câmaras Municipais de Setúbal, Lisboa e Sesimbra. Recorremos também à Biblioteca Nacional, às Bibliotecas Municipais de Lisboa (Palácio Galveias e Biblioteca Museu República e Resistência), ao Centro de Documentação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, ao Centro de Documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, às bibliotecas da Escola Nacional de Saúde Pública e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Foram também utilizados espólios pessoais de alguns dos nossos entrevistados e diários das sessões parlamentares da Assembleia Nacional, estes disponíveis on-line.

⁵¹ GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

A utilização de fontes documentais, escritas e iconográficas, possibilitou também verificar, e complementar, os resultados obtidos através de entrevistas. Os documentos foram fotocopiados, fotografados ou digitalizados ou, não sendo possível tais procedimentos, feita transcrição dos textos no local de consulta. Confirmou-se a genuinidade e autenticidade das fontes, nomeadamente através da leitura cuidadosa dos documentos, do material de que são feitos e do seu enquadramento histórico, tendo sido feitas fichas documentais.

O recurso a fontes orais para este estudo revelou-se de extrema importância, não só como meio de informação mas também como experiência de vida. Sublinhemos que a história oral tem antecedentes nas biografias da antiguidade e hagiografias, captando-se também nos relatos da Idade Média e do Renascimento. Caídas em desuso nos finais do século XIX, só a partir da Primeira Guerra Mundial voltaram a ganhar relevância. Na sua obra, *“Apologie pour l’histoire ou le métier de l’historien”*, Marc Bloch abre a possibilidade de os historiadores recorrerem à recolha de testemunhos como fontes de informação⁵². A Segunda Guerra Mundial interrompeu o desenvolvimento dos estudos em história oral, relegando-os para segundo plano, de tal forma que Florence Descamps localiza a *“invenção da história oral”* a partir dos finais de 1960 e durante as décadas seguintes, quando a conjugação dos avanços tecnológicos e o diálogo e partilha entre as várias ciências sociais, encorajados principalmente pela Escola de Chicago, permitiu a valorização das metodologias qualitativas e dos testemunhos orais.⁵³ Desde esse momento a história oral conquistou terreno e faz o seu caminho na história contemporânea social e política,⁵⁴ abrangendo objetos de estudo diversificados, desde a história de minorias étnicas, de grupos de trabalhadores, das mulheres, do comunismo, do fascismo, do nazismo, do franquismo, dos conflitos armados do século XX, do quotidiano. Neste enquadramento a história oral renascia participativa e socialmente comprometida.⁵⁵

Face ao reconhecimento dos testemunhos orais como relevantes fontes da história, os historiadores têm clarificado conceitos e métodos. A confrontação de vários testemunhos com documentos escritos e/ou impressos, tal como a crítica interna e externa, permitiram que as fontes orais ganhassem uma importância indiscutível na história contemporânea, na sociologia e noutras

⁵² BLOCH, Marc - **Apologie pour l’histoire ou le métier de l’historien**. Paris, 1949.

⁵³ DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l’histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux**. Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006.

⁵⁴ VEYNE, Paul - **Como se escreve a história**. Lisboa: Edições 70, 2008; MOTA, Luís – Memória, História e Discursos Identitários: Contributos para um debate. In RIBEIRO, Maria Manuela Tavares (coord.) – **Outros combates pela História**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.

⁵⁵ DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l’histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux**. Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006; PUJADAS, Joan José - El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Cultural*. 9 (2000) 127-158.

ciências sociais. ⁵⁶ Descamps distingue, entre as várias funções dos testemunhos contemporâneos o de atestar a autenticidade de um acontecimento já que o vivenciou e o de ser uma pessoa memória, pois detém um “capital memorial” em risco de desaparecimento.

A opção metodológica de utilizar as histórias de vida neste trabalho está ligada ao facto de estas permitirem obter informação fundamental para a identificação e reconstituição de percursos e proporcionarem a perspetiva do vivido, de como as pessoas em questão viveram e recordam situações de que muitas vezes só conhecemos o enquadramento legal.⁵⁷

É pois compreensível que as histórias de vida, nomeadamente o relato de vida, que Daniel Bertaux qualifica como história de uma vida tal como a pessoa a narra ao investigador⁵⁸, sejam de grande riqueza histórica, não só pela quantidade de informação que transmitem mas também porque não podemos isolar a história de uma pessoa do seu contexto social e cultural. Neste sentido elas dão-nos uma imagem contextualizada do nosso objeto de estudo.

Segundo Ferraroti, as histórias de vida constituem um desafio perante um objeto de estudo dinâmico, fazendo que o investigador seja ao mesmo tempo “*analista y actor*”.⁵⁹ Sobre o método biográfico Pujadas lembra que ele acarreta uma revalorização do indivíduo enquanto ator social, como construtor e protagonista da realidade⁶⁰. Também Pàmpols refere que as histórias de vida possibilitam o entendimento de como pessoas concretas reagem às mudanças históricas e à forma como são preparadas essas mudanças, sendo que a fecundidade das biografias acarreta sempre uma reflexão dialógica⁶¹.

Optámos por recolher histórias de vida de profissionais de saúde que estão, ou estiveram, ligados aos cuidados de saúde não hospitalares, quer pelo exercício profissional direto, quer por cargos de gestão ou por cargos de dimensão política. Colocando-se a questão da escolha das testemunhas, optou-se por uma dimensão a várias vozes que permitisse preservar diversos pontos

⁵⁶ DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l’histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux**. Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006.

⁵⁷ FERRAROTTI, Franco - Historias de vida y Ciencias Sociales. In FEIXA, Carlos – Entrevista a Franco Ferrarotti. Perifèria : Revista de recerca y formación en antropología. 5 (Diciembre 2006) 1-44.

⁵⁸ BERTAUX, Daniel - **Le Récit De Vie: L’Enquête Et Ses Méthodes**. 3ª ed. Paris: Armand Colin, 2010.

⁵⁹ FERRAROTTI, Franco - Historias de vida y Ciencias Sociales. In FEIXA, Carlos – Entrevista a Franco Ferrarotti. Perifèria : Revista de recerca y formación en antropología. 5 (Diciembre 2006) 1-44.

⁶⁰ PUJADAS, Joan José - El método biográfico y los géneros de la memoria. Revista de Antropología Cultural. 9 (2000) 127-158.

⁶¹ PÂMPOLS, Carlos Feixa - La imaginación autobiográfica. Perifèria: Revista de recerca i formació en antropologia. 5 (Diciembre 2006) 1-41; RIBEIRO, Manuela – As histórias de vida enquanto procedimento de pesquisa sociológica: reflexões a partir de um processo de pesquisa de terreno. Revista Crítica de Ciências Sociais. 44 (Dezembro de 1995) 125-141.

de vista e proporcionasse uma análise de papéis, de funções, de trajetórias profissionais, de culturas ideológicas, de contradições e de convergências.

Tendo em consideração que era/é claramente impossível estudar todos os atores envolvidos e todas as concepções, houve necessidade de selecionar os atores. Recorremos assim, a um pequeno grupo de informantes com conhecimento, interesse e preocupação específica sobre o assunto. Seguindo as orientações de Poirier⁶², não faria sentido tentar construir uma amostra representativa, pelo que se optou por escolher informantes privilegiados, tendo sido entrevistadas dezoito pessoas. A escolha de pessoas que, pelas suas experiências, são informantes privilegiados, permitiu recolher uma diversidade de pontos de vista sobre a sua experiência enquanto atores e relativamente a outros atores. Em relação às enfermeiras, fez-se a recolha de histórias de vida “*acumuladas*”, como as designa Poirier, pois elas permitem-nos apreender o sentido e impacto dos acontecimentos sobre os indivíduos e os modelos culturais do grupo a que pertencem.⁶³ Foram entrevistados catorze enfermeiros e quatro médicos.

Decidiu-se utilizar entrevistas semidiretivas, ou em profundidade. Poderemos dizer que o termo “interlocução biográfica” é uma melhor expressão para designar a relação tida com os interlocutores pois existiu diálogo, mais propriamente existiram conversas guiadas⁶⁴. Tendo em atenção que a história de vida não abrange toda a existência da pessoa, foram delineados temas que orientaram a narrativa autobiográfica, recolhendo os saberes específicos dos narradores. (Apêndice I)

Fez-se o registo das entrevistas em áudio sendo depois integralmente transcritas. Cada entrevista foi datada, registada a sua duração e o local onde se realizou. Fez-se posteriormente a organização, montagem, enquadramento e interpretação dos textos através da análise de conteúdo. Algum do material biográfico obtido foi complementado por fotos e documentos escritos, como já referido.

As histórias de vida dos profissionais médicos foram utilizadas como fontes para o estudo da evolução dos cuidados de saúde não hospitalares, tendo essencialmente uma função expressiva,⁶⁵ enquanto as histórias de vida dos enfermeiros são visibilizadas em capítulos próprios

⁶² POIRIER, Jean et al - **Histórias de vida, teoria e prática**. Oeiras: Celta Editora, 1999.

⁶³ Idem.

⁶⁴ CONDE, Idalina – Falar da Vida (II). *Sociologia: Problemas e Práticas*. Lisboa. 16 (1994) 41-74.

⁶⁵ GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**. Lisboa: Principia, 2006.

para uma melhor compreensão do processo evolutivo da enfermagem comunitária e das vivências dos enfermeiros nas instituições.

A análise das entrevistas foi realizada através da análise de conteúdo. Tendo em conta que o termo abarca uma multiplicidade de conceitos e métodos que têm conhecido uma crescente utilização na história e nas ciências sociais, especificamos termos utilizado a análise categorial, no sentido de categoria definido por Poirier como “*rubrica significativa ou classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso*”,⁶⁶ a partir da qual se desenvolveu uma análise interpretativa. Em apêndice apresentamos os perfis biográficos dos entrevistados (Apêndices II e III) e o percurso de análise realizado (Apêndice IV).

A análise das histórias de vida foi baseada nas sugestões de Poirier et al⁶⁷, e nas recomendações de Isabel Carvalho Guerra⁶⁸.

Foi utilizado também o método prosopográfico que nos permitiu descrever atores implicados no estudo, nomeadamente recolhendo dados sobre faixa etária, formação profissional e académica, e demais dados que nos permitiram a sua caracterização.

As **questões éticas** foram salvaguardadas através de consentimento informado, sendo os entrevistados e as instituições informados dos objetivos da investigação e solicitada autorização para as entrevistas e consulta de documentação, sendo que os entrevistados deram o seu consentimento assinando documento próprio (Apêndice V).

MODELO DE ANÁLISE

Este estudo cruza, como já enunciámos, a problemática da criação e evolução dos cuidados de saúde não hospitalares com a evolução e prática da enfermagem em contexto comunitário. A nossa análise desta relação CSP/Enfermagem tem como referenciais duas correntes inseridas no designado “*novo institucionalismo*”, o conceito de governança, bem como os conceitos de poder e biopoder de Michel Foucault. Combinámos estes dois conceitos de Foucault com o enfoque do institucionalismo histórico e do institucionalismo centrado nos atores para analisar, de forma integrada, a criação, a evolução, as mudanças e influências mútuas entre CSP e enfermagem em

⁶⁶ POIRIER, Jean et al - **Histórias de vida, teoria e prática**. Oeiras: Celta Editora, 1999.

⁶⁷ Idem

⁶⁸ Ibidem e GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**. Lisboa: Principia, 2006.

CSP. Atente-se que os enfermeiros são aqui entendidos como atores integrados numa constelação de múltiplos atores.

Neste sentido consideramos ser indispensável que na análise dos CSP os profissionais de enfermagem não sejam ignorados, da mesma forma como seria gravemente omissivo um estudo de enfermagem comunitária sem referência às organizações e políticas de CSP. Esta convicção baseia-se no pensamento defendido por Mayntz e Scharpf, de que é tão insuficiente uma análise da estrutura sem referência aos atores como uma análise sobre os atores sem referência às estruturas.⁶⁹

O institucionalismo centrado nos atores assenta na dupla perspetiva, dos atores e das instituições, e constitui-se como um instrumento teórico relevante para estudar as relações entre as instituições e a capacidade de ação e pensamento de indivíduos e grupos.⁷⁰ Por outro lado, o institucionalismo histórico defende que o Estado não é um agente neutro, mas um complexo de instituições que engendra interações sociais e políticas que, por sua vez, definem o perfil físico e social do espaço onde interagem.⁷¹

Além de relacionar comportamentos e instituições, em termos gerais, o institucionalismo histórico tem duas características: enfatiza as assimetrias de poder associadas ao funcionamento e desenvolvimento das instituições e a conceção de desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, os momentos críticos, e a imprevisibilidade das consequências desse desenvolvimento. Combina também a explicação dos contributos das instituições com o contributo de outros fatores, como a situação socio económica e as ideias e interesses, para a situação política.⁷²

Uma análise baseada no institucionalismo histórico implica uma abordagem que assume como indicadores o grau de centralização de poder nas instituições, o ambiente social e político, o comportamento dos diferentes atores e a sua relação com o Estado.⁷³ Assim neste estudo privilegia-se uma análise que combina a visão de criação e evolução dos CSP como produto dos contextos (político, social e histórico), com a ideia de que os enfermeiros não foram “vítimas” de um qualquer determinismo social e histórico, mas antes agentes intervenientes na construção do próprio percurso e da evolução das instituições.

⁶⁹ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L’ institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.

⁷⁰ BEDOYA, María - Las potencialidades del institucionalismo histórico centrado en los actores para el analisis de la política pública. Contingentes de trabajadores extranjeros en España. *Estudios Políticos*. Instituto de Estudios Políticos: Universidad de Antioquia. 35 (julio-diciembre de 2009) 33-58.

⁷¹ HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*. 3-4 (1997), p. 469-496.

⁷² Idem.

⁷³ Ibidem.

A tentativa de explicação desta problemática não se limita a crer que a evolução dos CSP está apenas ligada à ação de instituições. Reconhece-se a evidência que a ação de vários atores, nomeadamente dos enfermeiros, contribuiu de forma decisiva para tal, constatando-se também a relevância determinante do papel da institucionalização dos CSP na enfermagem. Procura-se fazer uma abordagem analítica pluridimensional, que implica aquilo que Maria de Lourdes Pintasilgo designou como “*processo de circularidade no qual indivíduos e sociedade se co-produzem*”, considerando que as instituições afetam os atores mas que os atores geram/influenciam também eles as instituições.⁷⁴

Identificamos aqui, ainda que de forma breve, os conceitos das correntes teóricas utilizadas ao longo deste estudo. Da escola neo-institucionalista baseada nos atores são utilizados os conceitos de *diferenciação social dos atores, orientação da ação e situação da ação*.

O conceito de **diferenciação social dos atores** sublinha que as instituições criam estruturas de divisão do trabalho que promovem a diferenciação social dos atores.⁷⁵ Exemplo disso são as formas como as instituições definem normas de comportamento e de procedimento, autorizam ou recusam o acesso a determinados recursos, determinam as relações de poder.⁷⁶

Também o institucionalismo histórico sublinha que as relações de poder inscritas nas instituições conferem uma distribuição assimétrica do poder aos diferentes atores, defendendo, tal como a corrente do institucionalismo centrado nos atores, que a instituição pode acentuar a diferenciação social.⁷⁷ Utilizamos este conceito para identificar de que forma as políticas para os CSP contribuíram para a diferenciação social dos enfermeiros e de outros profissionais, a trabalhar na comunidade.

Identificar e compreender quais foram os valores, os interesses, os saberes, enfim as motivações que guiaram a ação dos atores nos CSP é um dos nossos objetivos. Nesse sentido o conceito de **orientação da ação** acentua a necessidade de determinar qual é o referente social que dirige a ação dos atores, partindo do pressuposto que o quadro institucional estrutura o acesso à ação e aos recursos necessários à mesma, mas não a determina inteiramente. Entende-se que a orientação da ação dos atores tem motivações ligadas às suas posições dentro do grupo, e

⁷⁴ PINTASILGO, Maria de Lourdes – **Para um novo paradigma: um mundo assente no cuidado – antologia de textos de Maria de Lourdes Pintasilgo**. Porto: Edições Afrontamento, 2012, p. 375.

⁷⁵ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*. 3-4 (1997), p. 469-496.

características individuais, formadas pela socialização e por fatores culturais, sociais e históricos. Isto pressupõe que os indivíduos possam agir umas vezes como membros de um grupo social, outras como membros de uma organização, ou como membros de uma determinada classe.

Nos estudos que envolvem instituições a determinação do referente, ou padrão, que orienta a ação dos atores é contributo relevante para a compreensão da sua história.⁷⁸ Distinguem-se na orientação da ação os aspetos cognitivos e os motivacionais. Os aspetos cognitivos dizem respeito à perceção da situação da ação e das suas causas, às opções disponíveis e resultados previstos. O fim ou resultado de uma ação depende da existência e amplitude da provável diferença entre a perceção dos atores e a realidade, da maneira como é interpretada a situação, como as hipóteses sobre os fins e meios a utilizar são integradas em conceitos estratégicos coerentes e de maneira como estes podem ser alterados pelos processos de aprendizagem individual e coletiva.⁷⁹

Os esquemas cognitivos dos diferentes atores são muitas vezes divergentes. E é plausível que estes tenham, ou assumam, atribuições e interesses diferentes, existindo também uma acuidade diversa na perceção dos diferentes fragmentos da realidade. Num processo ideal a resolução de problemas institucionais permitiria a integração de todas as perspetivas relevantes, embora divergentes.⁸⁰

Os fatores que impelem a uma ação provida de sentido são designados aspetos motivacionais de orientação da ação.⁸¹ Incluem os interesses, as normas e as identidades. Os interesses são aqui concebidos como objetivos da ação centrados sobre o sujeito e sobre os seus esforços para assegurar a sua própria sobrevivência, nomeadamente o bem-estar psíquico, a autonomia, o reconhecimento social, a posse de um domínio de intervenção próprio, o acesso a recursos determinantes como o poder.

Da mesma forma as organizações, e outros atores corporativos (grupos e/ou organizações), têm também os seus interesses, ligados à sua existência, aos seus recursos, ao seu espaço de intervenção e autonomia. As regras institucionais contribuem para definir a autonomia e delimitar o domínio da ação dos atores. Também o papel social define o leque de tarefas dentro do qual se circunscreve o domínio de ação de cada ator individual.⁸²

⁷⁸ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.

⁷⁹ HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*. 3-4 (1997), p. 469-496 e MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.;

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Ibidem.

⁸² GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

Quanto às expectativas normativas sobre a ação estas incluem as tarefas que se devem realizar e os meios que as tornam possíveis. É a situação concreta da ação que ativa a seleção de orientações normativas. As normas têm como destinatários específicos os atores do contexto institucional.⁸³ Segundo March e Olsen o comportamento apropriado para a ação engloba a ação determinada pela norma e pela identidade.⁸⁴

Ora a identidade do ator não se resume a normas interiorizadas, inclui aspetos ligados ao ser e ao comportamento, como o género e a idade ou as atividades que desenvolve, no caso do ator individual. A identidade pode incluir também interesses e orientações normativas e ainda características como a origem social ou étnica.⁸⁵ Enquanto referente para a ação a identidade é transversal às normas e interesses e transcende-os. No que respeita às questões identitárias destacamos que, na Enfermagem, a questão do género assume uma relevância significativa.⁸⁶ Entende-se género como as características específicas tanto sociais e culturais como psicológicas de homens e mulheres, assim como as ideias socialmente construídas sobre as diferenças entre os sexos.⁸⁷

O quadro institucional, as normas e valores, a identidade do ator, a sua história e socialização podem constituir-se como diferentes orientações de ação que facilmente conduzem a situações de conflito⁸⁸. O conceito de *orientação da ação* norteará a nossa análise sobre os aspetos cognitivos e motivacionais que guiaram a ação dos enfermeiros nos CSP.

Aliado ao conceito de orientação da ação surge o de **situação da ação**, que engloba os ambientes político, económico e social que rodeiam o ator e que são pertinentes para a ação,⁸⁹ na medida em que podem trazer estímulos e/ou possibilidades aos diferentes atores envolvidos.

⁸³ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.; HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*. 3-4 (1997), p. 469-496.

⁸⁴ MARCH, J.; OLSEN, J. – The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review*. 78:3 (1984), p. 734-749.

⁸⁵ Idem.

⁸⁶ SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993; NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003; SILVA, Maria Helena Ferreira da Silva - **Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955)**. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.

⁸⁷ GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004; SCHOUTEN, Maria Johanna – **Uma sociologia do género**. V.N. Famalicão: Edições Húmus, 2011.

⁸⁸ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.

⁸⁹ Idem.

Utilizaremos este conceito na identificação e análise de situações que foram vivenciadas pelos enfermeiros no contexto das políticas para a Enfermagem e para os CSP, se estas os conduziram à ação, se os paralisaram, se os conduziram a opções ou se os levaram apenas a procurar “sobreviver”. Uma situação pode conduzir os atores à ação porque os confronta com um problema, ou porque lhes oferece oportunidades únicas. No entanto, para Mayntz e Scharpf, a expectativa de perdas significativas pode motivar mais a ação do que a de potenciais ganhos, exceto se as ameaças de perda forem muito “pesadas” ou difíceis, pois nesse caso podem paralisar a capacidade de agir.⁹⁰

Os teóricos do institucionalismo baseado nos atores defendem que as situações que colocam em causa a existência do ator despertam, sobretudo, os seus interesses de sobrevivência, enquanto em situações de não ameaça são os valores e as normas que guiam a ação. Embora as situações provoquem a ação elas também oferecem opções de ação determinadas pelas próprias instituições.

Nas instituições que têm corporizado as políticas públicas portuguesas de saúde no âmbito dos CSP assinalamos a existência de uma *constelação de atores* onde os enfermeiros se integram. Aí a gestão dos problemas e da mudança é realizada em interação, e através de opções complexas interdependentes, que a corrente teórica centrada nos atores descreve como podendo ser entendidas através da coordenação social da ação, ou **governança**. A dimensão analítica das formas de governança inclui a adaptação unilateral ou mútua, a negociação, a concertação ou a decisão hierárquica e permite compreender até que ponto os atores salvaguardam a sua autonomia e a sua capacidade de agir como coletivo.⁹¹ Esta perspetiva teórica é-nos particularmente útil para a análise da implementação no terreno das diversas reformas dos CSP e das situações vivenciadas pelos enfermeiros aquando das mesmas.

O termo “governança”, usado pelos historiadores para designar o modo de organização do poder feudal,⁹² emerge no final do século XX, mais precisamente no início da década de 1990, integrada no que Defarges nomeia como uma *“constellation d'idées produites par la mondialisation”*.⁹³ Assim, a governança pode ser definida como uma forma flexível de poder político, processo coordenado e negociado entre diversos atores, públicos e privados, incluindo grupos

⁹⁰ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) p. 95-123.

⁹¹ Idem.

⁹² DEFARGES, Philippe Moreau – **La Gouvernance**. Paris: Puf, 2011; LE GALÉS, Patrick – *Gouvernance*. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010.

⁹³ DEFARGES, Philippe Moreau – **La Gouvernance**. Paris: Puf, 2011, p.5.

sociais e instituições, com o objetivo de alcançar as metas coletivamente definidas.⁹⁴ Segundo Boussaget et Jacquot a governança é caracterizada pelo policentrismo e complexidade institucional, estando o poder disperso pelas várias organizações e não centralizado apenas num centro único de poder; pela abertura à participação da sociedade civil e dos privados no processo das políticas públicas; por conceber a autoridade mais flexível e cooperativa e, finalmente, por enfatizar a dimensão dos processos da ação pública, nomeadamente das formas e instrumentos dessa ação.⁹⁵

Também De Galés acentua que a governança surge ligada à ideia de incapacidade dos governos responderem adequadamente aos problemas e desafios colocados pelas novas realidades sociais e políticas do final do século XX.⁹⁶ Já Defarges menciona que a governança tem como preocupação básica o bem comum e assenta na ideia de que o interesse geral é produto de negociação entre os vários atores sociais, e não mais território exclusivo das autoridades públicas. O mesmo autor alude ainda a alguma utopia do conceito que, sendo estimulante, democrático, integrador, responsabilizante, criativo e inovador, não tem o condão de transformar *“toute l’humanité et la rendant d’un seul coup rationelle, raisonnable et honnête.”*⁹⁷ Destaca-se a inovação do conceito que sublinha não poderem ser as actuais sociedades democráticas, informadas, multiculturais, e em constante mutação, governadas da mesma forma que as sociedades tradicionais.⁹⁸

Ao longo deste estudo utilizaremos também alguns conceitos do institucionalismo histórico. Servimo-nos dos conceitos de ***path dependence***, *momentos críticos* e *consequências imprevistas das instituições*, desenvolvidos pela escola do institucionalismo histórico, que enfatiza também a relação ator-estrutura e o tema do poder e suas assimetrias. Os teóricos desta corrente defendem que as decisões políticas têm uma finalidade, um padrão histórico de desenvolvimento e uma relevância que vão condicionar o futuro.⁹⁹

⁹⁴ LE GALÉS, Patrick – Gouvernance. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010.

⁹⁵ BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie cit. por LE GALÉS, Patrick – Gouvernance. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010. p.301

⁹⁶ LE GALÉS, Patrick – Gouvernance. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010. p.301.

⁹⁷ DEFARGES, Philippe Moreau – **La Gouvernance**. Paris: Puf, 2011. p.12

⁹⁸ DEFARGES, Philippe Moreau – **La Gouvernance**. Paris: Puf, 2011; LE GALÉS, Patrick – Gouvernance. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010. p. 299-307.

⁹⁹ HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. Revue française de science politique. 3-4 (1997) 469-496.

O conceito de *path dependence*, ou dependência de percurso, é fundamental para compreendermos se o processo evolutivo dos CSP e da enfermagem comunitária foram influenciados/marcados por percursos anteriores. Para Fernandes o conceito de *path dependence* abrange a noção de que fatores num particular momento histórico influenciam/condicionam determinadas trajetórias. O que na prática significa que legados políticos anteriores condicionam escolhas posteriores.¹⁰⁰

Desta forma o institucionalismo histórico está vinculado a uma conceção que defende que as instituições integram a “paisagem histórica”, são influenciadas pelo contexto histórico e social e pela sua trajetória passada, ao mesmo tempo que elas próprias influenciam o desenvolvimento histórico de um conjunto de “trajetos”. Esse legado histórico institucional induz os políticos a fazerem escolhas que o reproduzem.¹⁰¹ Consequentemente, as políticas e ideologias de determinado período podem constituir-se como um handicap no período seguinte.¹⁰² Sublinha-se também que a ordem temporal dos acontecimentos tem relevância fundamental nos processos sociais.¹⁰³

Aliado a este conceito surge a noção de *momento crítico*, entendido como situação de mudança significativa, ou transição, causada por revoluções, crises económicas, conflitos militares ou por reforma institucional.¹⁰⁴ Os momentos críticos produzem alterações institucionais que conduzem a um outro trajeto de duração varável.¹⁰⁵ Os teóricos do institucionalismo histórico, insistem em acentuar as consequências imprevistas e as insuficiências das instituições, compondo um quadro onde nem sempre o previsto se concretiza do modo como foi legislado.

Aliás Pierson frisa que nos processos de desenvolvimento institucional terão que ser tidos em conta os processos de ação coletiva, visto que a mobilização individual se interliga e depende bastante da ação de outros; os processos cognitivos de interpretação e legitimação, que envolvem custos de desenvolvimento e difusão de interpretações comuns, e os próprios processos de

¹⁰⁰ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004; FERNANDES, António Sérgio Araújo – **Path dependency e os estudos históricos comparados**. In XXIV Simpósio Nacional de História: Associação Nacional de História, 2007.

¹⁰¹ HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. Revue française de science politique. 3-4 (1997) 469-496.

¹⁰² SMYRL, Marc – Politics et policy dans les approches américaines de politiques publiques: effects institutionnels et dynamiques du changement. Revue française de science politique. 1 (2002) 37-52.

¹⁰³ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

¹⁰⁴ SMYRL, Marc – Politics et policy dans les approches américaines de politiques publiques: effects institutionnels et dynamiques du changement. Revue française de science politique. 1 (2002) 37-52.

¹⁰⁵ FERNANDES, António Sérgio Araújo – **Path dependency e os estudos históricos comparados**. In XXIV Simpósio Nacional de História: Associação Nacional de História, 2007.

desenvolvimento institucional, que deverão ter em conta a rigidez das próprias instituições e a sua “resiliência”.¹⁰⁶ Seguindo este enfoque analisaremos de que forma os trajetos anteriores, tanto dos CSP como da enfermagem, influenciaram “construções” e modos de ser/práticas posteriores. Também nos permitirá assinalar os momentos de mudança e reconfiguração dos CSP e as suas consequências imprevistas. Possibilitará, a par com o conceito de governança, analisar que razões conduzem a que nem sempre o previsto aconteça ou aconteça, pelo menos, de modo diferente.

Subscrevemos também o conceito de **instituição** proposto pelos teóricos do institucionalismo histórico, como “*um conjunto de procedimentos, protocolos, normas, convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política. Isso estende-se das regras de uma ordem institucional ou de procedimentos habituais de funcionamento de uma organização até às convenções que governam o comportamento dos sindicatos*”,¹⁰⁷ optando no nosso trabalho por associar instituições a organizações formais. Não deixando de considerar as instituições como atores principais no nosso estudo, para efeitos de simplificação e melhor perceção da análise adotámos o conceito de ator/agente individual ou coletivo de Amartya Sen, que considera serem os homens e mulheres agentes de mudança, promotores dinâmicos de transformações sociais.¹⁰⁸

A questão do poder é omnipresente nos estudos dos institucionalistas históricos¹⁰⁹ e, nesse sentido, este trabalho é também devedor das construções teóricas de Michel Foucault sobre o poder e o biopoder. Para aquele autor o poder não é estável nem homogéneo, definindo-se por singularidades. O Estado surge como resultado de um conjunto de micropoderes dispersos por numerosas instituições e aparelhos.¹¹⁰

Deste modo, o **poder** emerge não como atributo, mas como relação de forças entre dominantes e dominados, sempre presente na sociedade humana, acabando por “*repartir, seriar,*

¹⁰⁶ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004 e PIERSON, Paul – Increasing returns, path dependence and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:2 (2000) 251-267.

¹⁰⁷ STEINMO, S. – Political Institutions and Tax Policy in The United States, Sweden and Britains. *World Politics*. 41 (1989). Cit. por HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*. 3-4 (1997) 469-496. p. 471.

¹⁰⁸ SEN, Amartya – **O Desenvolvimento como liberdade**. Lisboa: Gradiva, 2003.

¹⁰⁹ Incluem-se os estudos pioneiros do institucionalismo histórico incluídos na obra de STEINMO, Sven et al – **Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992; e os estudos de ROCKMAN, Bert; WEAVER, Kent R. – **Do institutions matter?** Washington: The Brookings Institution, 1993; PIERSON, Paul – **Increasing returns, path dependence, and the study of politics**. Florence: European University Institute, 1997 e PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004

¹¹⁰ DELEUZE, Gilles – **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005.

*compor, normalizar*¹¹¹, muitas vezes a pedido dos “dominados”. Nesta relação de forças cada uma delas tem o poder de afetar ou ser afetada pela outra, em função dessa relação, e dos seus contornos e variações, as forças são repartidas no seio desse “campo de luta”. Ao poder, aos poderes, diz Foucault, está/estão associado/os saberes, ou seja não há saber que não pressuponha poder, que não implique o exercício de poder.¹¹²

Em Foucault a instituição aparece como capaz de integrar as relações de poder, construindo, ou ajudando a construir, saberes que atualizam ou recompõem essas mesmas relações, ou seja relações de poder implicam relações de saber.¹¹³ Por outro lado as singularidades do poder despertam singularidades de resistência que permitem a transformação, a mudança, uma afirmação da diferença que resulta numa nova relação de forças.¹¹⁴ Ora esta dinâmica poderes-saberes é essencial para analisarmos as relações de força entre os vários atores nos CSP e compreendermos em que medida os saberes dos enfermeiros estiverem ligados ao poder que exerceram, ou de que foram alvo, nos CSP.

O **biopoder** definido por Foucault como “*bio-regulação pelo Estado*”¹¹⁵, que o autor fez recuar ao século XVIII, difunde a ideia de que cabe ao Estado, como uma das suas funções essenciais, “dar vida”, assegurar que ela se multiplica, regulá-la, protege-la, proporcionar oportunidades para que ela se mantenha e da forma que se julgar mais conveniente. Ou seja este poder, o biopoder, “*decidiu encarregar-se do corpo e da vida*”,¹¹⁶ através de normas disciplinares e de regulação, disciplinares do corpo e reguladoras da população, numa articulação intrincada.¹¹⁷

Como mecanismos deste biopoder temos, segundo Foucault, as instituições de saúde, os esquemas de proteção na doença, no envelhecimento, na maternidade ou em situações de acidente ou deficiência, a organização dos apoios às famílias, os cuidados de saúde, as normas de controlo de epidemias, as regras de higiene, as pressões sobre a procriação e muitos outros. No nosso caso consideramos que as questões do biopoder estão intimamente ligadas aos cuidados de saúde na comunidade e à enfermagem na comunidade, à sua criação e institucionalização. Importa-nos compreender a relevância do biopoder nos CSP e na enfermagem em CSP no período cronológico

¹¹¹ DELEUZE, Gilles – **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005, p.46.

¹¹² FOUCAULT, Michel – **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Trad. Raquel Ramalheite. 20ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

¹¹³ DELEUZE, Gilles – **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005. p. 106 e 112.

¹¹⁴ DELEUZE, Gilles – **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005.

¹¹⁵ FOUCAULT, Michel – **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Editora Livros do Brasil, 2006.

¹¹⁶ Idem, p.269.

¹¹⁷ Ibidem, p.267.

deste estudo. Permite-nos compreender se as organizações dos CSP e os próprios enfermeiros foram resultado e/ou agentes deste biopoder.

Cientes de que existem críticas muito pertinentes de restrição ao tipo de análise e pensamento de Foucault, que alguns designam como demasiado estruturalista e outros como pós-moderno,¹¹⁸ não deixamos de considerar relevantes os seus contributos sobre a análise da relação entre o poder, o discurso e a ideologia, ou sobre a forma como poder e conhecimento se interligam com a disciplina e o controlo social. O seu pessimismo sobre a humanidade, a noção de finitude e de impossibilidade humana de entender ou transformar o mundo para melhor¹¹⁹ obviamente que são suscetíveis de interpretações diferentes.

São ainda conceitos centrais neste estudo os conceitos de saúde pública, cuidados de saúde não hospitalares, cuidados de saúde primários, enfermagem, enfermeiro e enfermagem comunitária. Em 1967 Arnaldo Sampaio, baseando-se na definição de saúde pública da Organização Mundial de Saúde (OMS) definia saúde pública como *“a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a saúde e de aumentar a vitalidade mental e física dos indivíduos por meio de uma acção colectiva organizada, visando a higienização do meio, a luta contra as doenças que apresentam uma importância social, a ensinar as regras de higiene pessoal, a organizar os serviços médicos e de enfermagem em vista do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças, assim como pôr em obra as medidas sociais próprias a assegurar a cada membro da colectividade um nível compatível com a manutenção da saúde, tendo como objectivo final permitir a cada individuo gozar o seu direito inato à saúde e longevidade.”*¹²⁰ Defendia que os serviços de saúde pública deveriam ser organizados para exercerem determinado tipo de funções. Destacava como fundamentais num serviço de saúde pública as funções de promoção de saúde, de medidas preventivas sobre os agentes patogénicos, o ambiente e as pessoas, o diagnóstico e tratamento precoce das doenças, a existência de serviços para proteção e apoio aos grupos de risco como idosos, grávidas, crianças, adolescentes e/ou jovens em idade escolar, deficientes, a investigação, o ensino de profissionais de saúde, a colaboração internacional e o planeamento e administração conjunto das várias atividades.¹²¹

¹¹⁸ DELEUZE, Gilles – **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005; GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

¹¹⁹ FOUCAULT, Michel – **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Editora Livros do Brasil, 2006; GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

¹²⁰ Intervenção na inauguração do Curso para Aperfeiçoamento para Internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa em 1967. OMS, 1952. In SAMPAIO, Arnaldo et al - Saúde Pública: Conceitos de Saúde Pública e suas implicações. Saúde Pública: Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência, Direção Geral da Saúde 1:XIV (1967) 148.

¹²¹ Intervenção na inauguração do Curso para Aperfeiçoamento para Internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa em 1967. OMS, 1952. In SAMPAIO, Arnaldo et al - Saúde Pública: Conceitos de Saúde Pública e suas implicações. Saúde

Os **Cuidados de Saúde Primários** foram definidos pela OMS, na declaração de Alma-Ata como: “*cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.*”¹²² Com este conceito a OMS tornou possível abarcar na mesma definição cuidados de saúde dispersos em vários serviços autónomos. Na mesma perspetiva os CSP refletem também as condições económicas e as características socioculturais e políticas do país e das suas comunidades, envolvendo numa ação coordenada todos os sectores correlacionados com a saúde, com o objetivo de melhorar os níveis de saúde e bem-estar das populações.¹²³

A ideia dos CSP é considerada por Sakellarides “*a Grande Ideia*”, pelas implicações práticas que teve ao nível da organização dos sistemas de saúde, até aí mais preocupados em responder a situações de doença de carácter excecional ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo, descurando as situações mais frequentes¹²⁴. Para o mesmo autor este nível de cuidados de saúde configura uma cultura de saúde em que “*o conhecimento médico e outros, são postos à disposição de um projecto de vida*”¹²⁵. Hafden Mahler, diretor-geral da OMS, foi o grande impulsionador da ideia e da expansão dos CSP, desenvolvendo o conceito a partir das experiências já existentes no terreno com resultados positivos.

No entanto Biscaia et al referem que os CSP terão sido mencionados pela 1ª vez em 1920, num livro sobre a organização dos serviços de saúde no Reino Unido, da autoria de Lord Dawson of Penn, onde o autor coloca a possibilidade de existirem três tipos de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais.¹²⁶

Embora o conceito de CSP seja abrangente só foi concetualizado na década de 1970 pelo que escolhemos empregar a expressão *cuidados de saúde não hospitalares*, para designar o conjunto de instituições que prestaram/prestam cuidados de saúde na comunidade, de forma geral em regime ambulatorio ou de internamento em pequenas unidades básicas, num estudo que abarca

Pública: Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência, Direção Geral da Saúde 1:XIV (1967) 153.

¹²² OMS - **Declaração de Alma-Ata**. In GEPS. Portugal: Ministério da Saúde e Assistência. 2-3 (1978).

¹²³ OMS – **Promoção dos Cuidados Primários de Saúde: Tradução do documento de trabalho A28/WP/4 apresentado e discutido na 28ª Assembleia Nacional de Saúde**. Lisboa: DGS, 1975.

¹²⁴ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

¹²⁵ Idem, p.81.

¹²⁶ BISCAIA et al - **Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2006.

um período temporal anterior a 1978, pelo que é utilizado o termo CSP ¹²⁷ a partir do período cronológico que condiz com o início da sua concetualização. Utilizaremos, por vezes, as expressões *cuidados de proximidade ou cuidados na comunidade* com o mesmo significado.

Clarificamos que adotamos o conceito de **Enfermagem** inserido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”.¹²⁸

Utiliza-se também o conceito de **enfermagem na comunidade, ou enfermagem comunitária**, de forma indistinta. Nesse sentido considera-se a enfermagem comunitária como a prática de enfermagem em contexto comunitário não hospitalar, embora incluamos aqui, como cuidados de enfermagem comunitária, os cuidados prestados nos pequenos serviços de internamento concelhios dos antigos hospitais das misericórdias, posteriormente integrados nos centros de saúde. A enfermagem comunitária abrange os cuidados a indivíduos, famílias, grupos e comunidade. Tendo um âmbito vasto integra no seu campo tanto a enfermagem de saúde pública como a enfermagem de família, embora antes da década de 1970 a expressão *enfermagem de saúde pública* assumisse o mesmo significado que atribuímos hoje à enfermagem comunitária.¹²⁹

Da mesma forma serão utilizados indistintamente os vocábulos **enfermeira/enfermeiras** ou **enfermeiro/enfermeiros** para designar o grupo profissional de enfermagem. Esta escolha prende-se com o facto de a profissão ter uma taxa de feminização que tem influenciado de forma decisiva o seu percurso¹³⁰, e por se verificar que nos cuidados de saúde não hospitalares foram as mulheres enfermeiras as principais cuidadoras.

ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Ao longo do estudo procuramos evidenciar o percurso e a evolução dos CSP e da enfermagem nos CSP em Portugal, a forma como se criaram, se influenciaram e recriaram

¹²⁷ OMS – **Declaração de Alma-Ata**. In GEPS. Portugal: Ministério da Saúde e Assistência. 2-3 (1978).

¹²⁸ DECRETO-LEI N.º 161/96. “*Diário da República. Série I-A*”, 205 (1996-09-04) 2959-2962. REPE, artigo 4.º, n.º 1, alterado pelo DECRETO-LEI N.º 104/98. “*Diário da República. Série I-A*”, 93 (1998-04-21) 1739-1757.

¹²⁹ STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusociência, 1999.

¹³⁰ CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008; NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003; SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

mutuamente entre 1926 e 2002, num espaço que abrange alterações políticas, sociais e culturais com forte impacto nas instituições e nas profissões de saúde.

O trabalho apresenta-se dividido em três partes, estando as duas primeiras organizadas numa perspetiva cronológica, dado que nos pareceu a melhor forma de transmitir uma visão mais clara dos traços distintivos da evolução dos CSP e da Enfermagem Comunitária no período em causa.

Apresentamos na primeira parte o contexto histórico em que se desenvolveram os conceitos, os serviços e a institucionalização dos CSP e da enfermagem na comunidade durante o período de 1926, ano do golpe militar que marcou o fim da 1ª República, até 1968, ano em que Marcelo Caetano assumiu a liderança do governo. Está organizada em três capítulos.

No primeiro capítulo faz-se a análise dos conceitos e contextos políticos e sociais em que os cuidados de saúde primários se desenvolveram, focalizando o caso português. De seguida abordamos o modo como o Estado, através das instituições públicas de CSP, se organizou para responder às necessidades de saúde desde 1926 até à Primavera marcelista. São analisadas as diversas instituições, desde as delegações de saúde e médicos municipais até aos dispensários e primeiros centros de saúde.

Já o segundo capítulo é dedicado ao desenvolvimento das organizações corporativas e privadas de saúde durante o Estado Novo. Clarificamos as origens e fundamentos das organizações corporativas e privadas, analisando a sua organização, dificuldades e desenvolvimento. Neste grupo de instituições estão consideradas as Casas do Povo, dos Pescadores e as Caixas de Previdência. Na análise das instituições privadas é dado especial enfoque às Misericórdias.

O terceiro capítulo é consagrado à enfermagem nos cuidados de saúde primários. São estudadas as suas origens, evolução e práticas, detendo-nos especialmente no modo como os enfermeiros se envolveram, nos vários contextos e mudanças dos CSP. São evocadas as origens da profissão e da enfermagem comunitária em Portugal, ligadas às ordens e congregações religiosas, acentuando a forma como surgiu, evoluiu e se diferenciou, enquadrada num novo paradigma de políticas e cuidados de saúde, destacando as várias influências nesse processo. No final desta primeira parte sintetizamos em capítulo próprio os aspetos mais relevantes desta primeira parte do estudo.

A segunda parte é focalizada no período cronológico de 1968 a 2002. Esta cronologia abrange as alterações sociais e políticas desde a Primavera Marcelista, passando pela Revolução

de 1974 e pela consolidação da democracia parlamentar. Neste período os CSP experimentaram várias alterações significativas que procuramos sintetizar em dois capítulos.

O primeiro capítulo é dedicado à análise da evolução dos cuidados de saúde não hospitalares e da enfermagem comunitária desde os finais da década de 1960 até 1982. É colocado particular ênfase nas sucessivas reformas que foram implementadas a partir de 1971 e no impacto que tiveram.

O segundo capítulo abrange o período temporal de 1983 até 2002 e a aproximação aos temas é feito de forma similar à realizada o 1º capítulo. São aqui estudadas a integração dos serviços de CSP e o seu impacto, e as políticas e reformas até 2002. Esta segunda parte termina igualmente com uma síntese.

Já a terceira parte não é tratada em termos cronológicos, mas lineares pela especificidade da matéria abordada, sendo construída a partir das histórias de vida de enfermeiras comunitárias. Está dividida em dois capítulos.

O primeiro capítulo convoca as origens familiares e sociais e os percursos dos enfermeiros comunitários entrevistados. A partir da análise das suas narrativas procuram-se identificar a formação realizada, as razões das suas opções profissionais, as dificuldades enfrentadas e o modo como viveram as suas escolhas.

Também delineado a partir das histórias de vida dos enfermeiros, o segundo capítulo analisa os diferentes contextos e práticas profissionais dos enfermeiros, as suas motivações, o relacionamento com outros profissionais, os seus contributos para os CSP, assim como os seus valores e visão sobre os CSP. Tal como nas anteriores partes do trabalho, finaliza com uma breve síntese analítica.

Apresenta-se por fim um capítulo com as conclusões do estudo.

PARTE I
O ESTADO NOVO: CONTROLAR E CUIDAR

Capítulo 1

ESTADO, POLÍTICAS E INSTITUIÇÕES PÚBLICAS

*“Puseram açaimes nas ventas do vento,
Ergueram açudes nas águas do mar...
Não perguntem nada: nós estamos dentro,
Ou fora de tudo.”*

David Mourão Ferreira – *Lítania da Sombra*¹³¹

Em função do manancial de informação disponível sobre o assunto, que é diversificado e abundante, assim como as formas de abordagem que podem ser escolhidas, optámos por fazer uma contextualização que ilustrasse como o novo paradigma sanitário da saúde pública e do higienismo se desenvolveu e em que situação política, social e ideológica. As consequências dessas novas perspetivas são sumariamente analisadas, pois os capítulos posteriores proporcionam um estudo mais aprofundado desta problemática.

Por outro lado pretende-se também explicitar a evolução das políticas de saúde e das instituições públicas que as corporizaram no período que decorre entre 1926 e 1968.

1.1. SAÚDE PÚBLICA E CUIDADOS NA COMUNIDADE

São de sempre as preocupações com a saúde. Nas civilizações antigas, revelavam-se na organização urbanística, nas redes sanitárias, nos hábitos de higiene pessoal e da habitação, nas medidas preventivas e de contenção das epidemias.¹³² Hipócrates, e os seus discípulos, são a esse propósito, marcos incontornáveis, pois revelaram nas suas obras preocupações e recomendações específicas sobre a saúde e a doença.¹³³ Num percurso de longa duração, salientamos três fases

¹³¹ FERREIRA, David Mourão – **Obra Poética 1948-1988**. Lisboa: Presença, 2001.

¹³² ROSEN, George – **A History of Public Health - Expanded Edition**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993; FERREIRA, José Gonçalves - **Moderna saúde pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982; BARREIROS, Bruno - O discurso higienista no Portugal do século XVIII: tradição e modernidade. In **Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII – Catálogo**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010.

¹³³ FERREIRA, José Gonçalves - **Moderna saúde pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.

que, na Europa, foram cruciais para o entendimento do processo evolutivo e organizacional dos cuidados de saúde e do papel do poder político nesta área.

Um primeiro momento liga-se às respostas sociais organizadas para responder às doenças que se constituíram como graves ameaças à sobrevivência. De todas, a Peste Negra, poderá ter vitimado cerca de um terço da população europeia entre 1347 e 1388. Foi também esta epidemia que levou à elaboração e concretização de inúmeras medidas sanitárias na tentativa de a controlar.¹³⁴ Os poderes políticos organizaram-se para fazer frente a esta ameaça e precisaram de encontrar novas formas de resolução do problema. Já não bastava apenas a exclusão, imposta por exemplo aos leprosos, eram necessárias novas medidas para controlar as epidemias.¹³⁵ O isolamento através da quarentena (período de quarenta dias em que se aguardava a manifestação da doença, a sua cura ou cronicidade), nomeadamente dos navios que chegavam aos portos, a queima de roupas e dos utensílios dos atingidos pela peste e a desinfecção das suas casas, foram algumas das medidas postas em prática pelas autoridades públicas para impedir o avanço da doença.¹³⁶

Estabeleceu-se então uma rede de serviços administrativos e de prestação de cuidados, organizados pelas cidades ou pelo poder central que incluíam a vigilância da higiene urbana, a inspeção de mercados, o controlo do exercício das profissões de saúde.¹³⁷

Em Portugal uma das primeiras medidas legislativas que prefiguram a clara intervenção régia na administração da saúde foi a nomeação em 1308, por D. Dinis, de um provedor para as instituições assistenciais como leprosarias e hospitais.¹³⁸

O processo de construção do Estado Moderno assinala um segundo momento distintivo nas políticas assistenciais. a partir do Renascimento existiu a consciencialização dos soberanos de que

¹³⁴ MORELLE, Aquilino; TABUTEAU, Didier – **La santé publique**. Paris: Presses Universitaires de France, 2010; THÉNARD- DUVIVIER, Franck (coord.) – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012.

¹³⁵ Idem.

¹³⁶ Ibidem e ROSEN, George – **A History of Public Health - Expanded Edition**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993.

¹³⁷ FERREIRA, José Gonçalves - **Moderna saúde pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982. e ABREU, Laurinda - Health and Welfare in a moment of transition. In ABREU, Laurinda; BOURDELAIS, Patrice; ORTIZ-GOMÉZ, Teresa; PALACIOS, Guillermo (eds.) - **Dynamics of health and welfare: texts and contexts**. Edições Colibri; Cihedus/UE; GRAPH/PhoenixTN, 2007; MORELLE, Aquilino; TABUTEAU, Didier – **La santé publique**. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.

¹³⁸ ABREU, Laurinda - Health and Welfare in a moment of transition. In ABREU, Laurinda; BOURDELAIS, Patrice; ORTIZ-GOMÉZ, Teresa; PALACIOS, Guillermo (eds.) - **Dynamics of health and welfare: texts and contexts**. Edições Colibri; Cihedus/UE; GRAPH/PhoenixTN, 2007.

o seu efetivo poder assentava também na quantidade de governados,¹³⁹ o que acentuou as preocupações com a saúde, até porque os Descobrimientos conduziram a contatos com outros povos e incidência de novas patologias, tornando mais frequente a possibilidade de se desenvolverem epidemias e pandemias. As preocupações sociais passaram a surgir também ligadas à preservação da dignidade do Homem, por parte dos humanistas, ao mesmo tempo que a visão mais mercantilista se preocupava com as questões da saúde associadas à produtividade. As conhecidas Poor Law, promulgadas pela rainha Isabel I nos finais do séc. XVI e depois em 1601, na Grã-Bretanha, estabeleceram, sob controlo da Coroa, um sistema de proteção dos mais pobres através de uma rede de cuidados assistenciais sediada nas paróquias. Esta legislação está entre as medidas de tentativa de controlo da assistência por parte do Estado, na Europa Moderna.¹⁴⁰

As políticas de saúde e assistência no Período Moderno constituíram, para Laurinda Abreu, uma forma de o poder régio reforçar a sua autoridade, quer através de legislação que condicionava a organização das instituições assistenciais, quer a partir da sistematização da sua distribuição geográfica. Desta forma, o campo da assistência, simultaneamente difusor de valores cristãos e das políticas reais, foi utilizado pela coroa portuguesa para controlar e muitas vezes alterar a constituição das elites locais.¹⁴¹ Na origem do processo esteve D. Manuel I, o primeiro monarca português a *implementar medidas de harmonização e uniformização das práticas assistenciais*¹⁴² através de reformas do sistema hospitalar, da assistência aos pobres e expostos e da fundação das Misericórdias. Por outro lado a criação de uma rede de profissionais de saúde espalhados pelo país, entre eles os físicos (médicos), os boticários e os cirurgiões, instituída através de diplomas régios entre 1568 e 1570, materializaram também uma política centralizadora na administração da saúde em Portugal.¹⁴³ Portugal seguia políticas e procedimentos também em prática noutros espaços europeus mas, por várias razões, fazia-o de forma mais sistematizada.¹⁴⁴

¹³⁹ ABREU, Laurinda - Health and Welfare in a moment of transition. In ABREU, Laurinda; BOURDELAIS, Patrice; ORTIZ-GOMÉZ, Teresa; PALACIOS, Guillermo (eds.) - **Dynamics of health and welfare: texts and contexts**. Edições Colibri; Cihedus/UE; GRAPH/PhoenixTN, 2007; LINDEMANN, Mary – **Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna: Novas abordagens da história europeia**. Lisboa: Replicação, 2002.

¹⁴⁰ Idem.

¹⁴¹ ABREU, Laurinda - Políticas de caridade e assistência no processo de construção do Estado Moderno: alguns elementos sobre o caso português. In MILLÁN, José Martínez; LOURENÇO, Maria Paula Marçal - **Las relaciones discretas entre las monarquias Hispana y Portuguesa: las Casas de las Reinas (siglos XV –XIX): Vol. II**. Madrid: Polifemo, 2008. p. 1451-1466.

¹⁴² Idem, p. 1454.

¹⁴³ Ibidem, p. 1451-1466.

¹⁴⁴ ABREU, Laurinda - Políticas de caridade e assistência no processo de construção do Estado Moderno: alguns elementos sobre o caso português. In MILLÁN, José Martínez; LOURENÇO, Maria Paula Marçal - **Las relaciones discretas entre las monarquias Hispana y Portuguesa: las Casas de las Reinas (siglos XV –XIX): Vol. II**. Madrid: Polifemo, 2008. p. 1454.

O século XVIII é o terceiro e determinante marco no desenvolvimento das políticas públicas na área da saúde. Assinalaram este século as novas concepções do Homem e do Mundo veiculadas pelo iluminismo, as revoluções francesa e americana e a industrial. Foi também tempo de afirmação e consolidação do poder médico, da saúde pública e do discurso higienista.¹⁴⁵ A “Medicina Social” emerge neste contexto.¹⁴⁶ Na sua origem, procurava diferenciar o campo de atuação médico em saúde pública dos outros campos da medicina.¹⁴⁷

Foram essencialmente quatro as causas que motivaram o desenvolvimento da Saúde Pública: o crescimento demográfico; a percepção de que para assegurar a prosperidade das nações não bastava ter muita gente, havia que a manter protegida e saudável; a revolução industrial e todo o exército de operários explorados que não tinham condições de vida que lhes permitisse sobreviver às epidemias; e a urbanização crescente e desorganizada.¹⁴⁸ O ideário iluminista dava lastro ideológico às reformas. A saúde pública inscrevia-se também nas novas preocupações com o bem-estar das pessoas e com a *saúde* dos espaços públicos. A publicação de obras como a de Ribeiro Sanches, médico português do séc. XVIII, intitulada “*Tratado sobre a Conservação da Saúde dos Povos*”, em que faz a apologia das medidas preventivas de proteção da saúde e de uma organização política que se preocupasse, e se responsabilizasse, pela saúde da comunidade como um todo, evidenciam as novas formas de pensamento. Das muitas conquistas a que o século XVIII assistiu na área da saúde e desenvolvimento da medicina, beneficiaria o século seguinte. O contributo da Revolução Francesa foi, a este nível notável, tal como a obra de Chadwick, na Inglaterra do século XIX.¹⁴⁹ Os progressos feitos assinalaram-se nomeadamente através de descobertas significativas para o combate a doenças infecciosas e/ou com elevada mortalidade, como as da vacina contra a varíola, da penicilina, do bacilo de Kock, acentuando-se as

¹⁴⁵ BARREIROS, Bruno - O discurso higienista no Portugal do século XVIII: tradição e modernidade. In **Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII – Catálogo**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010. p. 123-135.

¹⁴⁶ NUNES, Everarto Duarte - Saúde colectiva: história e paradigmas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 3. (Agosto 1998), p. 107-116. [Consult. 02/08/2008]. Disponível internet <http://www.interface.org.br/revista3/debates1.pdf>.

¹⁴⁷ O conceito deve-se a Jules Guérin, médico francês que a dividia em: fisiologia, patologia, higiene e terapia e que defendia o monopólio do médico sobre todo o saber e práticas de saúde.

¹⁴⁸ DUVIVIER-THÉNARD, Franck – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012.

¹⁴⁹ ROSEN, George – **A History of Public Health - Expanded Edition**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993; THÉNARD – DUVIVIER, Franck (coord.) – **Hygiène, santé et protection sociale: de la fin du XVIII siècle à nos jours**. Paris: Ellipses, 2012.

preocupações com a higiene pessoal e do ambiente, e com o bem-estar, nas novas cidades industrializadas.¹⁵⁰

Segundo Michel Foucault, um dos aspetos que caracteriza os séculos XIX e XX, é a “*apropriação da vida pelo poder*”¹⁵¹, a biopolítica, ou biopoder que racionaliza os gastos de práticas de vigilância, inspeção e formação que leva a exercer este poder. Trata-se de vigiar e exercer o controlo sobre o homem-espécie, o homem enquanto população, não já sobre o homem individual, da forma menos dispendiosa possível. O objetivo maior deste novo poder não disciplinar, seria o de manter o equilíbrio, assegurar mecanismos de segurança, otimizar a vida enquanto recurso, manter enfim a regularização da vida na procura de um estado de homeostasia.¹⁵² Muito antes dele, já Johann Peter Frank tinha desenvolvido o conceito de polícia médica para acentuar o caráter autoritário e paternalista da ação governamental na área da saúde na Alemanha do século XVIII. A designada polícia médica incluía medidas de gestão e controle das doenças infecto-contagiosas, medidas de controlo sanitário do ambiente, organização e gestão dos profissionais de saúde e a prestação de cuidados de saúde.¹⁵³

Nesta perspetiva, a bioregulação pelo Estado levou, à instauração do ramo da medicina de saúde pública e de várias atividades reguladoras da vida biológica, nomeadamente a assistência às crianças, a preocupações com a natalidade e sexualidade e com a saúde de forma geral.¹⁵⁴ Essa ascensão de um novo poder, que conjugava cuidados de saúde com controlo social, terá transformado a intervenção técnica dos profissionais de saúde, os modos de cuidar e as competências neles envolvidos. Terá igualmente transferido para novos espaços cuidados de saúde que até aí eram proporcionados pela família, ou pelos hospitais, criando novos hábitos e novas necessidades. O domicílio, locais de trabalho, prisões, asilos, escolas e associações tornaram-se locais de intervenção.

Ao mesmo tempo os profissionais de saúde, e a própria comunidade, empenharam-se em criar nos seus bairros, nas suas aldeias, nas suas vilas, novas instituições mais próximas, mais simples e mais humanizadas. O poder do Estado e o poder médico uniram-se para promoverem a *higienização* dos povos e combaterem a doença. O que não pode ser deixar de ser ligado ao

¹⁵⁰ VIGARELLO, Georges - **História das Práticas de Saúde: A saúde e a doença desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

¹⁵¹ FOUCAULT, Michel - **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Edição Livros do Brasil, 2006. p. 256.

¹⁵² Idem e FOUCAULT, Michel – **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Trad. Raquel Ramalheite. 20ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

¹⁵³ ROSEN, George - The fate of the concept of medical police 1780-1890. *Centauros*, 5:2 (1957) 97-113.

¹⁵⁴ FOUCAULT, Michel - **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Edição Livros do Brasil, 2006, p. 257-263.

processo de constituição do Estado Providência e às novas concepções de medicina social, de raízes bem recuadas.

Numa lição proferida em 1947, Francisco Homem mencionava entre os objetivos da Medicina Social: *“Prever para prevenir. Protecção maternal e infantil, medicina da escola, dispensários anti-tuberculosos e anti-venéreos, medicina do trabalho, vacinações. Em toda a parte o mesmo principio: a colectividade obriga o individuo a aceitar a disciplina médica...”*¹⁵⁵. A par de uma preocupação com a saúde e bem-estar das pessoas mais vulneráveis, a medicina ganhava um carácter impositivo, socialmente aceite a bem da comunidade. Por outro lado, os cuidados alcançavam-se agora a todos os aspetos da vida, controlando o indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, do nascimento até à morte, procurando assegurar o seu bem-estar e a saúde de toda a comunidade. Para o mesmo médico, esta área de intervenção *“assenta na higiene e na medicina preventiva e nas suas técnicas especiais; em vez do hospital, que aliás não despreza e aproveita até, utiliza o dispensário, como centro de acção, e a visitadora e a assistente social, como colaboradoras directas e constantes do médico.”*¹⁵⁶. Pressupunha igualmente um corpo de outros profissionais que o apoiassem, enquanto principal depositário do saber disciplinador.

Dobrada a primeira metade do séc. XIX, a saúde pública ganhou espaço próprio e apresentava-se como panaceia para quase todos os males, tal como explicava Ricardo Jorge em 1885: *“Para derramarem a sua viva luz por esse horizonte vastíssimo, para attigirem a sua influencia universal e omnimoda, a medicina e a hygiene constituem-se em focos de convergência de todos os raios scientificos, de todo o saber e de toda a verdade”*¹⁵⁷. Em Portugal nos finais deste século e inícios do século XX, a influência do médico Ricardo Jorge, o mais relevante representante do movimento sanitaria em Portugal, foi crucial para o nascimento de uma política de saúde pública, inspirado nas experiências e modelos europeus e norte-americanos.

Marco significativo nesse processo foi, em 1901, a reforma dos serviços de saúde, expressa no *Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficencia pública*, legislação da responsabilidade de Ricardo Jorge com o apoio de Hintze Ribeiro.

¹⁵⁵ Lição proferida no Curso para delegados de saúde em 1947 no ISHRJ. HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*. Lisboa. (1948) 207.

¹⁵⁶ CORREIA, Fernando - Lição proferida no 2º Curso de aperfeiçoamento destinado a médicos sanitários em 1946 no ISHRJ. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*. 21 (1949) 119.

¹⁵⁷ JORGE, Ricardo - *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa: Conferências feitas no Porto pelo Professor Ricardo D’Almeida Jorge*. Porto: Livraria Civilização, 1885, p. 42.



Figura 1: Foto de Ricardo Jorge e a capa do Boletim dos Serviços Sanitários do Reino.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Esta legislação definia como objectivos dos serviços de saúde, “vigiar e estudar quanto diz respeito à sanidade pública, à hygiene social e à vida physica da população, promovendo as condições da sua melhoria, e abrangem a defesa contra a invasão das molestias exotico-pestilenciaes, a estatistica demographico-sanitaria, a prevenção e combate das molestias inficiosas, a salubridade dos logares e habitações, a inspecção das substancias alimenticias, a hygiene da industria e do trabalho, a policia mortuária, o exercicio medico-profissional e quaesquer outras applicações da hygiene publica.”¹⁵⁸. Serviços de saúde que integravam o contributo de vários serviços e entidades a quem era exigido “o cumprimento das attribuições que legalmente lhes incumbam em matéria de saude pública”¹⁵⁹.

A partir destas premissas, governadores civis, administradores do concelho, regedores de paróquia, párocos, médicos municipais, facultativos (outros médicos a exercer na comunidade em regime liberal), serviços de sanidade marítima e de fronteira, delegados e subdelegados de saúde, instituições de ensino, e demais instituições comunitárias de caridade e/ou beneficência deveriam cooperar para um melhor desempenho dos serviços de saúde pública, pois “hygiene e caridade enaltecem unidas a coroa portuguesa”.¹⁶⁰ Como vemos, no início do século XX, a saúde e a política uniam-se para vigiar os corpos e a vida em Portugal, como em muitos outros países europeus.

¹⁵⁸ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo”. 292 (1901-12-26) 1031-1070.

¹⁵⁹ Idem, Art.º 15.

¹⁶⁰ Idem, Nota Introdutória.

O ESTADO PROVIDÊNCIA, OS SISTEMAS DE SAÚDE E OS CUIDADOS NA COMUNIDADE

Apesar do longo percurso histórico de intervenção dos estados europeus nas questões da saúde, foi nos últimos 150 anos que se deram desenvolvimentos verdadeiramente significativos concomitantemente aos que remontam ao nascimento do Estado Providência.¹⁶¹

O chanceler alemão Otto Von Bismarck é considerado o responsável pelo início de políticas de proteção social que conduziram ao Estado Providência.¹⁶² Foi em 1880 que este estadista introduziu um sistema de segurança social, baseado em seguros, que tentava conciliar o desenvolvimento económico e os interesses dos industriais, com a proteção social dos trabalhadores. O sistema de seguros públicos, criado por Bismarck, aliava propósitos económicos, sociais e políticos e pretendia proteger a estrutura capitalista da economia industrial alemã, dividindo os custos da responsabilização pelos acidentes de trabalho e doença, travando as reivindicações dos trabalhadores e evitando a ascensão da social-democracia, reaproximando do Estado as classes trabalhadoras.¹⁶³

O seguro de saúde foi o primeiro a ser criado, em 1883, logo seguido do seguro de acidentes, em 1884, e posteriormente o de velhice e invalidez, em 1889. A política social do chanceler estabeleceu também a diferenciação entre os assalariados e os pobres, que passaram a ter um outro sistema de assistência, totalmente dependente do Estado. Segundo Machtan, o seguro de saúde/doença trouxe também alterações na forma como os trabalhadores se relacionavam com as instituições e profissionais de saúde, passando, a partir dessa altura, os trabalhadores e suas famílias a recorrer mais à ajuda dos profissionais de saúde em caso de doença¹⁶⁴.

No entanto, o desenvolvimento do Estado Providência só se deu verdadeiramente no período do pós-II Guerra Mundial, com o envolvimento do Estado na reconstrução do tecido

¹⁶¹ NEVES, Arminda – **Governança Pública em rede: uma aplicação a Portugal**. Lisboa: Edições Sílabo, 2010; MARGARIDO, Alfredo – A Providência como uma obrigação. *Revista de Reflexão e Crítica de Eduardo Lourenço*. Lisboa: Finis terra. 24/25 (1997) 61-74; SILVA, Manuel Carlos – Sociedade, Estado e Políticas Públicas: O caso Português. In COSTA, Manuel da Silva; LEANDRO, Maria Engrácia (org.) - **Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e desafios**. Braga: Universidade do Minho, 2006, p. 43-68; PEREIRA, Miriam Halpern – As Origens Históricas do Estado Providência em Portugal: As novas fronteiras entre o público e o privado. In *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada. Ler História*. 37 (1999) 45-61.

¹⁶² SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005; MACHTAN, Lothar – A construção do estado social alemão e a política social de Bismarck. In *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada. Ler História*. 37 (1999) 7-22.

¹⁶³ Idem.

¹⁶⁴ MACHTAN, Lothar – A construção do estado social alemão e a política social de Bismarck. In *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada. Ler História*. 37 (1999) 7-22.

produtivo e na minimização dos conflitos sociais e desigualdades, provocados pelo desenvolvimento do modelo capitalista.¹⁶⁵ Na Grã-Bretanha, assinou-se em 1945 a criação do 1º Serviço Nacional de Saúde (SNS). Após o célebre relatório de Beveridge, publicado em 1942, o Estado britânico assumiu a responsabilidade e controlo dos cuidados de saúde financiados através de impostos, com acesso universal e gratuito a todos os cidadãos. As enfermeiras britânicas de saúde pública, as *district nursing*, constituíram-se como um “exército” que assumiu na comunidade a primeira linha de cuidados às famílias e grupos.¹⁶⁶

Esta ampliação dos direitos contribuiu para a redução de conflitos sociais, ao mesmo tempo que o desenvolvimento tecnológico e o aumento da produção permitiram o nascimento do consumo privado estimulado pelos preços mais baixos dos produtos, a melhoria das condições de vida dos cidadãos.¹⁶⁷ Estas possibilidades de consumo foram também potenciadas pela cobertura pública dos custos da saúde, da educação e de outros custos sociais. Deste modo, o SNS britânico, foi uma das mais representativas concretizações do Estado Providência, colocando o direito à saúde como condição para a paz e desenvolvimento económico.

Este SNS serviu de modelo para a implementação posterior de Serviços Nacionais de Saúde em vários países europeus, incluindo Portugal. Na linha do desenvolvimento do Estado-Providência, que na sua construção organizacional, de acordo com Maria Carvalho, privilegiou a profissionalismo entendido como serviço desinteressado, porque especializado, também os CSP se desenvolveram assentes no conhecimento e no poder dos profissionais de saúde.¹⁶⁸ Todavia, apesar das tentativas da Primeira República e de algumas incipientes iniciativas do Estado-Novo, o Estado-Providência só surgiria após a Revolução de Abril de 1974, com a criação de um regime democrático.¹⁶⁹ É uma breve viagem por esse caminho a que faremos de seguida.

¹⁶⁵ QUELHAS, Ana Paula Santos – **A refundação do papel do Estado nas Políticas Sociais**. Coimbra: Almedina, 2001; CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009; SANTOS, Boaventura de Sousa – **Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade**. 7ª edição. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

¹⁶⁶ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

¹⁶⁷ CAEIRO, Joaquim Croca – **Políticas públicas, política social e Estado Providência**. Lisboa: Universidade Lusíada, 2008.

¹⁶⁸ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

¹⁶⁹ SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

1.2. SAÚDE E CONTEXTO POLÍTICO

A revolta militar de 28 de Maio de 1926, liderada por Gomes da Costa, deu origem a um governo de ditadura militar chefiado por Óscar Carmona em Julho desse mesmo ano. Em Abril de 1928 Salazar tornou-se ministro das Finanças do governo do General Vicente de Freitas e em 1930 era já reconhecido líder graças ao apoio do Presidente da República e ao sucesso alcançado à frente da pasta das Finanças. Foi um dos fundadores da União Nacional, único partido político que iria ser autorizado, e em 1932 foi nomeado Presidente do Ministério. A transição da ditadura militar para o Estado Novo foi consagrada com a Constituição de 1933 depois de várias tentativas falhadas de golpes republicanos¹⁷⁰. Entretanto, as leis corporativas proibiram a liberdade de associação sindical e foi criada a polícia política, também em 1933. Agravou-se a censura à imprensa, e lançaram-se as bases organizativas de toda a política corporativista do Estado Novo. António Ferro organizou a propaganda do regime e Duarte Pacheco foi o empreendedor de obras públicas que deram ao regime uma imagem de marca em termos estéticos. A eclosão da guerra civil espanhola, e com ela o que Rosas apelida de “*nítida crispação fascizante do regime*”¹⁷¹, constituíram oportunidade para o aparecimento de milícias como a Legião Portuguesa e a Mocidade Portuguesa, cujo ramo feminino foi criado em 1937¹⁷².

Em 1940, Portugal era um país neutro numa Europa a ferro e fogo, com a II Guerra Mundial sem desfecho previsível. O governo negociou com as várias facções beligerantes e apostou num relacionamento de equilíbrio precário com a vizinha Espanha e o seu ditador, tentando manter, por um lado, a estabilidade de um poder construído com base na ideologia fascista e cooperativa e, por outro, o controlo sobre as suas colónias em África e na Ásia.¹⁷³

Foi neste contexto que foi realizada a Exposição do Mundo Português, inaugurada a 23 de Junho de 1940, para comemorar um duplo centenário: da existência da nação portuguesa, em 1140, e da restauração da independência em 1640. As comemorações estenderam-se às cidades e vilas do país, numa clara manifestação de poder e influência do regime, que pretendia transmitir para o exterior uma ideia de pujança que contrastava com o ambiente sombrio da guerra que se propagava por toda a Europa.

¹⁷⁰ MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.

¹⁷¹ ROSAS, Fernando; ROLLO, Maria Fernanda - **Século XX Português: os caminhos da democracia, João Soares-Mário Soares**. Leiria: Fundação Mário Soares; Printer Portuguesa; Círculo de Leitores, 1996.

¹⁷² PIMENTEL, Irene Flunser – **Mocidade Portuguesa Feminina**. Lisboa: A esfera dos livros, 2008.

¹⁷³ ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.

Segundo Maria Filomena Mónica, a exposição terá sido espaço de manifestações estéticas diversificadas e vanguardistas, apesar do controlo ideológico do regime.¹⁷⁴ Também Yves Léonard não deixa de salientar a dimensão mitológica da exposição, associada aos heróis da independência e ao império português, e a atmosfera um pouco irreal¹⁷⁵ de uma Lisboa que Saint-Exupéry descreve como um “*paraíso claro e triste...Lisboa que edificara a mais deslumbrante exposição que já houve no mundo...Lisboa em festa desafiava a Europa.*”¹⁷⁶



Figura 1.3: Comemoração dos Centenários na vila de Sesimbra, 1940.

Fonte: Arquivo Municipal de Sesimbra.

A beleza e fulgor da Exposição do Mundo Português não se coadunavam com a realidade socioeconómica do país, a começar pelos indicadores de saúde da sua população, apresentados no I Congresso Nacional de Ciências da População. Este integrou as comemorações dos já referidos centenários e foi realizado na Universidade do Porto, logo após o Congresso do Mundo Português.

Os dados demográficos de 1939 permitiam saber que os portugueses no Portugal Metropolitano eram 7,5 milhões, com uma taxa de natalidade de 27,71 por mil habitantes, sendo que 4,3% destas crianças eram consideradas como ilegítimas¹⁷⁷. No mesmo ano a taxa de mortalidade geral era de 15,59%, enquanto a mortalidade infantil até aos 5 anos de idade era de

¹⁷⁴ MÓNICA, Maria Filomena – Exposição do Mundo Português. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena (coord.) - **Dicionário da História de Portugal**. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999. Vol. VII, p.710-711.

¹⁷⁵ LÉONARD, Yves – Portugal de um século a outro. In Rosas, Fernando; Rollo, Maria Fernanda (coord.) - **Portugal na viragem do século: Valor da Universalidade**. Lisboa: Ed. Pavilhão de Portugal – Expo 98, Assírio e Alvim, 1998. p.91-127.

¹⁷⁶ SAINT-ÉXUPÉRY, Antoine – Lettre à un otage. Cit por LÉONARD, Yves – Portugal de um século a outro. In Rosas, Fernando; Rollo, Maria Fernanda (coord.) - **Portugal na viragem do século: Valor da Universalidade** Lisboa: Ed. Pavilhão de Portugal – Expo 98, Assírio e Alvim, 1998. p.116

¹⁷⁷ GARRET, António de Almeida - **Tendências demográficas de Portugal metropolitano**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

203,9 por mil.¹⁷⁸ Mas em 1940, ano da Exposição, os números não eram muito diferentes e a taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida mantinha-se em níveis altíssimos, 133 por mil, segundo estudo de Graça David de Morais,¹⁷⁹ e bem se podia aplicar em face dos valores dos principais indicadores de saúde, o comentário de Raul Proença sobre o assunto:

“Se Portugal é o último Estado do mundo na escala da instrução, em compensação ocupa o primeiro na da mortalidade em toda a Europa. Goza assim do triste privilégio de ser o país europeu em que se aprende menos e morre mais.”¹⁸⁰

De facto, a escola pública criada pelo liberalismo, desenvolvida pela I República e mantida pelo Estado Novo, era uma realidade ainda recente e nas décadas de 1930-1940, não tinha conseguido inverter ainda a elevada taxa de analfabetismo que António Nóvoa situa em 69,9% em 1930 e os 56,5%, em 1940¹⁸¹, acompanhada pela elevada taxa de mortalidade infantil.

A situação de dificuldades sociais e económicas no final da década de 1920 e início da década de 1930, consequência ainda da débil situação económica do país provocada pela I Guerra Mundial e pela crise financeira mundial de 1929, tinha um acentuado impacto nas condições de vida e saúde da população. Merece aqui referência a política económica de Salazar para fazer frente aos enormes problemas através da criação de um imposto de salvação nacional pago pelos funcionários públicos em 1928/29 e em 1929/1930. A partir de 1930 decidiu não aumentar impostos e diminuiu acentuadamente as despesas do Estado, exceto em obras públicas que dinamizou com o objetivo de criar emprego.¹⁸²

Particularmente ilustrativa da crise que se vivia, é a descrição feita por Alberto de Faria, diretor geral de saúde, que se viu confrontado em 1929 com um orçamento para os serviços públicos de saúde 40% abaixo do concedido no ano anterior.¹⁸³ A exiguidade de recursos diminuía em muito as possibilidades de uma adequada gestão dos serviços e não se coadunava com a

¹⁷⁸ GARRET, António de Almeida - **Tendências demográficas de Portugal metropolitano**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

¹⁷⁹ MORAIS, Maria da Graça – **Causas de morte no século XX – Transição e estruturas da mortalidade em Portugal Continental**. Lisboa: Edições Colibri e CIHEDUS, 2002.

¹⁸⁰ PROENÇA, Raul – O homem que trocou a alma: inéditos de Raul Proença sobre Salazar / Apresent. leitura e notas de António Reis e José Carlos González. Revista da Biblioteca Nacional. Lisboa. Série 2: 7:2 (Julho - Dezembro de 1992), p.85-102.

¹⁸¹ NÓVOA, António – A educação nacional. In ROSAS, Fernando (coord.) – Portugal e o Estado Novo 1930-1960. In SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira (dir.) - **Nova História de Portugal**. Volume XII. Lisboa: Editorial Presença, 1992. p. 455-519.

¹⁸² CARDOSO, José Luís – Ecos da grande depressão em Portugal. Análise Social. 203:XLVII (2012) 369-400.

¹⁸³ FARIA, José Alberto de – **Administração Sanitária**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1934.

adoção de estratégias que permitissem melhorar os indicadores de saúde dos portugueses, que sofriam com o desemprego e a fome.¹⁸⁴

Para a elevada taxa de mortalidade infantil concorria a pobreza das famílias, que não permitia adequada alimentação, higiene, educação e trabalho e/ou condições de trabalho. A par delas estavam ainda a deficiente cobertura dos serviços de saúde em termos de assistência materno-infantil, a escassez de profissionais de saúde convenientemente preparados, nomeadamente de enfermeiros. As doenças que constituíam as principais causas de mortalidade em todas as idades eram as diarreias e enterites, logo seguidas pela tuberculose, patologias intimamente ligadas à má nutrição e deficientes condições de vida, que exigiam cuidados de saúde apropriados. Entre os zero e os cinco anos de idade, além das causas mencionadas, a debilidade congénita, as infeções respiratórias e o sarampo faziam muitas vítimas, tal como outras doenças infecto-contagiosas da infância.¹⁸⁵

No artigo 41º, a Constituição de 1933 previa e legitimava um sistema corporativo que, de algum modo, isentava o Estado de grandes responsabilidades em termos de uma política social própria, transferindo-as para as instituições criadas pelos cidadãos. No campo da assistência cabia ao Estado, segundo a mesma Constituição, promover e favorecer “*as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade*”.¹⁸⁶

Numa conferência promovida pela Liga de Profilaxia Social, o médico e professor catedrático, Reinaldo dos Santos mencionava, em 1937, como problemas no campo da saúde, para além do cenário económico, a falta de médicos e de enfermeiras visitadoras que ensinassem medidas preventivas e garantissem acompanhamento comunitário aos doentes e a escassez de camas hospitalares. Sobre este último problema referia “*este espetáculo triste de se recusarem diariamente numerosos doentes que acodem aos hospitais, sem falar do que já tem sucedido, de pôr dois doentes na mesma cama, como na Idade Média...*”.¹⁸⁷ Na mesma linha, a médica Alcinda de Aguiar lamentava as condições de vida de grande parte da população portuguesa, numa conferência na Liga de Profilaxia Social em 1939. Sobre a sua experiência clínica em Viana do Castelo escrevia sobre: “*mulheres sujas, esfomeadas, mal vestidas, mulheres no período de gravidez mal alimentadas, cheias de filhos, as habitações, verdadeiros antros, que seriam impróprios e infectos para irracionais*”. Das

¹⁸⁴ CARDOSO, José Luís – Ecos da grande depressão em Portugal. *Análise Social*. 203:XLVII (2012) 369-400.

¹⁸⁵ SANT'ANA, José Firmino - **A mortalidade na população portuguesa e suas principais causas**. CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - *Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População*. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

¹⁸⁶ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. (1933-03-19).

¹⁸⁷ SANTOS, Reinaldo – **Alguns Aspectos da Problema da Assistência**. In CONFERÊNCIA, Porto, 24 de Abril de 1937. Porto: Liga de Profilaxia Social, 1937.

1000 crianças ali observadas pela referida médica em 1938, 72,5% estavam abaixo do peso normal. A maior parte delas vivia miseravelmente sem conforto, nem higiene e estavam subalimentadas¹⁸⁸. Inúmeros relatos feitos por médicos, e até por enfermeiras, ilustravam idêntica situação social para grande parte da população portuguesa nas décadas de 1930 e 1940.

Mas as opiniões sobre as causas da pobreza divergiam, conforme o posicionamento político. Por exemplo, a deputada Maria José Novais tinha um entendimento completamente díspar sobre essas causas. Em 19 de Março de 1938, numa conferência sobre o mesmo tema, promovida pela mesma Liga de Profilaxia Social, esta deputada colocava sobre os mais desfavorecidos, e sobre os governos anteriores, as origens dos inúmeros problemas com que se deparava a assistência em Portugal, isentando o governo de quaisquer responsabilidades. Considerava que a miséria era essencialmente devida a fatores atribuíveis ao indivíduo e família, nomeadamente à preguiça, aos vícios, ao alcoolismo.¹⁸⁹ Ao estilo dos liberais do séc. XIX, o Estado não assumia que a inexistência de uma política de saúde orientada para responder às necessidades das pessoas era por si só um problema.

A conjuntura de dificuldades nos anos de 1930 foi agravada pelas limitações impostas na sequência da II Guerra Mundial. O bloqueio económico anglo-americano à Península Ibérica acarretaria grandes carências principalmente para os mais pobres e para a classe média¹⁹⁰. O elevado nível de desemprego, o racionamento, a escassez de alimentos e de combustíveis, os baixos salários, os elevados preços dos bens essenciais, tornavam ainda mais frágil a situação social e de saúde dos mais desprotegidos.

A assistência, colocada à disposição dos mais pobres, nos anos 1920/1930 e na década de 1940 era segundo Fernando Correia, “*deficiente e mal orientada*”¹⁹¹. Eram várias as instituições assistenciais que prestavam cuidados na comunidade: médicos e parteiras municipais, os dispensários materno-infantis, antituberculosos e antivenéreos, as associações de socorros mútuos,

¹⁸⁸ Conferência apresentada no Clube Fenianos Portuenses em 1939 por AGUIAR, Alcinda de - **Estudo sobre mil criancinhas portuguesas em idade escolar**. In CONFERÊNCIAS DA LIGA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 1939, 7ª Série, Porto: Imprensa Social, 1952.

¹⁸⁹ Sobre o assunto ver também FARIA, José Alberto de - **Para a aplicação preventiva das instituições de Assistência e Medicina Social**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

¹⁹⁰ ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Circulo de Leitores, 1994.

¹⁹¹ CORREIA, Fernando Silva - **Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)**. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde, 1938.

as misericórdias e outras associações privadas de beneficência, as recém-criadas Casas do Povo e Pescadores e, ainda, as Caixas de Previdência.

Centradas nos seus próprios fins, as diversas instituições raramente se articulavam entre si, “*absolutamente separadas do sentimento de solidariedade para o bem comum*”¹⁹², como referia o então diretor geral da Saúde, José Alberto de Faria, que preconizava uma organização dos serviços de saúde ao nível comunitário mais próxima das populações, cuja intervenção permitisse prevenir a doença e providenciar os cuidados básicos. A sua ação foi profundamente influenciada pelos modelos propostos pela Fundação Rockefeller já existentes em vários países da Europa¹⁹³.

A este médico se deve a criação do Parque Sanitário, do Dispensário de Higiene Social de Lisboa, e do Posto de Proteção à Infância. Conseguiu ainda a colaboração da Fundação Rockefeller para a criação do Instituto de Malariologia e do Centro de Saúde de Lisboa; criou os cursos de visitadoras sanitárias e enfermeiras visitadoras, o Instituto Maternal, a Leprosaria Rovisco Pais e a Organização de Defesa da Família, deixando, pois, na organização dos serviços públicos de saúde uma marca indelével.¹⁹⁴ O próprio Diretor Geral de Saúde reconhecia em 1940, o desadequado aproveitamento das potencialidades das organizações existentes no terreno¹⁹⁵. A contribuição do Estado, através dos organismos centrais, das Juntas de Distrito, das Câmaras Municipais e das Juntas de Freguesia, era exígua face às necessidades.¹⁹⁶ Se Ricardo Jorge surge como “palatino” da criação do sistema de saúde em Portugal, consideramos que José Alberto Faria incentivou e concretizou no terreno os cuidados de proximidade, com a ambição, nunca concretizada, de ter uma efetiva rede nacional integrada de cuidados de saúde não hospitalares.

Também em 1940 foi criado o primeiro departamento do Estado responsável pelos assuntos da saúde, a Subsecretaria de Estado da Assistência Social integrada no Ministério do Interior.¹⁹⁷ No ano seguinte o Estado Novo defendia que a organização e melhor aproveitamento das atividades assistenciais implicavam umas vezes a sua concentração ou fusão, outras vezes a sua dispersão ou

¹⁹² FARIA, José Alberto de - **Para a aplicação preventiva das instituições de Assistência e Medicina Social**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940. p 278.

¹⁹³ FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

¹⁹⁴ CORREIA, Fernando Silva - O papel moderno do subdelegado de saúde. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1 (1946) 121.

¹⁹⁵ FARIA, José Alberto de - **Para a aplicação preventiva das instituições de Assistência e Medicina Social**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940. p 278.

¹⁹⁶ CORREIA, Fernando - **Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)**. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde, 1938.

¹⁹⁷ DECRETO-LEI Nº 30692. “Diário do Governo. Suplemento”. 199 (1940-08-27).

transferência por vários organismos. Manifestando-se claramente contra a *concentração excessiva de estabelecimentos* que poderiam retirar rendimento à atividade assistencial e induzir *certos desvios doutrinários* que pretendiam atribuir ao Estado a responsabilidade por esses serviços, o governo instigava a iniciativa privada e a responsabilidade das próprias famílias.¹⁹⁸ Reservava para si atividades essencialmente de natureza preventiva e, mesmo nesses casos, de preferência desenvolvidas em colaboração, ou supletivamente, às iniciativas privadas. Idealmente todas as instituições públicas de saúde deviam caminhar para a conversão em instituições particulares. No mesmo sentido foram também criados centros de inquérito, em 1941, que averiguavam as reais condições de vida dos pobres que solicitavam assistência pública, pois era grande o número de pedidos e escassas as respostas¹⁹⁹. A obrigatoriedade das Juntas de Freguesia passarem uma carta de assistência aos mais desfavorecidos, que atestasse a sua condição de pobreza, para que pudessem ser assistidos nos poucos estabelecimentos públicos existentes, ficou a depender dos rigorosos inquéritos assistenciais. No ano seguinte, o princípio de desoficialização dos serviços de saúde estendeu-se também ao seu pessoal. Invocando o título supletivo das funções de prestação de cuidados de saúde, o Estado reduziu os profissionais de saúde que passavam a ser contratados conforme a necessidade e disponibilidade financeira das instituições. Como consequência, dado não existirem carreiras profissionais, muitas vezes os pagamentos para funções iguais podiam ser muito diferentes, dependendo da política de recursos humanos de cada instituição.²⁰⁰

Lembremos que até meados da década de 1940 os serviços públicos não-hospitalares resumiam-se a alguns dispensários, o Instituto Maternal, alguns centros de saúde, os serviços de controlo de epidemias da Direção Geral de Saúde, os serviços de vacinação, os médicos e parteiras municipais e as delegações de saúde. Eram também públicos os Hospitais Cívicos de Lisboa, o Hospital Joaquim Urbano, no Porto, e os hospitais escolares de Lisboa e Coimbra. Os restantes serviços pertenciam às Misericórdias, a outras entidades privadas, ou às organizações corporativas²⁰¹

Entretanto o Estatuto da Assistência Social, publicado em 1944, acentuou a natureza supletiva dos serviços de saúde do Estado, tanto centrais como distritais ou autárquicos, incumbindo-lhe essencialmente orientar, tutelar e favorecer a iniciativa privada. Este estatuto estabeleceu e diferenciou as instituições prestadoras de cuidados de saúde distinguindo-as em

¹⁹⁸ DECRETO-LEI Nº 31666. “Diário do Governo. Série I”. 273 (1941-11-22) 1134-1137.

¹⁹⁹ Idem, Art.2º, p.1136.

²⁰⁰ DECRETO-LEI Nº 31913. “Diário do Governo. Série I”. 58 (1942-03-12) 228-230.

²⁰¹ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

oficiais e particulares e dividindo estas em associações ou fundações. Dentro do regime de associações ficaram as Misericórdias e as instituições de iniciativa e administração da Igreja Católica.²⁰²

A mesma legislação, apesar da existência do Instituto Maternal, fundado em 1943, para assistir mães e crianças, atribuiu a futuros *Centros de Assistência Social Infantil* a coordenação local das atividades de assistência materna e infantil, sem mencionar explicitamente o Instituto Maternal enquanto instituição coordenadora, embora o tivesse feito em relação à Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), a quem cabia a coordenação das atividades de combate à tuberculose.²⁰³ Às Misericórdias era atribuído preferencialmente o papel de *órgão coordenador e supletivo* não só dos serviços materno-infantis mas também de postos de consulta e socorros, serviços de psiquiatria, dispensários e hospitais.

A legislação em causa demonstrava mais uma vez a inconsistência e carácter ambivalente do pensamento político do Estado Novo em relação à organização dos cuidados de saúde, provocado pela duplicação de competências e sobreposição de serviços.²⁰⁴ Em 1945, a reforma de Trigo Negreiros reorganizou os serviços de assistência, com base na Lei 1998, mas ultrapassando amplamente as funções previstas para o Estado, reconhecendo a necessidade de recuperar o *lamentável atraso* no campo da saúde e os maus indicadores em relação ao resto da Europa, quis assegurar a coordenação geral dos serviços e a formação dos profissionais de saúde. Da sua responsabilidade, o Decreto-Lei 35108 de 7 de Novembro, que regulamentou o Estatuto da Assistência, marcou uma iniciativa inédita do Estado Novo no sentido de tentar coordenar e melhorar os serviços de saúde.²⁰⁵ No entanto, a existência de vários institutos autónomos, com atribuição de funções já desempenhadas por outros, não provocam melhoria real da situação. Efetivamente ao mesmo tempo que se atribuía ao Instituto Maternal a coordenação das atividades assistenciais materno-infantis, a legislação dava também competência ao Instituto de Assistência à Família, ex-Defesa da Família, para fomentar a criação de estabelecimentos de assistência infantil e instituir *socorros para reduzir a mortalidade infantil*.²⁰⁶ Insistia ainda na necessidade de desenvolvimento da medicina preventiva ou social, pois considerava *mais útil prevenir o mal do que vir a procurar-lhe remédio*.²⁰⁷ Tinha terminado a II Guerra Mundial, o Estado reunia nesse momento

²⁰² LEI N° 1998. “Diário do Governo. Série I”. 102 (1944-05-15) 433-437.

²⁰³ Idem.

²⁰⁴ Idem. Base XVII.

²⁰⁵ DECRETO-LEI N° 35108. “Diário do Governo I Série”. 247 (1945-11-07) 899-922.

²⁰⁶ Idem. Art. 123° e Art. 126°.

²⁰⁷ Ibidem.

condições económicas favoráveis, graças à economia de guerra que tantas dificuldades tinha criado aos mais desfavorecidos, mas que, segundo estudos recentes, tinha feito entrar nos cofres do Estado bastante dinheiro.²⁰⁸

Podemos considerar como fatores explicativos desta alteração da política assistencial o impacto positivo do desafogo económico, as elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a consciência de que a dispersão institucional gerava falta de controlo, a pressão dos médicos e de uma parte da sociedade civil e a necessidade de o regime demonstrar maior abertura política perante a vitória das democracias ocidentais na II Guerra. Com efeito, esta reforma conferiu distintas funções a duas direcções gerais, Direcção-Geral de Saúde e Direcção-Geral de Assistência, com vista a reorganizar os serviços de assistência social. À Direcção-Geral de Assistência foi atribuída a responsabilidade do setor de assistência social, e competindo à Direcção-Geral de Saúde “*adotar as medidas profiláticas e terapêuticas indispensáveis à defesa e proteção da saúde, à melhoria das condições fisiológicas da população e, bem assim, à prevenção e ao combate das doenças endémicas e epidémicas*”.²⁰⁹ Devia ainda fiscalizar todos os serviços de saúde, orientar a técnica dos médicos municipais, fiscalizar e orientar os serviços de saúde do trabalho e as delegações de saúde distritais e subdelegações concelhias, criadas pelo mesmo diploma. Em 1946, com a constituição da Federação das Caixas de Previdência, criou-se uma rede de serviços de saúde por todo o país. A panóplia de instituições públicas, corporativas e privadas, permitiu uma significativa cobertura do território nacional em termos de CSP.

Entretanto o fim da guerra e a vitória dos aliados criou espaço para a fundação do Movimento de Unidade Democrática (MUD), onde militaram vários médicos e enfermeiras²¹⁰. A abertura do regime durou muito pouco, as eleições, a que o MUD não concorreu, foram ganhas pela União Nacional. Entre 1946 e 1948, Salazar reprimiu greves e oposicionistas, prendeu responsáveis por um golpe de estado falhado e ilegalizou o MUD.²¹¹ Em 1949 o General Norton de Matos candidatou-se a presidente da República mas acabou por desistir. Os seus apoiantes, entre os quais estavam vários profissionais de saúde, foram alvo de perseguições e repressão. O Marechal

²⁰⁸ ROSAS, Fernando - **Portugal entre a Paz e a Guerra 1939-1945**. Lisboa: Editorial Estampa, 1990; COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011.

²⁰⁹ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

²¹⁰ GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002.

²¹¹ Idem e ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.

Carmona foi nesse ano reconduzido como Presidente da República e o regime permaneceu sem alterações.

Poderemos dizer que, no período em análise, as décadas de trinta e quarenta se revelam como um tempo de instituições, tal foi a sua diversidade e dispersão pelo país. Não só se reforçaram algumas das existentes, como se criaram outras, pretendendo responder quer às questões da doença, quer da promoção da saúde e do bem-estar, designadamente das grávidas e crianças. Se é verdade que se multiplicavam no terreno as iniciativas e instituições de saúde, não poderemos deixar de dizer que isso se pode atribuir à política social de Salazar de instituir um Estado mínimo em termos assistenciais, quer através do estímulo de iniciativas particulares de assistência, quer através da tentativa de estabelecer um estado corporativo.

A 13 de Agosto de 1958, surgiu o Ministério da Saúde e Assistência, a quem foi formalmente conferida a responsabilidade gestonária da área da saúde²¹². Os pedidos para a sua criação vinham já da década de 1940, sendo a sua constituição encarada, mesmo dentro do próprio regime, como parte da resolução dos problemas de coordenação, conflitos e sobreposições dos diferentes serviços.²¹³ Os serviços de Assistência Pública e os serviços de Saúde Pública, que eram dependentes do Ministério do Interior, passaram a estar sob a tutela do Ministério da Saúde.

Em termos políticos o regime foi abalado, também na década de 1950, pela candidatura do general Humberto Delgado às eleições presidenciais de 1958. O general colheu o apoio de diversas facções de oposição ao regime e, apesar da sua derrota, atribuída a fraude eleitoral, a candidatura não deixou de fazer eco em toda a sociedade portuguesa²¹⁴. A carta do Bispo do Porto veio trazer à praça pública a rutura de parte dos católicos com o Estado Novo. O ano de 1961 será um *annus horribilis* para o regime com o início da guerra colonial, a ocupação dos territórios na Índia, o desvio do paquete Santa Maria e tentativas goradas de golpes de Estado.²¹⁵ Na saúde, continuavam a proliferar organizações, sem qualquer coordenação entre si. A existência de programas de saúde verticais, que pretendiam, aos três níveis de prevenção, combater doenças específicas, a escassez de recursos humanos, a falta de preparação técnica de alguns deles, e as dificuldades de financiamento e de acesso aos cuidados, caracterizaram este breve período temporal.

²¹² DECRETO-LEI nº 41825. “Diário do Governo. Série I”. 177 (1958-08-13) 890.

²¹³ Comunicação apresentada na II Conferência da União Nacional, realizada em Lisboa entre 7 e 9 de Janeiro de 1949 de GOMES, Manuel Cerqueira - Assistência e saúde pública. Separata de: Jornal do Médico. Lisboa. XIII: 312 (1949) 62-66.

²¹⁴ Comunicação apresentada na II Conferência da União Nacional, realizada em Lisboa entre 7 e 9 de Janeiro de 1949 de GOMES, Manuel Cerqueira - Assistência e saúde pública. Separata de: Jornal do Médico. Lisboa. XIII: 312 (1949) 62-66.

²¹⁵ MARINHO, António Luís – **1961: O ano horrível de Salazar**. Maia: Temas e Debates; Círculo de Leitores, 2011; BRANDÃO, Fernando de Castro – **Estado Novo: uma cronologia**. Lisboa: Livros Horizonte, 2008.

Na década de 1960 foi lançada a Lei de Bases da Previdência Social, estruturada a Direção – Geral dos Hospitais, publicados o Estatuto Hospitalar,²¹⁶ e criado o Regulamento Geral dos Hospitais na mesma altura. A Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963 substituiu a lei 1998 de 15 de maio de 1944, que estabelecia os princípios orientadores da assistência social, compreendida como intervenção também na área da saúde. A sua Base IX estabelecia que as atividades de saúde pública englobavam a educação sanitária da população, o saneamento do meio ambiente, a higiene materno-infantil, infantil, escolar, a alimentação e do trabalho, a higiene mental, a profilaxia das doenças transmissíveis e sociais, a defesa sanitária das fronteiras, a hidrologia médica e das estações balneares, a fiscalização da produção e comercialização dos medicamentos e a comprovação da sua eficiência.

Entretanto os resultados obtidos pelas experiências piloto de assistência materno-infantil em Ponta Delgada e Funchal assentes numa rede de dispensários e com equipas de médicos e de enfermeiras, permitiram que a mortalidade infantil baixasse significativamente. Em Ponta Delgada esse indicador passou de 172,68 em 1955 para 71,97 em 1963 e, no Funchal, no mesmo período de 117,25 para 71,78.²¹⁷

São de referir também nesta década a criação da Escola Nacional de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Saúde, as novas instalações do Instituto Nacional de Saúde, sucessor do antigo Instituto Superior de Higiene, a expansão dos centros materno-infantis dirigidos pelo Instituto Maternal, a construção de hospitais de raiz, a implementação do Plano Nacional de Vacinação em 1965, subsidiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, e o nascimento de vários subsistemas de saúde.

No entanto, apesar da criação do Ministério da Saúde, em 1964 os serviços de saúde continuavam dispersos por vários ministérios. Os Serviços Médico-sociais, as Casas do Povo e as Casas dos Pescadores dependiam do Ministério das Corporações e Previdência Social. O Ministério da Educação tutelava o Instituto Português de Oncologia (IPO) e a saúde escolar, enquanto outros ministérios detinham serviços de saúde específicos para os seus funcionários.²¹⁸

A guerra colonial e o isolamento internacional agudizaram, durante a década de 1960, as tentativas de controlo mais violento por parte do regime de todas as formas de contestação. As

²¹⁶ DECRETO-LEI nº 48357. “Diário do Governo. Série I”. 101 (1968-04-27) 599-612.

²¹⁷ PIMENTA, Madalena Maria Brandão Alves – Serviços de Enfermagem de Saúde Pública. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. 1964. Dissertação para o Acto de Licenciatura. p.38.

²¹⁸ Idem, p.34.

revoltas estudantis, as greves e as manifestações sucederam-se, assim como a repressão, o encerramento de instituições hostis ao regime, a deportação e/ou prisão de opositores²¹⁹. Em Setembro de 1968, depois da morte de Salazar, Marcelo Caetano chegou ao poder.

1.3. AUTARQUIAS, MÉDICOS MUNICIPAIS E DELEGADOS DE SAÚDE

As câmaras municipais portuguesas foram garante durante séculos, a par com as Misericórdias e outras instituições privadas, da assistência médica e social aos mais desfavorecidos. A situação não era específica da Coroa Portuguesa, excepto na forma organizada como desde o séc. XVI os municípios foram compelidos a assumir responsabilidade na contratação de médicos para assistir as populações²²⁰.

Essa prática vai manter-se ao longo dos anos, sendo possível encontrar na legislação do séc. XIX referências aos partidos médicos municipais, nomeadamente em 1899, indicando-se como suas incumbências as *“obrigações sanitarias officiaes”* de cada concelho. De entre os médicos municipais eram nomeados os delegados e subdelegados de saúde.²²¹ Também em 1899, a 4 de Outubro, a Câmara Municipal de Vila Pouca de Aguiar, solicitava a criação de um segundo partido médico, a que corresponderia determinada área geográfica do concelho, pretensão a que o governo dá despacho favorável, *“Hei por bem aprovar a criação do mencionado partido, com a área e sede designadas pela mesma camara em sua sessão de 7 de setembro próximo passado, e com o ordenado annual de 400\$000 reis, custeado nos termos que n’aquella deliberação foram enunciados”*.²²²

Numa linha de continuidade de atuação dos facultativos municipais, a legislação de 1901, saída da pena de Ricardo Jorge, confirmou as responsabilidades das Câmaras nesta área, reconhecendo o médico municipal como o *“primeiro funcionario de saúde”*, investido do *“sacerdocio*

²¹⁹ BRANDÃO, Fernando de Castro – **Estado Novo: uma cronologia**. Lisboa: Livros Horizonte, 2008; ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994; PIMENTEL, Irene - **A cada um o seu lugar: a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011; MEDINA, João – **História Contemporânea de Portugal**. Lisboa: Amigos do Livro Editores, 1975; TORRAL, Luís Reis (dir.) – Do Estado Novo ao 25 de Abril. Revista de História das Ideias. 16 (1994) 193-385.

²²⁰ ABREU, Laurinda – A Assistência e a Saúde como espaços de Inovação: alguns exemplos portugueses. In SAKELLARIDES, C.; ALVES, Manuel Valente, ed. lit. - **Lisboa, saúde e inovação: do renascimento aos dias de hoje**. Lisboa: Gradiva, 2008.

²²¹ DECRETO DE 04 DE OUTUBRO DE 1899. “Diário do Governo”. 226 (1899-10-06) (Criação da Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública); DECRETO DE 28 DEZEMBRO DE 1899. “Diário do Governo” 15 (1900-01-19). Artº 4º e 5º. (Reforma do Decreto de 04 de Outubro de 1899).

²²² DESPACHO DE 04 DE OUTUBRO DE 1899. “Diário do Governo”. 225. (1899-10-05).

publico” e considerado “o esteio do *systema sanitario inaugurado*.”²²³, com obrigações não muito distintas daquelas que lhe tinham sido atribuídas no séc. XVI. Tanto em 1901 como em 1926, Ricardo Jorge pensava dotar o país de partidos municipais que garantissem a “*assistência médica e sanitária de toda a população do território da República*”²²⁴, o que prefigurava já um embrião de Serviço Nacional de Saúde.

De entre os médicos municipais era escolhido o delegado de saúde. Cabe aqui lembrar que o delegado (distrital) e o subdelegado (concelhio) de saúde médicos, surgiram apenas em 1845 sendo, posteriormente, designados por inspetor ou subinspetor de saúde, delegado de saúde e/ou subdelegado de saúde. Ambas as funções tinham surgido em 1837 com a criação do “*subdelegado do concelho de saúde*”, ainda que nessa altura pudessem ser exercidas por uma pessoa não médica, desde que precedesse nomeação para tal²²⁵. Só em 1845 passa a ser obrigatório que o detentor de tais cargos fosse médico.

Foi pela reforma de 1901 que os delegados de saúde e os subdelegados de saúde dos serviços concelhios se tornavam responsáveis dos serviços de saúde distritais. Aos subdelegados competia a fiscalização do cumprimento da legislação sanitária; a verificação de óbitos; a colheita de dados estatísticos epidemiológicos, o controlo e vigilância das doenças infecto-contagiosas, nomeadamente através da direção e controlo do material e serviços de desinfeção pública, e ainda, a colaboração com outras instituições de saúde²²⁶.

A categoria de delegado de saúde distrital foi entretanto suprimida pela legislação de 1926, por se considerarem desvantajosas as interferências administrativas entre os subdelegados concelhios e a Direção Geral de Saúde. A mesma lei previa que fossem sendo criados e preenchidos lugares de partidos médicos, com limitação de intervenção por área geográfica, que conseguissem fazer a cobertura de todo o território nacional. O propósito de Ricardo Jorge, responsável também por esta legislação, ficaria por concretizar durante décadas, pois, com a

²²³ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo. Série I”. 292 (1901-12-26) 1031-1070.

²²⁴ DECRETO Nº 12477. “Diário do Governo. Série I”. 227 (1926-10-12) 1519-1530. artº 22.

²²⁵ Lição proferida no 2º Curso de Aperfeiçoamento destinado a médicos sanitários em 1946 no ISHRJ. CORREIA, Fernando Silva - O papel moderno do subdelegado de saúde. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1 (1946) 121.

²²⁶ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo. Série I”. 292 (1901-12-26) 1031-1070.

constituição de 1933, o Estado Novo assumiu, como já vimos, um papel supletivo na prestação de cuidados de saúde.²²⁷

Mantinha-se, em 1926, a nomeação do subinspetor de saúde concelhio de entre os médicos municipais, tendo sido substituída a designação de delegado de saúde, ainda que, posteriormente, voltasse a ser adotada. A designação de subinspetores de saúde trouxe aos ex-delegados de saúde sérias dificuldades de autonomia técnica no desempenho das suas funções, pois as edilidades, habituadas que estavam a ter sob sua alçada vários tipos de inspetores, acabaram por subordinar ao poder político o poder médico municipal, com queixas por parte dos médicos da mesquinhez e dos reparos dos dirigentes municipais.²²⁸ Após toda essa polémica foi retomada a designação de delegado de saúde em posterior legislação.²²⁹

Segundo Silva Correia as qualidades de um subdelegado de saúde incluíam a boa educação, a inteligência, o bom senso, a ponderação, a honestidade, resistência e energia, bons conhecimentos técnicos, capacidade de adaptação e comunicação, autocontrolo (nomeadamente no que respeita à atracção pelo sexo feminino), paciência, persistência, sociabilidade, dinamismo e capacidade de liderança.²³⁰

A documentação revela, no entanto, que os médicos municipais não chegavam para as necessidades. Fora dos grandes centros urbanos, onde muitas vezes, médico municipal era o único existente, assumia simultaneamente as funções de delegado de saúde e assegurava o lugar de clínico noutras instituições. Com estes constrangimentos, dificilmente os delegados de saúde poderiam responder a todas as exigências da função com a multiplicidade de solicitações que lhes faziam.

Exemplo dessa situação é relatado pelo jornal “Cezimbrense” que, numa notícia de 1934, avisando da reforma do anterior médico municipal, e da sua substituição por um outro médico, informava que o mesmo acumularia “o lugar de médico da Associação de Socorros Mútuos, Marítima e Terrestre.”²³¹ Acumulações que também se verificariam em outras organizações, como nas Caixas de Previdência, nas Casas dos Pescadores ou nas Casas do Povo.²³²

²²⁷ DECRETO nº 12477. “Diário do Governo I Série”. 227 (1926-10-12) 1519-1530.

²²⁸ FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

²²⁹ DECRETO Nº 19211. “Diário do Governo. Série I”. 6 (1931-01-08) 41-42.

²³⁰ CORREIA, Fernando Silva - O papel moderno do subdelegado de saúde. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1 (1946). p.132 e 133.

²³¹ “O Cezimbrense”. 424 (9 de Setembro de 1934).

²³² Entrevistas a Nazaré Graça e Adriano Campos.

O reduzido salário que auferiam justificava, em parte, a recusa dos médicos em ocupar estas funções, sendo muitas vezes impossível preencher as vagas existentes de alguns partidos médicos, designadamente no interior do país, ou nos municípios mais pobres.²³³

A vida e prática profissional dos médicos municipais apresentava grandes disparidades entre os grandes centros urbanos e os meios rurais mais afastados, como reconheciam as Juntas de Província, ao escreverem que *“muitos médicos municipais fazem clínica gratuita a muitos doentes, outros a muito pouca clientela, e há, também, em muitos concelhos, médicos que nada recebem das câmaras municipais e que trabalham gratuitamente entre os pobres, mais do que aqueles que recebem dos cofres do município”*²³⁴. Documentando esta situação, a foto abaixo, de um médico municipal e simultaneamente delegado de saúde, Alberto Leite, que exerceu no concelho de Sesimbra durante quarenta anos, com permanente disponibilidade, preocupação com os mais vulneráveis, competência e dimensão ética. Foi-lhe concedida a comenda da Ordem da Benemerência, em 1973, e a medalha de ouro do Concelho de Sesimbra²³⁵.



Figura 2: O Dr. Alberto Leite recebe o então primeiro-ministro em sua casa, por ocasião da sua visita ao Concelho de Sesimbra.

Fonte: Arquivo Municipal de Sesimbra.

²³³ O jornal “O Setubalense” faz eco do facto da cidade de Setúbal estar sem médico municipal em 1953 por motivo de aposentação do anterior facultativo.

²³⁴ CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres**. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938, p.27.

²³⁵ Arquivo Municipal de Sesimbra.

Importa referir que com a reforma legislativa de Trigo Negreiros, em 1945, foram criadas novamente delegações distritais de saúde, uma por distrito, que poderiam ser de 1ª classe, caso das de Lisboa, Porto, Coimbra; Braga e Setúbal, e de 2ª classe, as dos restantes distritos. As subdelegações eram concelhias, uma por cada concelho, e ficavam diretamente dependentes das delegações distritais, sendo que todas estavam sob a alçada da Direção Geral de Saúde. Os subdelegados de saúde continuaram a ser nomeados de entre os médicos municipais, e tal como aconteceu aos delegados, foram-lhes aumentadas as competências, passando aqueles também a ter a seu cargo a inspeção dos estabelecimentos e condições de venda de produtos alimentares, as questões da saúde do trabalho e a orientação técnica das Casas do Povo e médicos municipais.²³⁶

No entanto, a comunicação e articulação entre as delegações de saúde distritais e concelhias, bem como com os municípios, não eram as melhores. Em Setembro de 1950, em carta dirigida aos municípios, a DGS solicitava que fossem informadas as delegações distritais das alterações na situação dos médicos municipais, visto verificar-se que algumas não davam qualquer informação sobre as mesmas.²³⁷ Em 1962²³⁸ foi confiada à Direção Geral de Saúde a direção e orientação técnica dos médicos municipais, asseguradas através das Delegações e subdelegações de saúde, perdendo o poder municipal controlo sobre os médicos. Todavia, as edilidades mantinham as obrigações sanitárias que vinham desde a Idade Média, como os cuidados de saúde aos mais desfavorecidos, o abastecimento de água, criação e manutenção da rede de saneamento, limpeza pública, fiscalização de estabelecimentos e habitações, desinfeção e extermínio de vetores animais. Assumiam também a responsabilidade pelo pagamento das despesas do tratamento médico das prostitutas e do internamento de doentes pobres no Hospital de S. José; o cuidado dos expostos e das crianças desvalidas, a criação de partidos médicos e seu pagamento, assim como de hospitais, dispensários, laboratórios e sanatórios.²³⁹

A Câmara Municipal do Porto, por exemplo, era um dos elementos da direção do Instituto de Puericultura no Porto que tinha sob a sua alçada sete dispensários e postos de puericultura.²⁴⁰

²³⁶ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

²³⁷ DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1950 Setembro 09, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1950. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

²³⁸ DECRETO-LEI Nº 44165. “Diário do Governo. Série I”, 15 (1962-01-20) 70.

²³⁹ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo”. 292 (1901-12-26) 1031-1070.

²⁴⁰ CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres**. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938.

Também a Câmara de Lisboa, e outras, criaram e assumiram a responsabilidade por vários lactários.²⁴¹

Os serviços públicos eram instados a não ter qualquer iniciativa que pudesse constituir-se como declarada assistência pública de carácter gratuito e colocar em causa as superiores orientações do regime. Apesar disso, o Código Administrativo de 1940 reforçou a assistência como uma das atribuições das Câmaras Municipais, mencionando, de entre as suas atribuições, a assistência aos mendigos e internamento de doentes. Considerava como serviços especiais das edilidades os partidos médicos, pelo menos um por município, podendo este ser extinto caso existissem uma Misericórdia ou uma Casa do Povo. Era também prevista a possibilidade das autarquias fazerem acordos com estas instituições para melhorar a assistência.²⁴²

Enfim, os municípios assumiam uma variedade de intervenções na área da Saúde que iam das mais elementares imposições de preceitos de higiene até à criação de estruturas específicas.²⁴³ Exemplificativa desta multiplicidade de funções é a carta dirigida aos Presidentes das Câmaras Municipais, em 1940, pelo então Diretor Geral de Saúde, onde era lembrada a necessidade de defesa da salubridade pública, instando os presidentes das edilidades a cumprirem a legislação de 1929 que proibia o escarro em instalações de organismos públicos. Do mesmo modo, e em ano de festejos nacionais, também se deveria coagir as populações das aldeias a deixar esse *“hábito descomposto e repugnante de catar os bichos da cabeça com todo o melhor relevo das diferentes operações, desde a pesquisa cuidada e demorada, até ao esmagamento entre as cabeças dos dedos, com estalido e limpeza ao fato”* com a finalidade *“de levantar a educação e bem-estar do nosso povo, até à altura que a nossa história merece”*²⁴⁴. Assim se exortava os municípios a assumirem as funções previstas no âmbito do controlo social no que aos comportamentos de higiene diz respeito. Tais recomendações não obtiveram, com certeza, o impacto desejado pois em 1941, em desespero de causa, a DGS solicitava às Câmaras Municipais para instalarem balneários públicos que possibilitassem a higiene e o despolhamento do maior

²⁴¹ **Lactários Municipais (1925-12-07 - 1927-07-31)**. Acessível no Arquivo Municipal de Lisboa, Subsecção Saúde e Existência, PT/AMLSBCMLSB/SASSLM; SOUZA, Álvaro Fernando de Novais e - **Assistência à maternidade**. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1915.

²⁴² DECRETO-LEI Nº 31095. *“Diário do Governo. I Série. Suplemento”* 303 (1940-12-31) 1637-1740. art. 48º e 144º - Código Administrativo.

²⁴³ DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1939 Setembro 04, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1939. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal; DECRETO-LEI Nº 22520. *“Diário do Governo. Série I”*. 105 (1933-05-13) 733-734.

²⁴⁴ DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1940 Abril 06, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1940. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

número de pessoas, quando as instalações sanitárias eram ainda uma miragem para a maioria da população²⁴⁵. Este posicionamento da DGS, que de algum modo incentivava a clara intervenção dos poderes públicos no sentido de assegurar melhores condições de vida aos cidadãos, ia claramente contra as recomendações governamentais sobre as responsabilidades limitadas do poder local no plano da assistência. Por outro lado configurava a disparidade existente entre as convicções e saberes dos responsáveis pela DGS e a realidade social do país.



Figura 3: Catando piolhos à porta de casa, Setúbal, 1943.

Fonte: Foto de Américo Ribeiro²⁴⁶.

Toda esta situação refletia não só as difíceis condições sanitárias e económicas em que vivia a maior parte da população portuguesa, como a posição do regime face ao seu papel nas questões de saúde. Não querendo efetivamente afirmar-se como prestador e financiador de cuidados de saúde, atribuía às câmaras inúmeras responsabilidades a que correspondiam outras tantas formas claras de controlo sobre as vidas e os hábitos dos indivíduos. Esta centralização,

²⁴⁵ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: SERVIÇOS DE ENGENHARIA SANITÁRIA - [Carta] 1941 Maio 14, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1941. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

²⁴⁶ Foto de Américo Ribeiro. In LOPES, José Manuel Madureira - **Américo Ribeiro: Todos os dias**. Setúbal: Livraria Hemus, 2006.

apesar de não assumida, era igualmente uma forma de controlo das câmaras municipais por parte do Estado²⁴⁷.

Para assegurar as funções que lhes eram atribuídas por lei, nomeadamente as responsabilidades assistenciais, as câmaras debateram-se com inúmeras dificuldades. O pagamento da assistência aos mais pobres era um dos maiores problemas, e daí a necessidade de instruir o número de beneficiários através dos inquéritos atrás referidos.²⁴⁸ Mas mesmo impondo um controlo rígido ao número de pobres com direito à assistência, muitas câmaras acabavam por não conseguir cumprir de forma adequada as obrigações previstas por falta de financiamento. Estas dificuldades são expressas no relatório de 1938 da Junta de Província do Douro Litoral, onde é destacado o papel das câmaras no pagamento do internamento de doentes pobres nos vários hospitais do distrito, na altura trinta. Queixavam-se também de algumas autarquias se escusavam ao pagamento, e outras pagavam preços irrisórios. Em causa estava a capacidade de bom desempenho hospitalar, visto que, na maioria dos hospitais, a percentagem de doentes pobres internados chegava aos 90%.²⁴⁹

A propósito desse problema, em 1959, no IV Congresso das Misericórdias afirmava-se que *“quanto às câmaras não me parece que seja possível aumentar as suas despesas. As câmaras vivem uma dolorosa e grave situação financeira.”*²⁵⁰ Embora se insistisse que os municípios eram elemento chave na *“defesa da vida e da saúde dos habitantes e do aperfeiçoamento das condições de higiene e salubridade”*²⁵¹, reconhecia-se que não tinham fundos financeiros que lhes permitissem desenvolver de forma satisfatória a sua missão.

²⁴⁷ ABREU, Laurinda - Políticas de caridade e assistência no processo de construção do Estado Moderno: alguns elementos sobre o caso português. In MILLÁN, José Martinez; LOURENÇO, Maria Paula Marçal - **Las relaciones discretas entre las monarquias Hispana y Portuguesa: las Casas de las Reinas (siglos XV –XIX): Vol. II.** Madrid: Polifemo, 2008.

²⁴⁸ DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1927 Setembro 28, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1927. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

²⁴⁹ CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres.** Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938.

²⁵⁰ MENDES, Carlos Azevedo – **Assistência: Previdência.** In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p.47-53, p.49.

²⁵¹ DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1927 Setembro 28, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1927. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.



Figura 4: Instalações dos Serviços de Saúde da autarquia de Lisboa, década de 1960.

Fonte: Arquivo Fotográfico do Arquivo Municipal de Lisboa.

Refira-se no entanto que apesar do protagonismo das câmaras na prestação de cuidados de saúde, o Estado assumia ainda serviços específicos para prestação de cuidados de proximidade, com especial incidência em serviços de proteção materno infantil, de controlo das patologias infecciosas e até de controlo moral da sociedade através dos serviços de saúde.

1.4. COMBATER AS EPIDEMIAS E A IMORALIDADE

A tuberculose, as doenças de transmissão sexual e outras associadas aos comportamentos foram as que mais atenção tiveram por parte do Estado, que pretendia, assim, além de assegurar o controlo e proteção da população e da produtividade, controlar os comportamentos e valores associados à saúde.²⁵²

A ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS E O COMBATE À TUBERCULOSE

A primeira iniciativa portuguesa de assistência organizada a pessoas com tuberculose nasceu na ilha da Madeira, por iniciativa da viúva de D. Pedro IV, que mandou construir no Funchal um hospital, que seria inaugurado em 1862.²⁵³ Anos depois, em 1866, a Misericórdia do Porto estabeleceu uma enfermaria própria para tratamento de mulheres tuberculosas e 1890 outra para homens. Em Lisboa, no Porto e em Coimbra foram criados no início do século XX hospitais

²⁵² DUVIVIER-THÉNARD, Franck – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012.

²⁵³ MIRA, Ferreira de - La lutte contre la tuberculose au Portugal. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).

destinados ao internamento de pessoas com doenças infecciosas, onde se incluíam também os tuberculosos.²⁵⁴

A influência do médico Sousa Martins e do publicista Emídio Navarro na divulgação dos benefícios dos sanatórios e do clima adequado para tratamento e cura da tuberculose levou a um renovado interesse pelas questões da tuberculose cuja taxa de mortalidade era bastante significativa em Portugal, no início do séc. XX.²⁵⁵

Desde os finais do séc. XX multiplicaram-se as intervenções médicas e de carácter beneficente no sentido de, se não eliminar a doença, pelo menos controlá-la. A realização do 1º Congresso Médico Português, em 1895, e do 1º Congresso Nacional de Medicina, em 1898, constituíram as primeiras reuniões científicas organizadas sobre o estudo desta patologia e deles nasceram as iniciativas que deram origem à Liga Nacional contra a Tuberculose e à Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), através do empenho de alguns clínicos. Do Congresso de 1898 saiu um pedido ao Governo para que fossem instituídos sanatórios e enfermarias para tratamento exclusivo de tuberculosos e medidas de divulgação dos princípios de profilaxia da tuberculose.²⁵⁶ A 11 de junho de 1899, por convite da rainha D^a Amélia de Orleans e Bragança, reuniram-se um conjunto de personalidades, entre os quais se contavam ministros, médicos, presidentes de câmaras, deputados e representantes dos principais jornais.²⁵⁷ O objetivo da reunião presidida pela própria era reunir apoios para a criação da ANT. Lembra Álvaro Barros Rosa, que notadas foram as ausências, de setenta convidados²⁵⁸, entre eles Miguel Bombarda, e alguns outros médicos que integravam a Liga Nacional para a Tuberculose. O facto de serem republicanos explicava esse facto.

Ao propor a fundação da Assistência Nacional aos Tuberculosos a rainha pretendia impulsionar a construção de hospitais, de sanatórios e de institutos de apoio nas capitais de distrito que, além da prestação de cuidados de saúde em ambulatório, dessem também apoio alimentar e terapêutico. A sua criação foi concretizada por lei, em 17 de Agosto de 1899. A ANT, instituição benemérita de carácter privado, contava com um subsídio anual do governo e das câmaras

²⁵⁴ CORREIA, Fernando - **Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)**. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde, 1938.

²⁵⁵ MIRA, Ferreira de - La lutte contre la tuberculose au Portugal. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).

²⁵⁶ CORREIA, Fernando - **Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)**. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde, 1938.

²⁵⁷ ROSA, Álvaro Barros – **ANT, IANT, SLAT: História sumária da instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980.

²⁵⁸ Idem.

municipais, obrigadas a pagá-lo, 1% das quotas anuais dos sócios das associações de recreio e pelas receitas de multas que fossem atribuídas por lei para esse fim. No entanto, a larga maioria das câmaras municipais não cumpriu o exigido, alegando não ter verbas para o fazer e algumas delas chegaram mesmo a protestar por escrito junto do Parlamento contra a lei em causa. Apesar disso, a ANT contou com a colaboração dos empresários de espetáculos que se prestaram a organizar um espetáculo anual a seu favor. Também os jornais divulgaram as suas atividades, embora diversas entidades se tivessem recusado a contribuir voluntariamente.²⁵⁹ Os estatutos da ANT foram publicados, por alvará, em 26 de Dezembro de 1899. Era sua presidente a Rainha D. Amélia e os médicos António de Lancastre e Alfredo da Costa integravam os corpos gerentes.²⁶⁰

Em 6 de Junho de 1900 foi inaugurado o primeiro sanatório da ANT, instalado na antiga fortaleza marítima do Outão, na Serra da Arrábida, cedida pela rainha.²⁶¹



Figura 5: Sanatório do Outão - Enfermeiras religiosas com crianças, na década de 1960.

Fonte: Foto de Américo Ribeiro. In LOPES, José Manuel Madureira - Américo Ribeiro: Todos os dias. Setúbal: Livraria Hemus, 2006.

O primeiro dispensário foi inaugurado em 5 de Junho de 1901 na Rua do Alecrim, em Lisboa, e em 1902 estava em funcionamento um outro dispensário, instalado a título provisório na Rua Nova do Almada.²⁶² Neste caso, a legislação enfatizava a necessidade de combater a doença

²⁵⁹ ROSA, Álvaro Barros – **ANT, IANT, SLAT: História sumária da Instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980.

²⁶⁰ *Idem*.

²⁶¹ *Ibidem*.

²⁶² ROSA, Álvaro Barros – **ANT, IANT, SLAT: História sumária da Instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980; CARVALHO, Lopo de - La lutte contre la tuberculose au Portugal - la situation actuelle. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).

²⁶³ e Ricardo Jorge elaborava o Regulamento da Profilaxia da Tuberculose, publicado a 30 de Agosto de 1902. Para fazer frente às cada vez maiores solicitações e gastos a ANT criou, em 1904, o seu selo privativo.

A venda de selos, efetuada essencialmente por altura do Natal, atividade interrompida e retomada em 1928²⁶⁴, contribuiu também para a divulgação da instituição e para a obtenção de fundos. Com a colaboração de vários artistas portugueses, a sua compra tornou-se um hábito que se alargou dos filatelistas portugueses e estrangeiros, aos cidadãos, estendo-se até à década de 1960.



Figura 6: Selos e estampa do IANT.

Apesar das dificuldades encontradas, em 1905 já tinham sido fundados no país cinco dispensários (Lisboa, Faro, Bragança, Porto e Viana do Castelo) para tratar os doentes e organizar as campanhas de prevenção. A sede da ANT e também dispensário, na Ribeira Nova em Lisboa, atual Avenida 24 de Julho junto ao Cais do Sodré, foi inaugurada em Abril de 1906, em edifício da autoria do arquiteto Ventura Terra.

Em termos arquitetónicos exteriores e de organização do espaço interior, todos os edifícios da ANT obedeciam a projeto definido que criou pelo país uma linha estética que claramente os identificava. Os dispensários poderiam ser²⁶⁵:

²⁶³ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo”. 292 (1901-12-26) 1031-1070.

²⁶⁴ ROSA, Álvaro Barros - **ANT, IANT, SLAT: História sumária da instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980; CARVALHO, Lopo de - La lutte contre la tuberculose au Portugal - la situation actuelle. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).

²⁶⁵ MIRA, Ferreira de - La lutte contre la tuberculose au Portugal. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937); BESSA, Daniel - **Organização da**

- Distritais: de maiores dimensões e recursos, situados nas capitais de distrito e/ou cidades que por razões epidemiológicas justificassem um maior investimento (o caso da Covilhã por exemplo); corpo clínico constituído por vários médicos e enfermeiras;
- Secundários tipo A: mais pequenos e instalados em cidades mais pequenas ou vilas; com um corpo clínico de dois médicos e uma enfermeira;
- Secundários tipo B: ainda mais pequenos para pequenos aglomerados urbanos, com um corpo clínico também de dois médicos e uma enfermeira.



Figura 7: Sede da ANT no Cais do Sodré.

Fonte: Arquivo Fotográfico do Arquivo Municipal de Lisboa.

A implantação da República, a participação na Primeira Guerra Mundial, a instabilidade política e económica, tornavam muito difícil a atividade da ANT, ao mesmo tempo que a morbilidade e mortalidade por tuberculose continuavam a ser um sério problema de saúde pública. Nos finais da década de 1930 a organização e coordenação das atividades no âmbito do combate à tuberculose eram da responsabilidade da ANT. Possuía ao tempo, vinte e três dispensários distritais; trinta e sete secundários de tipo A e três secundários tipo B²⁶⁶.

As dificuldades manifestavam-se até na vacinação. As campanhas de vacinação com a vacina BCG, criada por Calmette no início do século, tinham-se iniciado em França e nos países do Centro e Norte da Europa na década de 1920, só a partir de meados da década de 1930 se iniciavam em Portugal ainda com restrições, sendo que a Direção Geral de Saúde dava indicação

luta contra a tuberculose - assistência e previdência. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940; PAÚL, Amândio - Actividade médico-social dos Dispensários da ANT em 1940. Separata do: Boletim Tuberculose. Lisboa: Instituto Central da ANT. 5ª Série: III (Julho de 1941).

²⁶⁶ CARVALHO, Lopo de - La lutte contre la tuberculose au Portugal - la situation actuelle. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).

no sentido de que fossem as corporações a satisfazer as requisições dos médicos nos casos de pobreza.²⁶⁷

Isto, num país onde a tuberculose era a segunda causa de morte na década de 1940²⁶⁸. Tentando colmatar as necessidades existentes, algumas Juntas dos Distritos criavam dispensários antituberculosos e sanatórios que, de alguma forma, contribuissem para minimizar o problema.

Na falta de respostas públicas de iniciativa central do Estado eram as organizações distritais, as Câmaras Municipais e os beneméritos privados que tentavam responder às necessidades de saúde das populações²⁶⁹, também a Universidade de Coimbra, criou e dirigiu um Dispensário. A Associação dos Tuberculosos do Norte de Portugal criou outro dispensário, no Porto, enquanto na Covilhã a Companhia de Caminhos-de-ferro Portugueses era proprietária de um sanatório para os seus funcionários. As colónias de férias para crianças pobres e débeis, organizadas por várias instituições, de que a colónia do jornal “O Século” é um exemplo, faziam igualmente parte de toda uma panóplia de ações preventivas que a sociedade civil organizava para debelar a tuberculose, doença que provocava medos e mortes em muitas das famílias, atingindo desde os mais pobres a figuras públicas e intelectuais. Tudo isto sem que o Estado concebesse um fio condutor e organizador destas ações.²⁷⁰

A semana da tuberculose, iniciativa anual levada a cabo pela ANT a partir de 1931, era o exemplo de como os dirigentes da instituição conseguiram coadunar a angariação de fundos e com a divulgação das medidas preventivas e terapêuticas. Através de conferências, palestras em escolas, igrejas e universidades, cartazes de divulgação em espaços públicos, espetáculos, peditórios e quermesses, realizados na primeira semana de Maio durante os anos trinta e quarenta, a ANT lograva obter verbas suplementares para o seu funcionamento,²⁷¹ e conseguia tornar o combate à tuberculose um desígnio nacional.

²⁶⁷ FARIA, José Alberto de - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

²⁶⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Anuário Demográfico 1940. Lisboa: INE, 1941.

²⁶⁹ BESSA, José dos Santos - **A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

²⁷⁰ ALMEIDA, António Ramalho de - **O Porto e a Tuberculose: História de 100 Anos de Luta**. Porto: Fronteira do Caos, 2007.

²⁷¹ BESSA, José dos Santos - **A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

Apesar da influência e reconhecimento do papel de destaque que a ANT desempenhava, o Estado não tinha uma política com orientações claras para a prevenção e tratamento da tuberculose²⁷², revelando também aqui, segundo a nossa percepção, a inexistência de uma ideia concreta para a organização dos cuidados de saúde públicos não hospitalares. Só assim se compreende que continuasse a apoiar e a subsidiar em paralelo a criação de outros estabelecimentos por entidades privadas e outros organismos. No entanto, o facto de a ANT ser uma instituição de iniciativa e natureza particular reconhecida como de utilidade pública, não impediu Salazar de expropriar à instituição, na década de 1930, um edifício onde funcionava um dispensário e onde decorriam obras para adaptação a sanatório. Esta ação, que não foi compensada, provocou a indignação de alguns dos dirigentes da ANT²⁷³. Deduzimos, por isso, e tendo em conta que todos os responsáveis nacionais da ANT fizeram pedido de exoneração dos seus cargos, entre 1931 e 1952, que não foram fáceis as relações entre o Estado Novo e a ANT, mesmo depois de esta passar a instituto público.

Após amplas discussões sobre as questões de sobre o papel do Estado no combate à tuberculose,²⁷⁴ o Decreto-lei 35108 tornou a Assistência Nacional aos Tuberculosos um organismo estatal, passando a ser denominada Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos (IANT), com novos estatutos aprovados em 1946²⁷⁵. Esta transformação não levou a um abrandamento nas suas atividades, pois em 1949 existiam já no país 83 dispensários antituberculosos, sendo 65 deles propriedade do IANT²⁷⁶. No final da década de 1950, o IANT, já então dependente do recém-criado Ministério da Saúde e Assistência, detinha 87 dispensários, 15 brigadas móveis de vacinação e 18 brigadas móveis de diagnóstico equipadas com aparelhos de microrradiografia.²⁷⁷ As duas décadas seguintes foram marcadas quer pela melhoria de algumas das estruturas físicas da Instituição, quer pelo encerramento de vários sanatórios e dispensários, e pelo esforço de articulação com outras instituições e atualização dos regulamentos.²⁷⁸

²⁷² PAÚL, Amândio - Actividade médico-social dos Dispensários da ANT em 1940. Separata do: Boletim Tuberculose. Lisboa: Instituto Central da ANT. 5ª Série: III (Julho de 1941).

²⁷³ ROSA, Álvaro Barros - **ANT, IANT, SLAT: História sumária da instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980.

²⁷⁴ CARDIA, Mário; MORAIS, Álvaro - **Organização da luta contra a tuberculose: assistência e previdência**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

²⁷⁵ Aprovados pelo Subsecretário da Assistência Social em 23 de Janeiro de 1946.

²⁷⁶ Assinalando o 50º aniversário da ANT. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 6ª Série: (1949).

²⁷⁷ Assinalando o 50º aniversário da ANT. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. (Maio de 1959).

²⁷⁸ Relatório de Actividades 1969/1970. ARQUIVO DA ARSLVT. Lisboa: IANT, 1971.

Refira-se que os dispensários antituberculosos criados com o objetivo de proporcionarem aos tuberculosos pobres cuidados médicos e apoio medicamentoso, exerciam, ao contrário de outros na Europa nomeadamente os fundados por Calmette em França, não só uma função profilática, mas também de tratamento e de algum apoio material. Além do diagnóstico e vigilância dos doentes, encaminhavam para internamento se tal fosse necessário, proporcionavam a medicação e controlavam o cumprimento do esquema terapêutico, despistavam focos da doença e faziam a vigilância da situação de saúde das pessoas com quem os doentes contactavam. Para isso poderiam desenvolver as suas atividades tanto no interior das suas instalações como nas escolas, associações e /ou domicílios dos doentes que muitas vezes eram considerados *ninhos de tuberculose*.²⁷⁹ Para atingirem os objetivos contaram nos seus quadros com médicos, enfermeiras visitantes, auxiliares de dispensário, enfermeiras, auxiliares, técnicos de radiologia e de laboratório e administrativos²⁸⁰. Nas campanhas antituberculosas envolveram as escolas, a igreja, os jornais, os delegados de saúde, as associações desportivas e recreativas e associações de caridade dirigidas por senhoras da alta burguesia. Apesar disso, como já referimos, nem sempre conseguiram nem os recursos, nem os resultados desejados.

As dificuldades dos dispensários prendiam-se com a falta de equipamentos técnicos que lhes permitissem um diagnóstico fiável e atempado, escassez de médicos e de enfermeiras, difícil acesso às povoações e a doentes geograficamente distantes, má comunicação com os serviços centrais, falta de medicamentos, desinteresse dos médicos, dificuldades até de verbas para enfrentar as despesas correntes.²⁸¹ O cenário não se alterou mesmo após a ANT se ter transformado num instituto público, chegando muitas vezes os responsáveis a comprar os medicamentos à sua própria custa²⁸².

Por outro lado, existiam dispensários sem enfermeiras e, quando tal acontece, o trabalho de enfermagem assegurado por auxiliares de dispensário sem qualquer formação. Outros havia onde o

²⁷⁹ RODRIGUES, António Elísio Lopes - O trabalho médico-social dos Dispensários Antituberculosos. Separata do: Jornal do médico. Lisboa: IANT. XXXIII (Julho, 1957) 490-493. p.19; LEI Nº 2044. “Diário do Governo. Série I.” 142 (1950-07-20) 443-445.

²⁸⁰ Quadro de pessoal do IANT de 1968 publicado em ROSA, Álvaro Barros - **ANT, IANT, SLAT: História sumária da instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980.

²⁸¹ PAÚL, Amândio - Actividade médico-social dos Dispensários da ANT em 1940. Separata do: Boletim Tuberculose. Lisboa: Instituto Central da ANT. 5ª Série: III (Julho de 1941); RODRIGUES, António Elísio Lopes - O trabalho médico-social dos Dispensários Antituberculosos. Separata do: Jornal do médico. Lisboa: IANT. XXXIII (Julho, 1957) 490-493.

²⁸² Como demonstra relatório do IANT de 1955, em que é relatado o facto de no Dispensário de Ponta Delgada isso acontecer com o seu diretor.

médico, por não ter qualquer vínculo com a instituição e ter já outros cargos, não lhes dedicava o tempo necessário, o que comprometia seriamente o seu funcionamento.²⁸³

Conscientes de todas estas dificuldades, os responsáveis insistiam no papel da enfermeira visitadora como elemento crucial nos serviços antituberculosos. Destacavam o seu contributo para a educação da família sobre preceitos de higiene e prevenção da tuberculose e o elo de ligação entre o dispensário, as famílias e instituições sociais, melhorando desta forma as condições de vida dos doentes e das suas famílias. Mas a escassez de enfermeiras dificilmente permitia concretizar estas ações nos vários dispensários.²⁸⁴

Não obstante, a assistência aos tuberculosos tivesse passado a ser responsabilidade essencialmente assumida pelo Estado desde 1945, enfrentou as dificuldades impostas quer pela exiguidade de recursos quer pela ausência efetiva de uma coordenação de recursos e serviços que o Estado Novo não assumiu plenamente, continuando ambigualmente a subfinanciar as instituições públicas e a apelar à iniciativa privada, como bem o demonstram a legislação que foi sendo publicada. Ao mesmo tempo, a ANT é um exemplo paradigmático de como o Estado Novo, afirmando o primado da iniciativa privada, acabava por centralizar em si o controlo sobre as organizações de saúde, visto que, como já vimos, este comportamento foi muito semelhante ao que teve em relação ao controlo dos doentes com patologias de transmissão sexual.

OS DISPENSÁRIOS DE HIGIENE SOCIAL

Embora o combate às doenças de transmissão sexual, como a sífilis, fosse uma realidade desde o século XVI, desenvolveu-se de forma significativa no século XIX e conheceu notável incremento depois do armistício de 1918.²⁸⁵ O problema tinha enorme impacto social, essencialmente devido às malformações provocadas pela sífilis congénita, que pouco tempo depois do fim da Primeira Guerra Mundial, foi criada a União Internacional contra o Perigo Venéreo.²⁸⁶ Esta associação integrava médicos higienistas de 55 organizações de combate às doenças

²⁸³ RODRIGUES, António Elísio Lopes - O trabalho médico-social dos Dispensários Antituberculosos. Separata do: Jornal do médico. Lisboa: IANT. XXXIII (Julho, 1957) 490-493.

²⁸⁴ Idem.

²⁸⁵ BAYET, A. – L' Union Internationale contre le Péril vénérien. In L' Effort Universel contre les maladies Vénériennes. Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Paris: Publication de L' Union Internationale contre le éril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Vol. IX -nº 6 (Juin 1928) 193-195.

²⁸⁶ CAVAILLON – L' union fait la force. In L' Effort Universel contre les maladies Vénériennes. Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Paris: Publication de L' Union Internationale contre le éril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Vol. IX -nº 6 (Juin 1928) 195-196.

venéreas em 35 países, da França, ao Canadá e ao Japão.²⁸⁷ Pretendia-se um esforço internacional de controlo da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST)²⁸⁸, através de medidas de disseminação de informação à população sobre os perigos destas patologias, formas de contágio e de prevenção. Além disso, preconizavam-se regras internacionais de controlo e vigilância de alguns grupos considerados de risco como prostitutas, marinheiros e imigrantes.²⁸⁹

Na década de 1920, quase todos os países europeus dispunham de dispensários antivenéreos, ou de consultas antivenéreas em dispensários gerais, e em alguns países existiam equipas móveis que faziam consultas médicas e tratamentos de forma itinerante.²⁹⁰

Em Portugal a primeira consulta específica para diagnóstico e tratamento da sífilis e de outras patologias de transmissão sexual no Hospital do Desterro, foi instituída no final do século XIX, pelo médico Mello Breyner. Mas foi na primeira metade do século seguinte que se formaram os primeiros dispensários antivenéreos ou de higiene social.²⁹¹ Portugal integrou a União Internacional contra o Perigo Venéreo e aplicaram-se no país medidas semelhantes às que se preconizavam a nível internacional. Contudo, o controlo da prostituição passou a ser particularmente significativo a partir da década de 1930.

A posição do Estado em relação à prostituição passou várias fases ao longo do tempo no país. José Mattoso e Armindo de Sousa referem que nos séculos XIV e XV a prostituição era *vulgar e aceite*, estando o seu exercício regulado pelas câmaras municipais. Em alguns locais o dinheiro obtido pelas edilidades na regularização destas práticas pagava, segundo os autores, o salário do alcaide-mor.²⁹² Já no século XIX, o Código Administrativo de 1836 impunha o controlo policial da prostituição. Alguns anos mais tarde, em meados do mesmo século, os Regulamentos Sanitários de Lisboa e Porto previam as *matrículas das meretrizes* e a inspeção sanitária obrigatória devido ao

²⁸⁷ Idem.

²⁸⁸ Optámos por utilizar esta expressão em detrimento da atual designação “Infeções Sexualmente Transmitidas”.

²⁸⁹ CAVAILLON – L’ union fait la force. In L’ Effort Universel contre les maladies Vénériennes. *Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge*. Paris: Publication de L’ Union Internationale contre le éril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Vol. IX -nº 6 (Jun 1928) 195-196.

²⁹⁰ HUMBERT, F. – La Ligue des Sociétés de la Croix Rouge et la lutte contre les maladies vénériennes. In L’ Effort Universel contre les maladies Vénériennes. *Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge*. Paris: Publication de L’ Union Internationale contre le éril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Vol. IX - nº 6 (Jun 1928) 196-200.

²⁹¹ FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934. p.195 e DECRETO Nº 14803. “Diário do Governo. Série I”. 290 (1927-12-30) 2447-2448.

²⁹² MATTOSO, José; SOUSA, Armindo de – **A Monarquia Feudal in História de Portugal**. 2º volume. Lisboa: Círculo dos leitores, 1993, p.431.

aumento de casos de sífilis²⁹³. Na capital, em 1853, foi mesmo criado o *Regulamento Sanitário de Meretrizes e Casas de Toleradas da Cidade de Lisboa*.²⁹⁴

A Primeira República não proibiu a prostituição e, nos seus primeiros 35 anos de existência, o Estado Novo teve uma política ambivalente, deixando aos Governos Cívicos a possibilidade de decidirem localmente sobre essa matéria. Com a reforma dos serviços de saúde, em 1926, o “*Serviço de fiscalização e profilaxia das doenças venéreas*” detinha, no Dispensário Oriental de Lisboa, um “*Serviço de Inspeção às Toleradas*”, onde se fazia o diagnóstico e tratamento das DST das prostitutas de Lisboa²⁹⁵. Aí se verificava se existiam mulheres em “*condições improprias para o exercício da prostituição*”, tratando-as ou enviando-as para o hospital quando necessário. As mulheres portadoras de lesões crónicas incompatíveis com o exercício da prostituição eram enviadas compulsivamente para as suas terras de origem ou internadas em instituições de assistência²⁹⁶, repetindo estratégias já utilizadas pelas autoridades no séc. XVIII.²⁹⁷

A abertura de dispensários designados de *Higiene Social*, em Lisboa e Porto, preconizada por um decreto de 1927 tinha como objetivo diagnosticar e tratar a *sífilis e moléstias venéreas*, tentando organizar este serviço a nível nacional.²⁹⁸ A Direcção Geral da Saúde criou então, em 1929, o seu primeiro Dispensário de Higiene Social em Lisboa, integrando nesse serviço a *defesa contra a sífilis, a blenorragia e outras doenças venéreas, uma secção de vacinação contra doenças evitáveis e outra de doenças profissionais*, e o *serviço de inspeção às toleradas*, este último em secção fisicamente separada das restantes.²⁹⁹ Meses depois era inaugurado um outro dispensário em Lisboa, na zona industrial de Braço de Prata.³⁰⁰

Em 23 de Abril de 1930 o Governo Civil de Lisboa extinguiu as casas de toleradas e substituiu-as por autorizações de residência em quartos alugados. Em Setembro de 1947, proibiu a exploração da “indústria” de quartos alugados e impôs um conjunto de regras de comportamento

²⁹³ ALVES, Ana Maria da Rocha Pereira Cardoso - *Percurso de vida: A prostituição no Porto na década de 60/70*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2009. Dissertação de mestrado em História Contemporânea.

²⁹⁴ Idem.

²⁹⁵ JÚNIOR, Alfredo Tovar de Lemos – *Relatório do Serviço de Inspeção às toleradas no Dispensário Oriental de Lisboa* - ano de 1928. Lisboa: DGS, 1929.

²⁹⁶ Idem, p. 3

²⁹⁷ LIBERATO, Isabel - *Sexo, Ciência, Poder e Exclusão Social: A Tolerância da Prostituição em Portugal (1841-1926)*. Oeiras: Livros do Brasil, 2002.

²⁹⁸ DECRETO Nº 14803. “*Diário do Governo. I Série*”. 290 (1927-12-30) 2447-2448.

²⁹⁹ FÁRIA, José Alberto - *Administração sanitária*. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934. p.195.

³⁰⁰ FÁRIA, José Alberto - *Administração sanitária*. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

nos espaços públicos como medidas dissuasoras da prostituição³⁰¹. Importa lembrar que, à época, a prostituição era permitida sob um regime legislado, sendo as prostitutas designadas “*toleradas*”, como referido, o que implicava uma certa legitimação, sendo obrigatório que se registassem no Governo Civil da área onde lhes era concedida uma caderneta e estabelecida a obrigatoriedade de inspeção médica anual.³⁰² A prostituição clandestina era exercida sem registo e sem fiscalização sanitária.

Os dispensários de higiene social espalharam-se pelo país e, em 1945, existiam dispensários em Lisboa e Porto, Benavente, Bragança, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Funchal, Guarda, Horta, Lamego, Matosinhos, Olhão, Ponte de Lima, Serpa, Setúbal, Sintra e Viana do Castelo, embora nem em todos funcionasse um serviço específico para inspeção das toleradas.³⁰³ Esta expansão de serviços fez-se com alguma celeridade, mas dependeu da boa vontade e da iniciativa dos delegados de saúde locais.³⁰⁴ A problemática da exiguidade de recursos humanos e materiais que permitissem aumentar a quantidade e qualidade dos serviços, tal como em todos os outros serviços públicos, levava os responsáveis dos dispensários a insistir para que os poderes centrais se decidissem a apoiar o trabalho e concedessem os meios materiais para o efetivar.³⁰⁵ De facto, embora se previsse que os dispensários de higiene social pudessem integrar vários tipos de serviços, sendo nesses casos designados de polivalentes, a maioria acabava por ter como principal missão o combate às doenças de transmissão sexual. Apesar disso, contemplavam também atividades de educação para a saúde, através da ação das enfermeiras visitadoras, com as visitas domiciliárias e do ensino individual, e criação e divulgação de materiais, como postais e cartazes que visavam alertar para os perigos da sífilis e de outras doenças de transmissão sexual.

³⁰¹ GOVERNO CIVIL DE LISBOA - Edital de 17 de Setembro de 1947. In LEMOS, A. Tovar de – **O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1948, p.8-10.

³⁰² LEMOS, A. Tovar de – **O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1948, p.5.

³⁰³ LEMOS, A. Tovar de – **Dispensários de Higiene Social: relatório de 1945**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1946.

³⁰⁴ LEMOS, A. Tovar de – **Dispensários de Higiene Social: relatório de 1941-1944**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1945; FIALHO, Sousa - **O Dispensário de Higiene Social de Setúbal: Relatório de 1934**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1935.

³⁰⁵ LEMOS, A. Tovar de – **Dispensários de Higiene Social: relatório de 1945**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1946, p.56

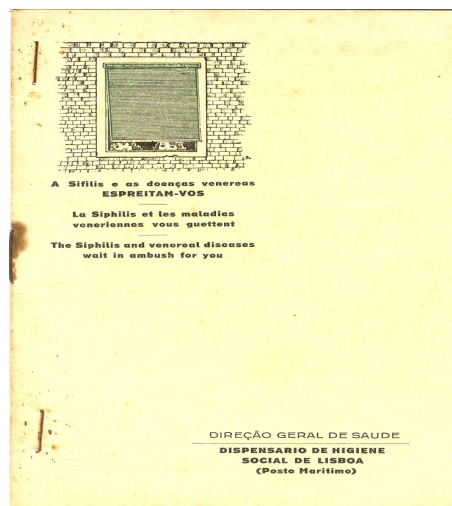


Figura 8: Brochura sobre prevenção da sífilis para marinheiros.

Fonte: Gentilmente cedida por Isabel Azevedo Costa.

Aliás em 1937 Tovar de Lemos lamentava o aumento do trabalho do dispensário de Higiene Social de Lisboa, afirmando que “O trabalho do dispensário aumenta de ano para ano, o que vemos com profunda tristeza, pelo que representa o acréscimo das mulheres que a desgraça leva à vida irregular”³⁰⁶. Descrevia também as novas formas de prostituição clandestina, em bares, feiras, à beira de estradas, lamentando ainda o facto de não haver respostas sociais para estas mulheres.

Quadro 1: Número de “toleradas” observadas no Dispensário de Higiene Social de Lisboa de 1930-1947.

Anos	Número das toleradas observadas
1930	403
1935	755
1940	1031
1945	924
1947	649

Fonte: LEMOS, A. Tovar de – Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947³⁰⁷.

O mesmo médico reconhecia, em 1948, que a prostituição tolerada na cidade de Lisboa, onde estavam identificadas pelo dispensário 3590 mulheres toleradas, era de “somenos importância” em relação à clandestina.³⁰⁸

³⁰⁶ LEMOS, A. Tovar de – O Serviço de Inspeção das Toleradas em 1937. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1938.

³⁰⁷ LEMOS, A. Tovar de – O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1948. p. 23.

A diminuição do número de mulheres nas consultas, assim como do número geral de utentes, era atribuída à falta de condições económicas dos doentes dos bairros limítrofes da cidade para se deslocarem, bem como às difíceis condições de vida e à ignorância.³⁰⁹ Com a reforma de Trigo de Negreiros os dispensários de Higiene Social ganharam autonomia administrativa e foram-lhes atribuídas novas funções.³¹⁰ Esta situação conduziu a que o novo dispensário de Higiene Social do Porto, inaugurado em 1947, integrasse serviços de dermatovenerologia, ginecologia, radiologia, luta anti-tracomatosa, profilaxia estomatológica e da surdez, fisioterapia e laboratório.³¹¹ Nestes dispensários os cuidados de enfermagem incluíam a administração de medicação, tratamento de feridas e outros cuidados curativos, colheitas de espécimes para análises, auxílio aos médicos nos exames, educação para a saúde e visitas domiciliárias. Como noutras instituições de saúde, os enfermeiros exerciam as suas funções em contexto de grande proximidade e efetivo acompanhamento e controlo das situações de saúde e sociais.

Muitas vezes por não terem instalações próprias os serviços dos dispensários de higiene social acabavam por ser funcionar em espaços cedidos pelas câmaras municipais, e pelas Misericórdias, geralmente a título provisório, resultante de boa vontade dos dirigentes dessas instituições e a pedido dos médicos responsáveis.³¹²

A lei de “*luta contra as doenças contagiosas*”, publicada em Agosto de 1949, delegou nos serviços de saúde, através da Direcção Geral de Saúde, a intervenção no controlo destas doenças, incluindo as medidas repressivas. Uma das competências atribuídas à DGS era “*promover o exame sanitário das pessoas que se entreguem à prostituição*”³¹³, sendo para isso necessário elaborar um ficheiro de controlo.³¹⁴ Esta legislação trouxe alterações significativas para a atuação dos serviços de saúde, desde logo porque proibiu novos registos de prostitutas e a abertura de novas casas de toleradas, cabendo à autoridade de saúde a decisão do encerramento das existentes.³¹⁵ A acompanhar estas medidas estavam também ordens de prisão, multa, ou internamento para quem tendo uma doença venérea contaminasse outrem.³¹⁶ A mesma lei reforçou o papel dos dispensários

³⁰⁸ Idem.

³⁰⁹ LEMOS, A. Tovar de – **Dispensários de Higiene Social: relatório de 1945**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1946.

³¹⁰ CARDIA, Mário – **Dispensário de Higiene Social do Porto - Relatório do seu director Dr. Mário Cardia, anos de 1948, 1949 e 1950**. Porto: Direcção Geral da Saúde, 1951.

³¹¹ Idem.

³¹² Ibidem.

³¹³ LEI N° 2036. “Diário do Governo. Série I”. 175 (1949-08-09) 559-562. Base III. Alínea c).

³¹⁴ Idem, N° 6. Base XV.

³¹⁵ Ibidem, Base XV.

³¹⁶ LEI N° 2036. “Diário do Governo. Série I”. 175 (1949-08-09) 559-562. Base XXV.

no combate às doenças infecciosas, dando especial ênfase à necessidade de controlo das patologias de transmissão sexual, insistindo na formação dos profissionais nesta área específica. Estas medidas revelam-se particularmente elucidativas do reforço do controlo e repressão sobre as prostitutas através de serviços de saúde.³¹⁷



Figura 9: Postais de divulgação dos Dispensários de Higiene Social de Lisboa – décadas de 1930 e 1950.

Fonte: Gentilmente cedidos por Isabel Azevedo Costa.

Nas imagens acima, de divulgação e de sensibilização para a vinda ao dispensário e para o tratamento da sífilis, é claro, na imagem do lado esquerdo, o caráter impositivo e policial do controlo sobre as prostitutas, numa afirmação do biopoder do Estado, nos anos 50 do séc. XX. Já na figura do lado direito, dos anos 30, se enfatiza o poder médico e os perigos que advinham para a família do não tratamento dos progenitores, até pelo impacto da sífilis neonatal na saúde física e mental das crianças.

Em 1962 foi proibido o exercício da prostituição com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1963. A legislação em causa, da responsabilidade do Ministério do Interior e da Saúde, proibiu as casas de toleradas, o exercício da prostituição e estabeleceu medidas de coação penal para prostitutas, donos de casas de toleradas e outras pessoas que, de algum modo, favorecessem a atividade. Exigia-se ainda que fossem queimados os livretes de matrícula, livros de registo e todos os documentos que a esse respeito existissem.³¹⁸ Não foram previstas medidas condenatórias para os homens que frequentavam as prostitutas, pois o crime era “feminino”, próprio de mulheres

³¹⁷ Idem, Base XX.

³¹⁸ DECRETO-LEI Nº 44579. “Diário do Governo. Série I”. 216 (1962-09-19) 1245-1246.

“desregradas”, que viviam à margem das convenções sociais, não sendo aliás considerada sequer na legislação a prostituição masculina³¹⁹. Os dispensários de higiene social continuaram a tratar e a cuidar das toleradas mas sem o dever e a obrigatoriedade da vigilância anual. A partir daí, tratavam-se doenças, não as meretrizes.

A propósito da vivência da sexualidade em Portugal na segunda metade do século XX, Verónica Policarpo clarifica como as normas sociais se foram alterando, enquadradas pelas modificações ideológicas, políticas e religiosas que entretanto se configuraram, não deixando de frisar que a perspetiva higienista reforçou a ideia de que o controlo da sexualidade era a melhor forma de controlar as doenças de transmissão sexual.³²⁰ Consubstanciando uma tentativa de diminuição da morbilidade por doenças de transmissão sexual, o controlo da prostituição feminina inscrevia-se também na moralização de costumes fomentada pelo Estado Novo.

Neste contexto poder-se-ia pensar que a existência dos dispensários de higiene social se deveu à conjuntura de controlo exercida pelo regime ditatorial de Salazar, mas tal não se nos afigura plausível. De facto, estes dispensários, como já vimos, eram uma realidade em toda a Europa e concretizavam uma das formas de biopoder claramente assumidas pelos Estados tanto ditatoriais como democráticos. Em Portugal, subsistiram até serem integrados nos centros de saúde assumindo, alguns deles, o carácter de serviço específico.

1.5. VIGIAR A SAÚDE DAS MÃES E DAS CRIANÇAS

O interesse pela saúde das crianças e das grávidas inscrevem-se, desde meados do século XVIII, nas conceções sobre a dignidade humana e sobre a relevância da saúde no desenvolvimento da humanidade. Constituem-se como a primeira das preocupações dos movimentos sanitaristas, dado o impacto das doenças infecciosas, da falta de assistência e da má nutrição na mortalidade materna e infantil e preencherão as agendas dos Estados, das organizações filantrópicas e religiosas, das mulheres das classes altas e das feministas, dos profissionais de saúde, de patrões e de sindicatos. Os motivos subjacentes podiam no entanto, ser diferentes: para as feministas a dignidade da mulher e a proteção dos direitos da mulher e das crianças eram parte integrante dos princípios defendidos de maior autonomia, como defendiam, por exemplo, Cesina Bermudes, Maria

³¹⁹ POLICARPO, Verónica – Sexualidades em construção, entre o privado e o público. In **História da Vida Privada em Portugal**. Lisboa: Temas e Debates e Circulo dos Leitores, 2011.

³²⁰ Idem.

Lamas ou Maria Palmira Tito de Morais.³²¹ Também o Estado e os profissionais de saúde viam nos cuidados às mulheres e crianças um meio de evitar a degradação da *raça* e combater o *cortejo de vícios* e doenças que enfraqueciam o povo e envergonham os países, numa altura em que as taxas de mortalidade infantil e materna começaram a ser consideradas como indicadores de desenvolvimento e civilidade dos povos.³²²

OS DISPENSÁRIOS MATERNO-INFANTIS E O INSTITUTO MATERNAL

O primeiro dispensário para crianças pobres terá sido fundado em Londres, em 1769, pelo Dr. George Armstrong, seguido de outros em diversas cidades britânicas³²³. Em França, em Paris, a Sociedade Filantrópica, fundada em 1780, oferecia cuidados médicos e ajudava comerciantes e artesãos, enquanto a *Sociedade de Caridade Maternal* se preocupava com crianças e grávidas.³²⁴ Muitas mulheres das elites usaram, em Portugal como no resto da Europa, a sua influência em iniciativas de caridade e filantropia que, além de se afigurarem positivas em termos da sua imagem social, se integravam nas atividades reconhecidas como essencialmente femininas e cristãs. Eram também uma oportunidade de intervenção no espaço público.³²⁵ Normalmente as obras criadas privilegiavam a assistência no domicílio, sendo a maioria dos cuidados assegurados por enfermeiras, com alguma formação prévia, recrutadas em todos os estratos sociais.³²⁶

Das medidas de proteção à infância em Portugal consta a lei de 14 de Abril de 1891 que estipulava a existência de uma creche nas fábricas onde trabalhassem mais de cinquenta mulheres. Se nem todas as empresas cumpriam a medida, empresários houve que além da creche criaram todo um conjunto de apoios às crianças que se constituíam como modelos de boas práticas na área.³²⁷ Os primeiros dispensários infantis portugueses foram fundados ainda no século XIX. O

³²¹ GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002.

³²² Vão nesse sentido as intervenções sobre as questões de assistência à infância e maternidade apresentadas no I Congresso Português de Ciências da População, em 1940.

³²³ SOUZA, Álvaro Fernando de Novais e - **Assistência à maternidade**. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1915.

³²⁴ Idem.

³²⁵ Uma enfermeira, de ascendência nobre, Léonie Chaptal fundou, em França, em 1905, a *Obra de Assistência Maternal e Infantil de Plaisance*, que assistia crianças e grávidas, enquanto outras senhoras da elite social francesa fundaram a *Liga Francesa das Mães de Família*, entre outras instituições.

³²⁶ DIELBOLD, Évelyne e FOUCHÉ, Nicole - **Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)**. Paris: Publibook, 2011.

³²⁷ Estão neste grupo a Fábrica e Armazéns Grandela e a Cimenteira de Leiria, ver GARRET, António de Almeida - **Como organizar a luta contra a mortalidade infantil**. Separata do: III CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928. Vol. I.

Dispensário de Alcântara, o primeiro de que encontramos registo foi criado em 1893³²⁸ por iniciativa da rainha D. Amélia e do médico D. António de Lencastre, ficando ao cuidado de enfermeiras religiosas dominicanas. Tinha como objetivo dar assistência médica e alimentar às crianças mais pobres.³²⁹ Após a implantação da República, a partir de 16 de Novembro de 1910, passou a denominar-se Dispensário Popular de Alcântara.³³⁰

Em 1895 foi fundado outro dispensário no Porto, para crianças pobres da Irmandade de S. Bento da Ave Maria, instalado no antigo Convento de S. Bento³³¹. Em 1901, na mesma cidade mas instalado no Convento de Santa Clara, nascia o Dispensário da Rainha D. Amélia³³². No Porto foi criado em Outubro de 1912 um dispensário para crianças pobres e em Coimbra existia em 1913 uma consulta de lactantes e um lactário na maternidade. Em Lisboa a Associação Protectora da Primeira Infância tinha, na segunda década do século XX, três lactários, um deles com 16 vacas e uma consulta para lactantes, onde já trabalhava uma enfermeira visitadora.³³³

Na maioria dos casos os dispensários tinham associados lactários para prover a alimentação das crianças. Graças à iniciativa de particulares, das câmaras municipais, misericórdias e outras instituições, privadas ou públicas, até ao 3º quartel do século XX, foram criados vários dispensários materno-infantis no país e nas colónias. Em Lisboa, chegaram a existir, para além dos lactários de associações privadas, seis lactários municipais em 1925. Alguns desses lactários tinham serviços de assistência médica, como era o caso do lactário municipal nº 3 junto ao Jardim da Estrela, que passou para a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em 1927.³³⁴

O Posto de Protecção à Infância de Lisboa, fundado em 1926, recebia grávidas e crianças até aos dois anos. Instalado em exíguas instalações, um rés-do-chão do mesmo edifício de habitação onde funcionava também a Inspeção de Saúde de Lisboa, no ano de 1940 atendia, em média, diariamente 271 crianças. Das suas atividades, faziam também parte os banhos de luz para

³²⁸ Apesar de termos encontrado registos que nos localizam a festa de inauguração presidida pela rainha D. Amélia em 1893 o Decreto da sua criação é datado de 28 de fevereiro de 1895. DECRETO DE 28 DE FEVEREIRO DE 1895. “*Diário do Governo*”. 59 (1895-03-14).

³²⁹ GARRET, António de Almeida - **Como organizar a luta contra a mortalidade infantil**. Separata do: III CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928. Vol. I.

³³⁰ MINISTÉRIO DO INTERIOR - DECRETO DE 16 DE NOVEMBRO DE 1910. “*Diário do Governo*”. 41 (1910-11-22).

³³¹ MINISTÉRIO DA FAZENDA - DECRETO DE 18 DE JULHO DE 1895. “*Diário do Governo*”. 163 (1895-07-24).

³³² MINISTÉRIO DA FAZENDA - DECRETO 31 DE JANEIRO DE 1901. “*Diário do Governo*”. 27 (1901-02-04).

³³³ SOUZA, Álvaro Fernando de Novais e - **Assistência à maternidade**. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1915.

³³⁴ GARRET, António de Almeida - **Como organizar a luta contra a mortalidade infantil**. Separata do: III CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928. Vol. I.

prevenção do raquitismo, a distribuição de leite, a visita domiciliária e a vacinação. No Posto trabalhavam médicos e enfermeiras, na sua maioria visitadoras sanitárias.³³⁵



Figura 10: Posto de Protecção à Infância em Lisboa no início do séc. XX.

Fonte: Arquivo Fotográfico do Arquivo Municipal de Lisboa.

De entre as atividades dos Postos de Protecção à Infância constava a distribuição de leite e farinhas às crianças, no sentido de ajudar a colmatar os problemas de subnutrição infantil nas camadas mais desfavorecidas da população, como descrevia o seu diretor no referido relatório “o nº médio de crianças alimentadas pelo Posto manteve-se inteiramente igual ao do ano anterior. Foram distribuídas perto de quatro toneladas e meia de leite em pó...e ainda cerca de duas toneladas de farinhas lácteas e quasi tanto outro de farinhas simples.”³³⁶

O mesmo médico comentava ainda que “a consulta de higiene pré-natal continua a acusar incremento apreciável...77 vieram depois mostrar as crianças..., 39 tiveram o parto em casa, foram assistidas por parteira 15 e por curiosas 24. Triste conclusão a tirar: um terço das mulheres que no período da gravidez procuram uma consulta profilática ainda é assistido por curiosa!”³³⁷

Segundo dados de 1943 os problemas ligados ao parto levavam à morte de 75 mulheres em cada mil, um número muito acima da média europeia. As miseráveis condições de vida de grande parte da população portuguesa, a escassez de serviços de proximidade, a ignorância dos

³³⁵ JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1940**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941.

³³⁶ JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1940**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941. p. 3.

³³⁷ Idem, p.14.

progenitores, a crendice que afastava as mulheres das consultas pré-natais, a escassez de maternidades e de profissionais de saúde, eram apontadas como causas destas mortes.³³⁸

A Junta Distrital do Porto, no início da década de 1930, teve a iniciativa de fundar um Instituto de Puericultura que agregou as várias instituições dependentes da Câmara Municipal do Porto e da Direção Geral de Saúde³³⁹, concentrando o Lactário Municipal, o Posto de Proteção à Infância e o Dispensário de Higiene Social. Seis anos depois o Instituto tinha já sob sua alçada sete dispensários nas zonas mais afastadas da cidade do Porto.³⁴⁰ Também a Junta Distrital de Lisboa chegou a ter um posto de puericultura no Liceu Maria Amália Vaz de Carvalho na década de 1940.³⁴¹ e a Associação de Beneficência Júlia Moreira, por exemplo, fundou a Creche Júlia Moreira, em 1936, integrada no “Centro Maternal e Infantil” que assistia grávidas e crianças, no Alto de S. João em Lisboa.³⁴²

Como em outros serviços atrás mencionados os Dispensários, os Postos de Proteção à Infância, os Lactários, as Creches, constituíram um conjunto de ofertas dispersas, muitas vezes sem coordenação, além de o seu número ser escasso face às necessidades existentes. O Dr. Lopes Dias, pediatra e diretor do Dispensário de Puericultura de Castelo Branco, comentava a situação de saúde das crianças em Portugal, em 1934, afirmando que *“Dispomos de alguns serviços modelares...mas são insuficientes, mal coordenados...Morre de fome e de ignorância uma grande parte das crianças portuguesas...”*³⁴³. Neste dispensário de Castelo Branco desempenhavam funções, além do médico, uma enfermeira visitadora. Ali se assitiavam crianças e mães, proporcionando-lhes consultas médicas, vacinação, profilaxia antituberculosa e antissifilítica, assistência farmacêutica, alimentar e de vestuário às crianças. Em termos estatísticos 75% destas crianças *“eram deficitárias, débeis, raquíticas, abandonadas, esfomeadas, miseráveis.”*³⁴⁴ Lembremos que nas décadas de 1930 e 1940 as

³³⁸ Lição proferida no Curso de aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge por HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetria e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 207 (1948).

³³⁹ CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres**. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938.

³⁴⁰ DECRETO Nº 20828. “Diário do Governo. I Série”. 23 (1932-01-28) 217-218 e CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres**. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938.

³⁴¹ MORGADO, Emília - **Cuidemos das criancinhas - noções de puericultura**. Porto: Imprensa Portuguesa, 1942.

³⁴² DECRETO Nº 20828. “Diário do Governo. I Série”. 23 (1932-01-28) 217-218 e CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres**. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938.

³⁴³ DIAS, José Lopes - **As criancinhas portuguesas na política de assistência**. In CONFERÊNCIAS DA LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 9 de Junho de 1934 - Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social. 3ª Série. Porto: Imprensa Social, 1936. p. 80-81.

³⁴⁴ Idem, p. 88-89.

principais causas de mortalidade infantil estavam relacionadas com problemas associados à má nutrição, doenças infecciosas e tuberculose.³⁴⁵

Sobre as condições de vida e saúde das grávidas e das crianças, as insuficiências dos serviços e as determinantes sociais e económicas dos maus indicadores de saúde da altura, comentava Francisco Homem que “é este o grande mal da província, o perigo alimentar rouba-nos milhares de crianças nascidas e as razões vão desde a ignorância mais completa, à miséria, à superstição e à hereditariedade mórbida.”³⁴⁶. O mesmo médico frisava ainda que os resultados de um inquérito, realizado em 1947, em 16 concelhos rurais nos arredores de algumas cidades tinham demonstrado que “nada existe para vigilância organizada das grávidas, havendo ao todo e por junto 3 parteiras diplomadas e com partido municipal.”³⁴⁷

Os serviços estatais de cuidados às mães e crianças lutavam também com grandes dificuldades financeiras que os impediam de responder às solicitações e carências da população que serviam, como se pode verificar no relatório de atividades do ano de 1940 elaborado pelo Posto de Proteção à Infância de Lisboa. O seu responsável lamentava que o facto de ter que “regular todas as despesas do Posto dentro das verbas orçamentadas” tivesse conduzido a um grande decréscimo no tratamento profilático da sífilis, do raquitismo e nas vacinações.³⁴⁸ O investimento feito pelo Estado nos serviços públicos de saúde continuava a ser baixo e o subfinanciamento impedia que fossem melhorados tanto a acessibilidade como a qualidade e diversidade dos serviços.³⁴⁹ A situação piorava nos meios rurais, muitas vezes desprovidos de qualquer tipo de assistência³⁵⁰. De notar que em Portugal se vivia um período de grandes dificuldades económicas devido à II Guerra Mundial. Fernando Rosas, que estudou este período de crise, fala-nos das medidas de racionamento de consumo adotadas pelo governo, nomeadamente a nível alimentar, dos baixíssimos salários, da pobreza urbana e da perseguição violenta aos mendigos, que constituía um outro lado da apregoada caridade de que o governo se fazia eco³⁵¹. Aliás, em 1946, o ministro da Economia, Daniel Barbosa, para justificar a importação de bens alimentares, calculou os gastos

³⁴⁵ Lição proferida no Curso de aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge por HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 207 (1948).

³⁴⁶ Idem, p.188.

³⁴⁷ Ibidem, p.189.

³⁴⁸ JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância – Relatório de 1940**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941. p.3

³⁴⁹ Idem.

³⁵⁰ Lição proferida no Curso de aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge por HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 207 (1948) 188.

³⁵¹ ROSAS, Fernando José Mendes - Portugal entre a guerra e a paz: estudo do impacte da II Guerra Mundial na economia e sociedade portuguesas (1939-1945). Lisboa: Universidade de Lisboa. 1990. Tese de doutoramento.

das famílias com a alimentação chegando à conclusão que o ordenado médio de um operário em 1946 cobria apenas 61,5% das despesas necessárias para uma correta alimentação.³⁵² Apesar disso as medidas de proteção social dos mais pobres continuaram a ter apenas um cariz assistencialista.

Por outro lado apesar da introdução do ensino de puericultura nos programas de ensino feminino em 1936, e no programa da MPF, e de fazer parte dos currícula das escolas industriais e dos liceus visitas a dispensários, institutos de puericultura e lactários ou outras instituições de proteção da criança, com aprendizagem prática de alguns cuidados básicos³⁵³, os resultados teimavam em continuar longe do desejado.

As más condições de habitação, higiene e a falta de saneamento básico, eram outros fatores que influenciavam negativamente a saúde infantil. Nas ruas das aldeias amontoavam-se os detritos, não existia saneamento, nem água canalizada e nas fossas a céu aberto chafurdavam “porcos e crianças”.³⁵⁴ Nas cidades, nomeadamente nos bairros populares, a situação não era melhor, nas “ilhas” do Porto e nas “vilas” de Lisboa, as pessoas e as famílias amontoavam-se em casas minúsculas, sem iluminação e arejamento, insalubres e em tudo desfavoráveis à saúde.³⁵⁵ A situação habitacional nos anos quarenta e cinquenta do séc. XX era de tal forma má que até as barracas dos bairros de lata eram arrendadas a preços elevados.³⁵⁶ As intenções natalistas e de engrandecimento da nação do Estado Novo confrontavam-se com a realidade dura do quotidiano das famílias. Morria-se porque não existiam nem condições de vida, nem cuidados de saúde, embora tais justificações não surgissem nos discursos do Estado Novo como causa dos elevados índices de mortalidade.

Pretendendo responder à falta de adequada assistência á maternidade e à infância, o Estado Novo criou, em 1943, o Instituto Maternal (IM). Insistindo nas regras moralizantes e de confinamento das práticas de saúde ao espaço familiar, nomeadamente nas vantagens do parto no

³⁵² Idem.

³⁵³ PIMENTEL, Irene Flutser - Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo. Sexualidade e Planeamento Familiar. Lisboa: APF. 34 (Maio/Agosto 2002) 22; PIMENTEL, Irene Flunser – **Mocidade Portuguesa Feminina**. Lisboa: A esfera dos livros, 2008.

³⁵⁴ MARQUES - Assistência Materno-infantil no concelho do Sabugal. Separata da: Acção Médica. Lisboa. Fasc. XXIX (Julho de 1943) 20.

³⁵⁵ CASCÃO, Rui - Modos de habitar. In MATTOSO, José, dir. - **História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011, p. 22-55.

³⁵⁶ CASCÃO, Rui - Modos de habitar. In MATTOSO, José, dir. - **História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011, p. 22-55.

domicílio como “*lugar próprio para o nascimento dos filhos*”³⁵⁷, reconhecia que era necessário apoiar as mães na vigilância da gravidez e no parto, até para impedir que fossem *assaltadas pelas ideias negras do desespero, do aborto ou do infanticídio*,³⁵⁸ o que de resto está de acordo com o espírito católico reinante. Embora fazendo notar que as maternidades não se deveriam substituir ao papel benéfico do ambiente familiar, o Estado propunha-se, através do IM, proporcionar assistência aos partos nas maternidades, criar postos de consulta pré-natal e pós-natal e acompanhar os partos no domicílio. Não se tratava de criar novos serviços, pois o Estado não estava nitidamente interessado em acrescentar quaisquer outros serviços aos já existentes, mas congregar os serviços de assistência materno-infantil sob a alçada de um só organismo.

O governo integrou no Instituto Maternal não só as maternidades de Lisboa, Santa Bárbara, Magalhães Coutinho e Alfredo da Costa, onde estabeleceu a sua sede, mas também todos os serviços públicos de assistência materno-infantil que até aí dependiam da Direção Geral de Saúde e das autarquias, incluindo os serviços da Organização Nacional Defesa da Família. Determinou, a partir de 1946, que a criação de qualquer obra de assistência materno-infantil teria que ser aprovada pela direção do Instituto.³⁵⁹

Sobre o Instituto Maternal, Marinha Carneiro salienta a dimensão de controlo ideológico e político que o mesmo detinha sobre os serviços de saúde materna e infantil.³⁶⁰ Previa-se uma *orientação doutrinal comum* e uma *centralização executiva*,³⁶¹ nitidamente o Estado Novo centralizava o poder para melhor poder difundir a sua ideologia, também em relação às vivências da vida familiar e da fecundidade, através do controlo dos serviços de saúde. Aliás a lei era bem explícita quando aliava à missão difusora de medidas de higiene e puericultura o *combate às aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação*.³⁶²

A este propósito Irene Pimentel reforça que as medidas implementadas em instituições de saúde dirigidas às mulheres e crianças durante o Estado Novo, seguiram o modelo dos regimes totalitários italiano e alemão, servindo essencialmente os interesses dos Estados que as impuseram.³⁶³ Esses interesses combinavam, no caso português, controlo ideológico e controlo da

³⁵⁷ DECRETO-LEI nº 32651. “Diário do Governo. I Série”. 26 (1943-02-02) 77-80.

³⁵⁸ Idem.

³⁵⁹ DESPACHO MINISTERIAL DE 7 DE FEVEREIRO DE 1946. “Diário do Governo”. (1946-02-07).

³⁶⁰ CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.

³⁶¹ DECRETO-LEI nº 32651. “Diário do Governo. I Série”. 26 (1943-02-02) 77-80

³⁶² Idem, Art.º 1, nº 5.

³⁶³ PIMENTEL, Irene Flunser – **História das organizações femininas do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2001.

situação de saúde, embora o Estado Novo tivesse tido nesse sentido um papel pouco eficaz dada a ausência de uma política de saúde verdadeiramente coordenada.

A figura abaixo mostra-nos a situação de cobertura assistencial pelo IM em 1946. Além das delegações de Lisboa, Porto e Coimbra, três anos após a sua fundação, existiam já duas subdelegações em Setúbal e Évora.



Figura 11: Delegações e subdelegações do Instituto Maternal em 1946.

Fonte: Revista Clínica do Instituto Maternal. I:3 (1948)364.

A fundação do IM trouxe consigo uma inovação considerável: a formação de profissionais de saúde para a prestação de cuidados materno-infantis, que era na verdade um dos seus objetivos.³⁶⁵ Essa formação efetivou-se através de cursos e estágios que tinham como objetivo formar enfermeiras que, aliassem à técnica necessária “o sentido das responsabilidades como mensageira da vida e defensora da gloriosa dignidade maternal. E, porque este sentido quase inteiramente se perdeu em muitas

³⁶⁴ Revista Clínica do Instituto Maternal. I:3 (1948)

³⁶⁵ DECRETO-LEI N° 32651. “Diário do Governo. I Série”. 26 (1943-02-02) 77-80, Art.º 1.

profissionais, interessa ao futuro da grei empregar urgentemente todos os esforços para a sua recuperação.”³⁶⁶ O Estado rompia com um paradigma de assistência ao parto e á mãe pelas parteiras³⁶⁷, com uma nova formação para as enfermeiras, mais exigente em termos de requisitos de entrada para o curso, mais abrangente em termos de intervenção e com uma nova designação profissional. Pretendia-se também que estas fossem arautos disseminadores das posições natalistas e do papel da mulher-mãe que o Estado Novo professava.

Apesar das dificuldades reconhecidas pelos próprios dirigentes, o Instituto Maternal subsistiu até ser integrado nos centros de saúde, a partir de 1971. A sua ação tornou-se visível essencialmente através dos seus dispensários materno-infantis. Estes e os cuidados no domicílio constituíram-se como espaços não só de cuidados físicos, mas também difusores das práticas de promoção da saúde e autocuidado que, embora integrados no âmbito do controlo social pretendido pelo Estado, tiveram muitas vezes características de intervenção comunitária com vista á melhoria das condições de vida e saúde das populações.³⁶⁸

A SAÚDE ESCOLAR

As preocupações com a saúde da população escolar, principalmente com os alunos, iniciaram-se em Portugal no século XIX. Costa Sacadura, um dos dois primeiros médicos escolares e Inspector-geral da Sanidade Escolar até 1929³⁶⁹, menciona uma publicação de 30 de Junho de 1824, “*Instrução Interina para os mestres de instrução de primeiras letras*”, como a primeira que refere preocupações com a *higiene escolar*.³⁷⁰

A reforma dos serviços de saúde de 1901 atribuía às delegações de saúde, através dos subdelegados de saúde concelhios, a responsabilidade pela fiscalização da “*higiene das aulas publicas e particulares*”³⁷¹, na mesma data em que a reforma da Direção Geral da Instrução Pública

³⁶⁶ Idem, Preâmbulo.

³⁶⁷ CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.

³⁶⁸ Entrevistas a Maria José Crespo, Eduarda Cabral Tinoco, Manuela Santos Pardal; RAPOSO, Maria Manuela - Remexendo o “baú” de um serviço: contributos para a história do papel da enfermeira nos serviços de protecção materno-infantil, no distrito de Ponta Delgada. Ponta Delgada: 1998. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, para concurso de provas públicas, para o preenchimento de uma vaga de professor coordenador da carreira de pessoal docente do Ensino Superior Politécnico.

³⁶⁹ “Diário do Governo. 2ª série”. 68 (1929-03-23).

³⁷⁰ Conferência proferida em 28 de Janeiro de 1960, no Centro de Estudos de Higiene Escolar Universitária por COSTA SACADURA, Sebastião Cabral - *Achegas para a História da Higiene Escolar em Portugal*. Separata da: Semana Médica. Lisboa. 42 (14 de Fevereiro de 1960).

³⁷¹ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo”. 292 (1901-12-26) 1031-1070. Artº 74: nº 14.

levava à criação da Inspeção Sanitária Escolar cujos serviços seriam regulamentados em 1902³⁷². Portugal foi um dos pioneiros na Europa a implementar serviços de saúde escolar, uma vez que estes só seriam criados em França em 1902, em Espanha em 1904 e em Inglaterra em 1908.³⁷³ De referir que, no início do século XX, várias iniciativas internacionais mobilizavam os profissionais de saúde em torno da Saúde Escolar, como o I Congresso Internacional de Higiene Escolar, realizado em 1904 em Nuremberga, seguido de um outro em Londres, em 1907.

Os primeiros médicos escolares portugueses foram nomeados em 28 de Dezembro de 1901 por Abel de Andrade diretor da então recentemente criada Direcção Geral de Instrução Pública.³⁷⁴ A implementação das atividades de saúde escolar não foi fácil, não só pela inexistência de condições físicas nas escolas, mas também pela desconfiança com que ali eram vistos os profissionais de saúde. Afirma Costa Sacadura: *“paguei da minha algibeira o aluguer dessas cadeiras. Os candeeiros a petróleo foram de minha casa. ... Não estavam os professores primários e secundários preparados para colaborarem com os médicos escolares ou aceitarem a sua colaboração.”*³⁷⁵ Apesar das dificuldades iniciais no período de 1901 a 1916 foram publicados trinta diplomas oficiais sobre a sanidade escolar.

A República promulgou nova legislação em 1911, designando os serviços como Inspeção de Sanidade Escolar, colocando a sua população-alvo não nas escolas primárias mas nos liceus³⁷⁶. Em 1918 a ambição foi alargar os serviços de saúde escolar a todos os estabelecimentos de ensino, projeto que nunca se tornou realidade.³⁷⁷

Em Agosto de 1926 a Inspeção Geral de Sanidade Escolar, cuja designação e maior relevância lhe tinha sido atribuída em 1919, foi extinta e incorporada na Direcção Geral de Saúde, fundamentando o governo essa decisão com a necessidade de rentabilizar custos e organizar melhor todos os serviços de saúde, integrando-os sob a alçada da Direcção Geral de Saúde, numa

³⁷² MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DO REINO: DIRECÇÃO GERAL DE INSTRUÇÃO PÚBLICA - DECRETO Nº 8. “Diário do Governo”. (1901-12-24) e MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DO REINO: DIRECÇÃO GERAL DE INSTRUÇÃO PÚBLICA - DECRETO nº 4. “Diário do Governo”. (1902-09-19).

³⁷³ Comunicação apresentada na Sociedade Portuguesa de Higiene e Medicina Escolar em Lisboa 1977 por GRANATE, Maria da Conceição - Retrospectiva da Saúde Escolar Portuguesa. Cadernos de medicina escolar e universitária. Lisboa: Ministério da Educação e Cultura. ([sem data]).

³⁷⁴ “Diário do Governo”. 294 (1901-12-28).

³⁷⁵ Conferência proferida em 28 de Janeiro de 1960, no Centro de Estudos de Higiene Escolar Universitária por COSTA SACADURA, Sebastião Cabral - Achegas para a História da Higiene Escolar em Portugal. Separata da: Semana Médica. Lisboa. 42 (14 de Fevereiro de 1960).

³⁷⁶ DECRETO Nº 2. “Diário do Governo”. (1911-05-26)

³⁷⁷ DECRETO Nº 4695 “Diário do Governo. Série I”. 163 (1918-07-23) 1461-1463.

denominada secção de higiene escolar.³⁷⁸ No final da década de 1920 o Prof. Costa Sacadura, o principal dinamizador dos serviços de saúde escolar à época, deixou o cargo de Inspector-geral da Sanidade Escolar. Em pleno regime do Estado Novo, em 1933, foi criada a Direcção Geral de Saúde Escolar, integrada no Ministério da Instrução Pública³⁷⁹ e um ano mais tarde foram regulamentados os serviços. A legislação de 1933/1934 vigorou até 1971.

Esperava-se que os serviços de saúde escolar colaborassem no sentido de responder aos desafios das expectativas do regime em relação não só às condições de saúde da população mas também aos valores divulgados, conforme se pode perceber do discurso de António Mendes Corrêa:

*“Águias nascerão em ninhos humildes, e serão cada vez mais numerosos e fortes os portadores do facho sagrado...Enche-nos de júbilo a esperança de que nos lares portugueses cada vez irá havendo menos dores e menos lágrimas, e, com o pão, a saúde e a fé, neles reinará incessantemente a alegria dos bons e dos fortes. O vigor e a pureza germinal da Raça, a continuidade histórica da Nação, os valores eternos do espírito são os nossos dogmas.”*³⁸⁰

Com a preocupação de manter sã a infância e juventude portuguesas, cabia aos serviços de saúde escolar, da responsabilidade da Direcção Geral de Saúde Escolar, desenvolver a saúde física e moral e *higienizar* o ambiente. Esta última concretizava-se através de medidas de carácter ergonómico e de saneamento, de prevenção de doenças infecciosas, de cumprimento das medidas de evicção escolar, da vigilância de saúde e especial atenção que os médicos e inspetores escolares deveriam dar à *saúde moral* e à *formação do carácter* dos estudantes.³⁸¹ Os problemas de formação moral estariam, segundo os especialistas, intrinsecamente ligados à hereditariedade, às condições sociais e à saúde dos estudantes. Ao médico cabia também, nas duas ou três horas diárias que por lei devia dedicar a este serviço, colaborar diretamente com os professores aconselhando-os, tomando parte nas reuniões e fazendo *conferências sobre assuntos de higiene e de educação*, tudo isto num trabalho que se pretendia de ampla colaboração entre médicos e professores.³⁸²

³⁷⁸ DECRETO Nº 5371. “Diário do Governo. Série I”. 73 (1919-04-09) 600-601 e DECRETO Nº 12094. “Diário do Governo. I Série”. 174 (1926-08-10) 980-981.

³⁷⁹ DECRETO Nº 22751. “Diário do Governo. Série I”. 143 (1933-06-28) 1103-1105.

³⁸⁰ CORRÊA, António Augusto Mendes - **Discurso na abertura do I Congresso Nacional de Ciências da População**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.

³⁸¹ DECRETO-LEI Nº 23807. “Diário do Governo. Série I”. 99 (1934-04-28) 560-563.

³⁸² Idem.

O médico escolar passou a ser incluído na instituição escola também como educador, imbuído de especial competência enquanto detentor de acrescidos poderes, não só ligados a conhecimentos de ordem biológica mas também psicológica e moral.

Na linha de outros serviços de saúde a saúde escolar era espaço de domínio de um Estado onnipresente e vigilante que garantia na escola a continuidade da sua intervenção ideológica através das equipas de saúde escolar. Por outro lado todos estes objetivos eram claramente colocados na legislação, objetivos moralistas e de normalização dentro dos parâmetros salutogénicos valorizados na época. Vale a pena notar que o Regulamento de 1934 mencionava como competência dos serviços de saúde escolar *“a criação e desenvolvimento das melhores condições de saúde e de higiene física e moral dentro das escolas portuguesas.”*³⁸³

Neste enquadramento a Direção Geral de Saúde Escolar foi criada com três áreas de intervenção: a primeira incluía os distritos de Lisboa, Leiria e Santarém (posteriormente também os de Angra do Heroísmo, Ponta Delgada e Funchal), a segunda área os distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Coimbra, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu e a terceira Beja, Évora, Castelo Branco, Faro, Guarda, Portalegre e Setúbal. Pretendia-se que estes serviços proporcionassem uma ampla cobertura das escolas dos vários níveis de ensino espalhadas pelo país, desiderato que nunca foi alcançado por falta de pessoal.³⁸⁴ Dos serviços desta direção faziam parte, nas décadas de 1930 e 1940, 74 médicos escolares e vinte e oito visitadoras escolares nos liceus³⁸⁵ e vários médicos escolares que asseguravam os cuidados médicos noutras escolas desde o ensino primário ao ensino técnico. Vale a pena mencionar que em 1935, reconhecendo-se que era diminuto o número de médicos para responder às atividades previstas na legislação, foi criada a figura da visitadora escolar. Apresentada como auxiliar do médico e integrando o contingente de pessoal auxiliar, previa-se que visitasse os estudantes ao domicílio e vigiasse as condições de higiene, de saúde e de moral em que viviam com as suas famílias.³⁸⁶

³⁸³ DECRETO-LEI nº 23807. *“Diário do Governo. Série I”*. 99 (1934-04-28) 560-563. Artº 1.

³⁸⁴ CORREIA, Maria Adelaide Pinto - **Memória de 30 anos de Saúde Escolar**. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.

³⁸⁵ DECRETO-LEI Nº 25676. *“Diário do Governo. I Série”*. 170 (1935-07-25) 1095 e DECRETO-LEI nº 27442. *“Diário do Governo. I Série”*. 306 (1936-12-31) 1904-1904.

³⁸⁶ DECRETO-LEI Nº 25676. *“Diário do Governo. I Série”*. 170 (1935-07-25) 1095.

O Estado Novo tinha incluído como pilares fundamentais da educação, que pretendia fosse ministrada nos estabelecimentos públicos, a trilogia Deus, Pátria e Família e imbuíu desses valores a organização escolar e os seus serviços³⁸⁷.



Figura 12: Ideologia do Estado Novo em cartaz.

Fonte: VIEIRA, J.; Fotobiografias Século XX - António Oliveira Salazar, Círculo dos Leitores, 2001.

Foi essencialmente à visitadora escolar que foi atribuído o controlo social dos alunos. Ela, desempenhou esse papel orientando a sua ação maioritariamente para as famílias mais pobres, num esforço de normalização que tentava promover o sucesso escolar e incutir nos estudantes, e suas famílias, valores morais e de saúde através de ações educativas, que passavam pelo cultivo da resistência física e moral, da higiene, da assiduidade, do respeito pela moral vigente e pela ordem instituída.³⁸⁸ As visitadoras constituíram-se também como elo de ligação entre as famílias e a escola e entre estas e o médico escolar, denunciando muitas vezes as precárias condições de vida de muitos dos estudantes e procurando soluções que minimizassem os problemas.³⁸⁹ O grupo de visitadoras escolares foi composto por visitadoras sanitárias, por visitadoras sociais, ou por mulheres com formação liceal, só mais tarde os serviços integraram enfermeiras.

Os serviços de saúde escolar passaram a ter um novo enquadramento na legislação de 1942 que criou a Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar, substituindo a Direcção Geral de Saúde Escolar. Este facto contribuiu para secundarizar a saúde escolar nas prioridades educativas e marcar de forma expressa essa secundarização, quer instalando os

³⁸⁷ NÓVOA, António – A educação nacional. In ROSAS, Fernando (coord.) – Portugal e o Estado Novo 1930-1960. In SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira (dir.) - **Nova História de Portugal. Volume XII**. Lisboa: Editorial Presença, 1992. p. 455-519.

³⁸⁸ DECRETO-LEI Nº 25676. "Diário do Governo. I Série". 170 (1935-07-25) 1095.

³⁸⁹ ABREU, Carlos - Limpos, sadios e dóceis - História da Saúde escolar em Portugal no Estado Novo: 1930 a 1960. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.

serviços nos locais menos visíveis e espaçosos das escolas, quer continuando a não atribuir os recursos necessários ao seu cabal funcionamento³⁹⁰. Os médicos escolares deixaram de estar afetos a um estabelecimento de ensino e passaram a estar ligados a localidades, sendo que o alargamento de quadros previsto nunca chegou a ser real face ao crescente número de alunos.

A legislação consignava que não se fizessem quaisquer alterações nos serviços de saúde escolar, que até *estavam organizados* e a quem se desejava que *mantivessem o mesmo espírito*, mas sublinhava o facto de a nova Direção Geral se formar sobretudo *à volta da educação física e dos desportos*. O seu propósito, como órgão do Estado, era o de desenvolver, *orientar e promover a educação física do povo português e introduzir disciplina nos desportos* fora do âmbito das atribuições da Mocidade Portuguesa.³⁹¹ A hegemonia alcançada pelas organizações de juventude do Estado Novo, espelho e órgãos de difusão das ideias e valores do regime, iria repercutir-se em todos os níveis de ensino. Os serviços de saúde escolar não eram considerados veículo ideal para a catequização ideológica das crianças e jovens pretendida pelo Estado Novo³⁹², à nova Direção Geral caberia, promovendo a Mocidade Portuguesa e em íntima colaboração com esta e com a Fundação Nacional para a Alegria no Trabalho (FNAT), a educação física do povo português através da promoção e dinamização de atividades desportivas.³⁹³

O investimento do regime na promoção da Mocidade Portuguesa iria claramente influenciar as instituições de ensino a partir do momento em que o Ministério da Educação estabeleceu, em 1943, a necessidade de colocação de professores nos liceus obrigando-os a assegurar as atividades dessa organização. Os docentes que lecionassem essas atividades não necessitavam de fazer qualquer concurso, sendo colocados através de despacho ministerial como professores efetivos, enquanto os professores de outras disciplinas tinham que fazer o designado “exame de Estado” para obterem as mesmas condições.³⁹⁴ Em 1947 as actividades da Mocidade Portuguesa Feminina (MPF) passaram a estar integradas nos curricula escolares, com carácter obrigatório.³⁹⁵

Com estas alterações legislativas os serviços de Saúde Escolar viram aumentadas as suas dificuldades de sobrevivência e de resposta a todas as solicitações. Relata a médica escolar Maria Adelaide Pinto Correia que *“em 1957 quando entrei para a Saúde Escolar no Ministério da Educação em Lisboa,*

³⁹⁰ Idem.

³⁹¹ DECRETO-LEI nº 32241. “Diário do Governo. I Série”. 208 (1942-09-05) 1135-1139.

³⁹² Idem.

³⁹³ DECRETO-LEI nº 32241. “Diário do Governo. I Série”. 208 (1942-09-05) 1135-1139.

³⁹⁴ DECRETO-LEI Nº 33018. “Diário do Governo. I Série”. 187 (1943-09-01) 569-570.

³⁹⁵ DECRETO Nº 36508. “Diário do Governo. I Série”. 216 (1947-09-17) 888-927. Estatuto do Ensino Liceal.

*praticamente todos os médicos e as visitadoras escolares estavam colocados nos liceus onde os havia, pelo país fora....Em Lisboa, poucos médicos e visitadoras estavam designados para o Ensino Primário.*³⁹⁶ Se o Estado pretendia um controlo moral, e não só uma ação em termos de promoção e vigilância de saúde por parte das equipas de saúde escolar do Ministério da Educação, essa sua pretensão apenas foi conseguida em alguns liceus, sendo exíguo o número de profissionais que integravam os serviços. Em 1950 os quadros da então Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar contavam apenas com oitenta e nove médicos e quarenta e duas visitadoras, para um total de noventa e seis estabelecimentos de nível secundário, e vinte e três escolas primárias distribuídas pelas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra.³⁹⁷

Em 1970 a situação em termos de recursos humanos não era melhor e os serviços dispunham de noventa e nove médicos escolares, três inspetores, quarenta e oito visitadoras e um motorista, para desempenharem as suas atividades por todo o país.³⁹⁸ A saúde escolar nas escolas primárias era, essencialmente, da responsabilidade dos delegados de saúde concelhios e passou, a partir de 1971, a integrar os programas dos centros de saúde. As discussões e preparação para essa integração iniciaram-se nos finais da década de 1960 e continuaram em 1970 e 1971. Neste ano, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram entre si a responsabilidade pela Saúde Escolar.

Nos serviços de saúde escolar a sobreposição de campos, o político/ideológico, o escolar e o de saúde possibilitaram a circulação do sistema de valores e da política dominante, do poder-saber instituído, na designação de Foucault.³⁹⁹

1.6. OS PRIMEIROS CENTROS DE SAÚDE

Em Junho de 1931 reuniu em Budapeste, sob os auspícios da Sociedade das Nações, a Conferência Europeia de Higiene Rural para discutir os princípios da organização dos serviços de saúde nos meios rurais. Nas propostas apresentadas, a atribuição dos centros de saúde, surgia como a resposta a todos os problemas de saúde cuja relevância estivesse epidemiologicamente demonstrada. Segundo a mesma, previa-se a criação de *centros de saúde rurais*, definindo-os como *uma instituição que tem por objecto a melhoria da saúde e do bem-estar de uma determinada*

³⁹⁶ CORREIA, Maria Adelaide Pinto - **Memória de 30 anos de Saúde Escolar**. Lisboa: Livros Horizonte, 1990, p. 27.

³⁹⁷ DECRETO-LEI N° 37869. "Diário do Governo. I Série". 124 (1950-06-29) 385-386.

³⁹⁸ ROSA, E. Ribeiro - Problemas práticos de saúde escolar e sua coordenação com os serviços de saúde concelhios e distritais. Separata de: Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical. Lisboa. 5:1-2 (Janeiro-Junho de 1971).

³⁹⁹ FOUCAULT, Michel - **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 2008.

região.⁴⁰⁰ A sua ação poderia ser desenvolvida quer centralizando num mesmo edifício os vários programas de saúde, quer coordenando sobre uma mesma tutela, a do médico sanitário, os vários organismos de saúde e sociais existentes, num esforço de coordenação a nível local. A ideia dos centros de saúde tinha sido inspirada nos Health Centers norte-americanos que davam os primeiros passos como instituição inovadora nesse país com o apoio da Fundação Rockefeller⁴⁰¹.

Em função dos modelos de referência e das problemáticas epidemiológicas nacionais, os programas dos centros de saúde incluiriam a luta contra as doenças infecciosas e sociais, saúde escolar, proteção da saúde materna e infantil, educação para a saúde, saúde ambiental, vigilância da qualidade dos alimentos e prestação de primeiros socorros. Aconselhava-se a colaboração entre os serviços públicos de higiene, as instituições de seguros sociais e as instituições privadas. Uma comissão de colaboração, que incluía representantes das várias instituições, assegurava a articulação entre várias instituições que deveriam ser regidas por um programa previamente estabelecido pelas autoridades sanitárias⁴⁰².

Os centros de saúde poderiam dividir-se em centros de saúde primários e secundários, podendo os primeiros ter “anexos” (extensões para áreas geográficas mais restritas). Constituiriam a mais pequena unidade de saúde, com implementação correspondente ao concelho ou comuna, por exemplo, enquanto os centros de saúde secundários teriam uma área geográfica mais abrangente, os distritos. Os recursos humanos a afetar aos centros de saúde incluiriam um diretor, médico higienista especializado ou facultativo com formação em *higiene social e medicina preventiva*, enfermeiras visitadoras, parteiras, inspetor sanitário. Considerava-se que ao centro de saúde secundário cabia a coordenação e direção dos centros de saúde primários, constituindo-se como órgão de *“ligação entre eles e todos os organismos de higiene pública e assistência”*.⁴⁰³ Juntavam-se às suas atribuições, as de *luta contra a tuberculose e doenças venéreas e análise de laboratório de prática simples e corrente*, bem como os técnicos de saúde previstos técnicos de laboratório e um engenheiro sanitário.⁴⁰⁴

⁴⁰⁰ FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934. p.377.

⁴⁰¹ FARIA, José Alberto de – **Centros de saúde em Portugal**. Lisboa: Editora médica, 1940.

⁴⁰² FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

⁴⁰³ FARIA, José Alberto de – **Centros de saúde em Portugal**. Lisboa: Editora médica, 1940.

⁴⁰⁴ Idem.

A partir desta indicação José Alberto de Faria, então diretor geral da saúde, que já tinha obtido claro apoio para alguns dos seus projetos,⁴⁰⁵ propôs em 1934 as bases para a organização dos serviços de saúde pública em Portugal através da criação de centros de saúde locais, à medida dos recursos financeiros.



Figura 13: José Alberto de Faria.

Só o entusiasmo e insistência do diretor-geral de saúde permitiram que surgissem os primeiros centros de saúde. Em 1940 José Alberto Faria acalentava o sonho de que todos os portugueses pudessem vir a usufruir “*dessa magnífica instituição*”.⁴⁰⁶ Preconizava José Alberto de Faria, que os primeiros centros fossem instalados em Misericórdias e Casas do Povo. Via o centro de saúde em Portugal como um serviço integrador, conjugando serviços de vacinação, vigilância de saúde materna e infantil, serviços de desinfeção e de defesa da saúde pública, proteção e vigilância das *doenças sociais*, ficando subordinado hierárquica e tecnicamente à Direcção Geral de Saúde. Em termos de instalações desejava que os centros de saúde se estabelecessem em edificações amplas, de especial construção, e resultando até melhor benefício para a sanidade e para o público se as edificações fossem centrais e oferecerem qualquer mais solene aparência.⁴⁰⁷

⁴⁰⁵ DECRETO-LEI Nº 22386. “Diário do Governo. I Série”. 75 (1933-04-01) 446.

⁴⁰⁶ FARIA, José Alberto de – **Centros de saúde em Portugal**. Lisboa: Editora médica, 1940.

⁴⁰⁷ FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934. p. 396.

A organização prevista pelo diretor geral de saúde reunia adeptos, entre as quais Fernando da Silva Correia, delegado de saúde, inspetor de saúde escolar e mais tarde diretor do Instituto de Higiene Doutor Ricardo Jorge, um dos médicos sanitaristas com maior influência ao tempo.⁴⁰⁸

Os primeiros centros de saúde foram criados, após despacho do Ministro do Interior em Outubro de 1934⁴⁰⁹, e regulamentados em 20 de Março de 1935⁴¹⁰, em Lisboa, Almeirim, Elvas, Figueiró dos Vinhos, Sesimbra, S. João da Madeira. Com José Alberto Faria, enquanto Diretor Geral da Saúde, e sendo Ministro do Interior, Pais de Sousa, sendo dirigidos pelo médico António de Carvalho Dias⁴¹¹ que, enquanto Inspetor-adjunto da Direcção Geral de Saúde Pública, responsável pela Inspeção de Epidemias e Profilaxia das Moléstias Infeciosas, assumia o cargo de Superintendente dos Centros de Saúde.⁴¹² A nível local os centros de saúde eram presididos pelos delegados de Saúde. Os centros de saúde destinavam-se à assistência da população mais desfavorecida. Para serem atendidos, os pobres precisavam de fazer prova da sua condição, devendo os municípios informar os serviços de saúde sobre o número de *indigentes* registados.⁴¹³

As autarquias, tendo conhecimento das primeiras experiências da Direcção Geral de Saúde, solicitaram também que fossem estabelecidos centros de saúde nos seus concelhos, como o demonstra o caso da Câmara Municipal de Sesimbra. O seu presidente de Câmara, tendo tido conhecimento pela imprensa da inauguração de centros de saúde na província e tendo consultado a respectiva legislação, escrevia:

“tenho a honra de informar que a Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra da minha presidência tinha muito prazer em colaborar com o Director Geral de Saúde na organização de um centro de saúde

⁴⁰⁸ O mesmo médico publica a obra **Portugal Sanitário**, em 1939, fruto da sua tese de doutoramento na Faculdade de Medicina de Coimbra, onde fazia um retrato pouco abonatório da situação de saúde em Portugal, quer do ponto de vista organizativo, quer em termos de indicadores de saúde, como a morbimortalidade infantil e a mortalidade por doenças infecciosas.

⁴⁰⁹ DESPACHO MINISTERIAL DE 6 DE OUTUBRO DE 1934. “Diário do Governo. Série I”. 238 (1934-10-10) 1843-1844.

⁴¹⁰ DESPACHO MINISTERIAL DE 20 DE MARÇO DE 1935. “Diário do Governo. Série II”. 67 (1935-03-22).

⁴¹¹ Lição proferida no 16º Curso de Aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde em 1960 no ISHRJ por CORREIA Fernando Silva - **A actualização do papel dos subdelegado de saúde**. In Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência, Direcção Geral da Saúde. 7:1 (1961) 145.

⁴¹² DIAS, António Carvalho - [Carta] 1937 Maio 27, Sesimbra [ao] Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁴¹³ “informo V^a. Ex.^a que o número de indigentes inscritos nas duas freguesias deste concelho é de 161 e que a todos eles foi fornecido na Administração do Concelho um bilhete de identidade, igual ao que junto, cuja apresentação é obrigatória para o efeito de receberem tratamento no Centro de Saúde”. In PRETO, Virgílio [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1937 Maio 24, Sesimbra [ao] António Carvalho Dias [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

nesta vila onde a população de pescadores que é pobre certamente muito apreciaria as suas vantagens. Informo mais V.Ex^a de que desde já podemos calcular o subsídio por parte desta câmara em cerca de 600\$00 mensais”.⁴¹⁴

Os primeiros centros de saúde na província ficaram instalados em edifícios já existentes, nomeadamente em antigas casas de habitação cedidas pelas autarquias. O de Sesimbra funcionou numa “casa vaga no andar térreo onde está instalado o Posto da Policia, o referido edificio tem 3 divisões onde poderá ser instalado o centro de saúde”.⁴¹⁵ Inaugurado em 1937, funcionou com consultas e tratamentos grátis às 3^{as}, 5^{as} e sábados das 16 às 18h, assistindo grávidas e crianças até aos 6 anos de idade, tuberculosos e sífilíticos, fazendo-se também o *tratamento de sezões*.⁴¹⁶ O primeiro Centro de Saúde em Sesimbra foi efémero, pois notícia de Janeiro de 1945 torna público que a delegação de saúde acabava de ser instalada no mesmo edifício onde funcionara o centro de saúde.⁴¹⁷

Para além dos edifícios as Câmaras Municipais colaboraram com a Direção Geral de Saúde pondo à sua disposição edifícios e materiais para equipar os centros, desde as marquesas ao mobiliário para sala de espera até às batas e lençóis⁴¹⁸, enquanto à DGS competia o fornecimento de materiais clínicos específicos e de medicação e o pagamento dos vencimentos das enfermeiras visitadoras.⁴¹⁹

Das inúmeras dificuldades com que se defrontavam os primeiros centros de saúde, as mais evidentes foram, para além das dificuldades económicas, a falta de recursos técnicos, nomeadamente de enfermeiras visitadoras e médicos. A responsabilidade pela sustentabilidade financeira dos centros de saúde era remetida para o poder local e para as entidades civis dos concelhos, através de subsídios mensais que, ou não eram entregues, ou chegavam atrasados.⁴²⁰

⁴¹⁴ PRETO, Virgílio [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1936 Dezembro 10, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde - 1921 a 1964. 1936. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁴¹⁵ PRETO, Virgílio [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1936 Janeiro 10, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1936. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁴¹⁶ "O Cezimbrense". (13 Junho 1937) 568.

⁴¹⁷ "O Cezimbrense". (28 Janeiro 1945) 967.

⁴¹⁸ LOURINHA, Carlos Ferreira [Vice-presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1937 Novembro 2, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁴¹⁹ PRESIDENTE DA COMISSÃO ADMINISTRATIVA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SESIMBRA - [Carta] 1937 Maio 24, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal; VICE-PRESIDENTE DA COMISSÃO ADMINISTRATIVA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SESIMBRA - [Carta] 1937 Novembro 2, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁴²⁰ DIAS, António Carvalho - [Carta] 1937 Julho 21, Sesimbra [ao] Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

O Centro de Saúde de Lisboa, cuja constituição foi publicada a 6 de Outubro de 1939, no Diário do Governo: “*Por conveniência de serviço público, que compete ao Centro de Saúde de Lisboa, são publicados os nomes dos técnicos que constituem o pessoal dessa instituição (...)*”⁴²¹, foi dos que mais influência e visibilidade obteve. Trata-se de uma experiência piloto, técnica e financeiramente sustentada pela Fundação Rockefeller⁴²². Estava instalado na Rua da Alameda e era seu diretor o médico João Maia Loureiro, doutorado em Saúde Pública pela Universidade John Hopkins, onde foi bolseiro da Fundação Rockefeller.

Além do diretor e do epidemiologista, o Dr. José Cutileiro, integraram ainda os quadros deste centro de saúde um médico pediatra, um obstetra, um fisiologista (pneumologista), um estomatologista, um venereologista, uma chefe de visitadoras (enfermeira), seis visitadoras sanitárias, uma preparadora e duas monitoras.⁴²³ Como enfermeiras monitoras na equipa fundadora, estavam Maria Palmira Tito de Morais e Maria Monjardino, enfermeiras de saúde pública. Ambas tinham sido enfermeiras bolsieras da Fundação Rockefeller e realizado a sua formação em Universidades da América do Norte.

A maioria dos técnicos envolvidos nesta experiência, nomeadamente enfermeiras e enfermeiras visitadoras, trabalhava no Centro de Saúde em regime de dedicação exclusiva, conforme tinha sido exigência da Fundação.⁴²⁴ O Centro de Saúde de Lisboa foi local de visitas de estudo e de estágios para médicos e enfermeiras, entre elas, as dos médicos em curso de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde no Instituto Ricardo Jorge.⁴²⁵

Este ambiente de entusiasmo acabou por vir a alterar-se com a morte do Dr. Maia de Loureiro em 1949, pouco depois de ter sido convidado para a OMS. E com o facto de a Enf^a Tito de Morais ter sido impedida de exercer funções públicas, devido ao seu envolvimento em ações de

⁴²¹ DESPACHO DO MINISTÉRIO DO INTERIOR DE 6 DE OUTUBRO DE 1939. “Diário do Governo. Série II”. (1939-10-06).

⁴²² THE ROCKEFELLER FOUNDATION – **The Rockefeller Foundation annual report**. New York: The Rockefeller Foundation, 1941. p. 68.

⁴²³ DESPACHO DO MINISTÉRIO DO INTERIOR DE 6 DE OUTUBRO DE 1939. “Diário do Governo. Série II”. (1939-10-06).

⁴²⁴ Esta carta está transcrita em FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

⁴²⁵ CORREIA, Fernando Silva - O papel moderno do subdelegado de saúde. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1 (1946)

oposição ao regime, também a partir do mesmo ano.⁴²⁶ A experiência do Centro de Saúde de Lisboa terminou em 1958, a instituição foi encerrada pelo primeiro ministro da saúde.⁴²⁷

Admitimos assim que o encerramento do Centro de Saúde de Lisboa, está associado não só aos factos atrás relatados, mas também a um claro desinvestimento numa política pública de saúde para os cuidados de proximidade. Não chegava a vontade de José Alberto de Faria para manter em funcionamento o projeto de uma rede de centros de saúde concelhios, que, de resto, ia contra a política do Estado Novo, que não via com bons olhos a “estatização” dos serviços de saúde. A proliferação das Casas do Povo e dos Pescadores, e a então recente implementação do Instituto Maternal, aliadas ao desinteresse das próprias entidades públicas, à falta vontade política e de verbas, fizeram soçobrar os primeiros centros de saúde. Foi preciso esperar por 1971 para que a ideia ganhasse novo fôlego.

⁴²⁶ MORAIS, Palmira Tito de – Entrevista concedida a Maria Gabriela Mouga Fernandes. In GARCIA, Maria Gabriela Mouga Fernandes – Visita domiciliária ontem e hoje: aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 1995. Dissertação de Mestrado.

⁴²⁷ Idem.

Capítulo 2

AS INSTITUIÇÕES CORPORATIVAS E PRIVADAS

“O que significava a afirmação de que o Estado português era uma república corporativa?”

Significa primeiro o repúdio do centralismo dirigista, pelo reconhecimento de que o Estado resulta de uma sociedade política que engloba comunidades naturais (família, freguesia, concelho, profissão...) e associações voluntárias, com interesses próprios a respeitar, embora devendo ser disciplinados pelo interesse geral.”

Marcelo Caetano⁴²⁸

O corporativismo foi a forma encontrada pelo Estado Novo de “fazer justiça social”. As fontes de inspiração foram várias e incluíram o modelo italiano, e as encíclicas papais, *Quadragesimo anno* e *Divini Redemptoris*.⁴²⁹ Subjacente estava a ideia de que se deveriam racionalizar os encargos com a assistência na saúde e doença. O Estado Novo queria fazer do “caso português” um caso de sucesso⁴³⁰. No seu art.º 5º, a Constituição de 1933 afirmava que o Estado era “unitário e corporativo”, assumindo claramente o Estado Novo a pretensão de organizar as forças produtivas através de órgãos corporativos. Em função desta nova conceção emergiu, progressivamente, uma economia organizada com base na iniciativa particular, pertencendo ao Estado apenas a regulação e “coordenação superior”.⁴³¹

Os ideais corporativistas do Estado Novo previam a subordinação “solidária” dos indivíduos ao bem comum, com base na ideia de uma liberdade controlada. Considerava-se também que existia uma dependência “natural” e recíproca entre os membros de uma coletividade, logo os direitos e deveres de cada indivíduo resultariam dessa relação e da solidariedade que se

⁴²⁸ CAETANO, Marcelo – **Constituições portuguesas**. 6ª edição. Lisboa: Verbo, 1986.

⁴²⁹ PIMENTEL, Irene Fluser - **A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo**. Maia: Círculo dos Leitores, 2011.

⁴³⁰ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. (1933-03-19).

⁴³¹ UNIÃO NACIONAL - **Cartilha do Corporativismo**. Lisboa: União Nacional em colaboração com o Serviço de Propaganda Nacional, 1940.

considerava pré-existente⁴³². Aliás Marcelo Caetano refere como fontes da Constituição os compromissos assumidos pelos governos pós-1926, no sentido de criar um estado corporativo.⁴³³

Desta conceção corporativista resultou a criação obrigatória de sindicatos, grémios, federações ou uniões que tinham de ser oficialmente reconhecidos, e ideologicamente aprovados, e também a obrigatoriedade de inscrição nessas corporações para efeitos assistenciais. Tecnicamente as corporações tinham como funções conjugar os interesses patronais e as dos seus empregados, na ânsia da “paz social” que o Estado Novo propagandeava, construindo múltiplas formas de assistência adaptadas às realidades e possibilidades locais⁴³⁴ que, por isso mesmo, acentuaram desigualdades, como poderemos verificar ao longo deste estudo.



Figura 14: Decálogo do Estado Novo.

Fonte: Álbum do Secretariado de Propaganda Nacional, 1934. Arquivos do Instituto Ricardo Jorge.

As dificuldades de implementação do modelo corporativista nos moldes desejados pelos seus ideólogos, dos quais se destacava Pedro Teotónio Pereira, que o consideravam a melhor forma de substituir “o *individualismo anárquico e dissolvente*” pela ordem e disciplina que levariam a

⁴³² Idem.

⁴³³ CAETANO, Marcelo – **Constituições Portuguesas**. 6ª Edição. Lisboa: Verbo, 1986.

⁴³⁴ Palestra feita no Liceu José Estêvão em 28 de Maio de 1937 por ALMEIDA E OLIVEIRA, António Corrêa - **Princípios fundamentais do Estado Novo Corporativo**. Coimbra: Tipografia Gráfica de Coimbra, 1937 e UNIÃO NACIONAL - **Cartilha do Corporativismo**. Lisboa: União Nacional; Secretariado de Propaganda Nacional, 1940.

que tudo se condicionasse “*ao bem comum*”⁴³⁵, fez com que muitas pessoas não fossem incluídas em sistemas de proteção social⁴³⁶.

Poderemos dizer que o corporativismo, designado por António Costa Pinto et al como “*núcleo ideológico central do Estado Novo*”,⁴³⁷ contribuiu para a dispersão e implantação no terreno de múltiplas formas de assistência na saúde. As Casas do Povo, as Casas dos Pescadores e Caixas de Previdência assumiram a responsabilidade por cuidados de saúde de proximidade, mas não tinham caráter universal, antes uma população alvo específica. Este capítulo procura explicitar de que forma as instituições corporativas organizaram os cuidados de saúde de proximidade e como se desenvolveram, não esquecendo a ideologia que esteve na base da sua constituição.

2.1. AS CASAS DO POVO

“As Casas do Povo constituem uma criação notável do Estado Novo. São como um prolongamento das famílias das freguesias, de molde a formarem um grande vínculo de comunhão moral e material entre os seus elementos. As Casas do Povo sintetizam a organização sindical dos trabalhadores rurais, mantendo estes unidos para, calma e equilibradamente, tratarem dos seus interesses morais e materiais.”

Livro de Leitura para a 3ª classe do Ensino Primário de Adultos, pág. 75, década de 1940

As Casas do Povo foram criadas pelo decreto-lei 23051 em 1933⁴³⁸, no mesmo ano em que foi promulgado o Estatuto do Trabalho Nacional, constituindo um dos elementos fundamentais da organização corporativa do Estado Novo. Consideradas “*admiráveis instrumentos de cooperação social, sabiamente acomodados ao meio a que se destinam e à dignificação daqueles sobre que têm de atuar*”⁴³⁹. Segundo o regime, eram a solução local contra soluções de justiça social “*uniformes e inorgânicas*”⁴⁴⁰, que o espírito corporativista rejeitava. As Casas do Povo mantiveram-se até à criação do Serviço Nacional de Saúde.

Embora a fundação de Casas do Povo dependesse essencialmente da iniciativa de particulares, ou das instituições locais, a partir de um mínimo de cem associados, certo é que a lei

⁴³⁵ Conferência realizada em 5 de Junho de 1933 no Teatro de S. Carlos por PEREIRA, Pedro Teotónio Pereira - **As ideias do Estado Novo: Corporações e Previdência Social**. Lisboa: Edições do Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social, 1933. p.17.

⁴³⁶ PEREIRA, Pedro Teotónio - **As ideias do Estado Novo: Corporações e Previdência Social**. Lisboa: Edições do Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social, 1933.

⁴³⁷ PINTO, António Costa; MARTINHO, Francisco Carlos Palomanes; orgs. - **O Corporativismo em Português: Estado, Política e Sociedade no Salazarismo e no Varguismo**. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2008.

⁴³⁸ DECRETO-LEI Nº 23051. “*Diário do Governo. Série I*”. 217 (1933-09-23) 1662-1664.

⁴³⁹ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social: Casas do Povo 1933-1943**. Lisboa: Oficinas Gráficas Casa Portuguesa, 1943.

⁴⁴⁰ Idem.

previa que, nos casos de comprovada necessidade social, pudesse ser o Subsecretariado das Corporações e Previdência Social a tomar a decisão de impor a sua criação⁴⁴¹. Foi notória a pressão do Estado sobre as populações rurais no sentido de se organizarem e assegurarem a sua própria assistência, contribuindo deste modo para a construção de um Estado corporativo.⁴⁴² Exemplo disso, foi o facto de a inscrição nas Casas do Povo se ter tornado obrigatória para os trabalhadores rurais em Agosto de 1940.⁴⁴³ A partir daí, os métodos de coação para a associação passaram a ser ainda mais claros. A atribuição de determinados privilégios em tempos difíceis, como o direito dos sócios ao dobro dos bens previstos para não sócios, durante os tempos de racionamento no período da Segunda Guerra Mundial, foram disso exemplo.⁴⁴⁴

No entanto, nem sempre as populações rurais estavam disponíveis, ou tinham condições económicas que lhes permitissem assumir os encargos com a assistência. Por outro lado, existiam situações incompreensíveis do ponto de vista legal, visto que eram excluídos da assistência por não poderem ser sócios, os funcionários das Casas do Povo, uma vez que não eram rurais⁴⁴⁵, situação que só altera, em parte, em 1962, quando se proporcionou a possibilidade dos sócios e dos funcionários, poderem beneficiar dos serviços de assistência das Caixas de Previdência.⁴⁴⁶

Além do exercício da previdência e assistência, as Casas do Povo tinham como fins a proteção na doença, no desemprego e na invalidez e a elevação do nível cultural, através da defesa da moral e da instrução e educação do povo.⁴⁴⁷ As suas funções passavam assim pelo ensino, dinamização cultural, melhoramentos locais e a ocupação dos tempos livres em atividades que no ambiente político do Estado Novo, se consideravam adequadas.⁴⁴⁸ Queria isto dizer que, desde que não colocassem em causa a utilização dos meios das Casas do Povo para *fins políticos ou sociais contrários aos interesses da Nação*⁴⁴⁹ e que existissem fundos disponíveis, provenientes das quotas dos sócios, donativos, de atividades desenvolvidas pelas próprias Casas do Povo e dos

⁴⁴¹ DECRETO-LEI Nº 23051. “Diário do Governo. Série I”. 217 (1933-09-23) 1662-1664.

⁴⁴² PINTO, António Costa; MARTINHO, Francisco Carlos Palomanes; orgs. - **O Corporativismo em Português: Estado, Política e Sociedade no Salazarismo e no Varguismo**. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2008.

⁴⁴³ DECRETO Nº 30711. “Diário do Governo. Série I” 201 (1940-08-29) 1004.

⁴⁴⁴ ROSAS, Fernando - **Portugal entre a Paz e a Guerra 1939-1945**. Lisboa: Editorial Estampa, 1990.

⁴⁴⁵ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE ÉVORA - **Relatório de Actividades e Contas: 1964**. Évora: Minerva, 1965.

⁴⁴⁶ LEI Nº 2115. “Diário do Governo. Série I”. 138 (1962-06-18) 829-833. Bases da Reforma da previdência Social.

⁴⁴⁷ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943.

⁴⁴⁸ *Idem*.

⁴⁴⁹ DECRETO-LEI Nº 23051. “Diário do Governo. Série I”. 217 (1933-09-23) 1662-1664.

subsídios que poderiam ser atribuídos pelo Estado⁴⁵⁰. O cartaz abaixo, do Secretariado Nacional de Propaganda, realizado no âmbito das comemorações dos dez anos de ascensão ao poder de Salazar, propagandeia a ação das Casas do Povo, sugerindo que transformaria a vida de pobreza e de abandono assistencial dos trabalhadores rurais num exemplo de bem-estar, prosperidade e justiça social.

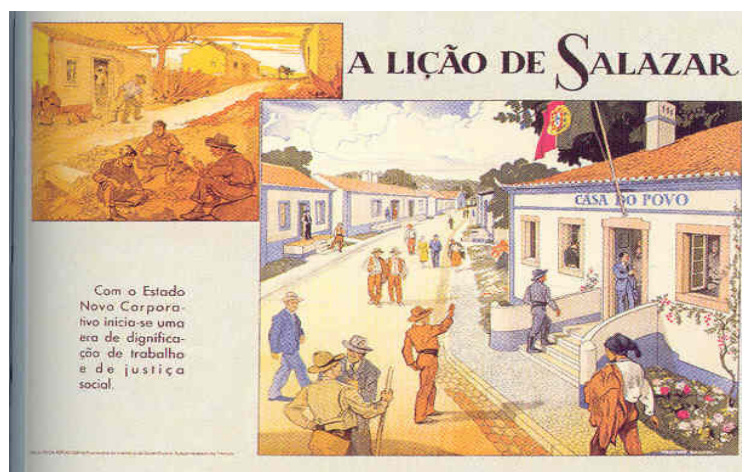


Figura 15: Casas do Povo.

Fonte: VIEIRA, J.; Fotobiografias Século XX - António Oliveira Salazar, Círculo dos Leitores, 2001.

Os sócios das Casas do Povo dividiam-se em três categorias. A primeira, englobava os sócios efetivos, os trabalhadores rurais, chefes de família ou maiores de dezoito anos do sexo masculino ou pequenos produtores agrícolas de baixos rendimentos. Na segunda categoria incluíam-se os contribuintes, ou seja, os proprietários agrícolas, singulares ou coletivos. Na terceira categoria, a dos protetores, ficavam os que, de modo voluntário, davam alguma contribuição/donativo para a instituição. As mulheres e crianças também podiam ser inscritas como sócios para que acessem aos benefícios. As duas primeiras categorias de sócios pagavam quotas mensais.

As dificuldades financeiras foram um dos maiores problemas destas organizações. Os baixos salários dos assalariados rurais, os poucos proventos dos pequenos proprietários agrícolas - a maioria dos proprietários rurais - não permitiam às Casas do Povo desenvolverem as atividades previstas, ficando à quem dos objetivos de prosperidade que a propaganda do Estado Novo anunciava para o mundo rural. Em termos de funcionários, só poderiam ser recrutados aqueles

⁴⁵⁰ Idem.

cujas remunerações pudessem ser suportadas pelas receitas próprias das Casas do Povo, ou seja essencialmente pelas quotizações dos seus associados. Muitas delas não tinham sequer verba suficiente para contratar médico e/ou enfermeiro, como é relatado, em 1964, pela Federação das Casas do Povo de Évora que refere a impossibilidade de alguns associados, com Casa do Povo na sua freguesia, não serem assistidos no seu posto médico por não disporem de fundos para o clínico ali se deslocar.⁴⁵¹

Às exigências legais feitas às Casas do Povo não correspondia o apoio financeiro necessário. Em meados da década de 1960, a situação financeira das Casas do Povo era de tal modo difícil que a Federação acima referida se lamentava não poder responder às necessidades dos seus sócios em termos de cuidados de saúde, visto que, *“para que a ação da Federação pudesse ser mais vasta necessita de receitas bem mais elevadas, mas o que é facto é que esse mesmo aumento (das contribuições) não resolveria, de forma alguma, nem em parte, as necessidades.”*⁴⁵² Daqui decorreu alguma dinâmica no encerramento e reabertura de Casas do Povo.

Entretanto, talvez devido às limitações financeiras, as Casas do Povo acabavam por nem sempre reunir as melhores condições de assistência aos seus associados. A Federação de Évora informava no referido relatório de 1964, que através do fundo comum criado tinha conseguido pagar a deslocação do médico uma vez por semana e pagar a uma curiosa para exercer enfermagem. Eram os próprios dirigentes das Casas do Povo que com o conhecimento dos responsáveis, pois os relatórios eram superiormente dirigidos, criavam serviços onde trabalhavam pessoas sem qualificação, exercendo funções para as quais não tinham competência, como era o caso do exercício de Enfermagem. As verbas dispensadas eram escassas para fazer face às necessidades crescentes de uma população empobrecida.⁴⁵³

A admissão de pessoal pelas Casas do Povo obedecia a normas próprias. A de médicos podia fazer-se através de concurso para *médico privativo*. Se o(s) médico(s) escolhido(s) exercesse(m) outros cargos, teria(m) que cumprir o estipulado em matéria de acumulação de funções e requerer autorização ministerial se o cargo fosse público⁴⁵⁴. Poderiam, também, ser

⁴⁵¹ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE ÉVORA - **Relatório de Actividades e Contas: 1964**. Évora: Minerva, 1965.

⁴⁵² Idem.

⁴⁵³ Ibidem.

⁴⁵⁴ Nomeadamente em relação ao teto salarial se trabalhasse em regime liberal ou em instituições privadas e em relação a autorização ministerial se detivesse cargo público, a este propósito ver MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E

celebrados acordo com as Misericórdias ou Câmaras Municipais, quando se pretendia utilizar os recursos médicos destas instituições.⁴⁵⁵

A insuficiência de verbas e a reconhecida necessidade de melhorar a assistência prestada, levaram a que as Federações Distritais das Casas do Povo tentassem rentabilizar os seus serviços decidindo pela extinção/junção de algumas delas e estabelecendo limites geográficos de área de intervenção.⁴⁵⁶ Apesar de estar consagrado na legislação de 1933 que a área de abrangência fosse a freguesia, que devia cimentar a *orgânica histórica dumá solidariedade tradicional*,⁴⁵⁷ a realidade era bastante diferente. A implantação das Casas do Povo foi um processo lento e nem sempre dentro dos parâmetros previstos. Por exemplo, no distrito de Bragança, a Casa do Povo de Vinhais, criada em 11 de Março de 1963, abrangia a população de 35 freguesias, ou seja, de todo o concelho, sendo que algumas das aldeias do concelho distam da vila cerca de 25 quilómetros.⁴⁵⁸

A partir de 1962, foi imposto às Casas do Povo um esquema mínimo de proteção que incluía a assistência médica e medicamentosa e a atribuição de subsídios por nascimento, doença, invalidez e morte, passando a contar para isso, com o apoio financeiro do Fundo Nacional de Abono de Família. Apesar da pretensão de se fazer uma cobertura de toda a população rural através das Casas do Povo, existiam disparidades geográficas, até no mesmo distrito. A muitos dos trabalhadores rurais e pequenos proprietários de freguesias onde não existia Casa do Povo não era permitido recorrer a outras, mesmo dentro do mesmo concelho, o que prefigurava desigualdades no acesso, nomeadamente, em freguesias mais pobres ou mais desertificadas do interior.

Eram muitas vezes os órgãos dirigentes das Federações Distritais das Casas do Povo, conscientes das desigualdades, a solicitar ao Ministério das Corporações e Previdência Social o “alargamento” geográfico da zona de intervenção das Casas do Povo de forma a assegurar uma maior acessibilidade das populações.⁴⁵⁹ As desigualdades existentes entre os habitantes das freguesias e concelhos rurais mais pobres e os mais prósperos eram flagrantes. Enquanto uns, através das quotas dos seus associados, porque mais numerosos, mais endinheirados ou mais

PREVIDÊNCIA SOCIAL - **Normas a observar no recrutamento e admissão do pessoal das Casas do Povo**. Lisboa: Ministério das Corporações e Previdência Social, 1963.

⁴⁵⁵ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE ÉVORA - **Relatório de Actividades e Contas: 1964**. Évora: Minerva, 1965.

⁴⁵⁶ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE BRAGA - **Relatório de Actividades e Contas da Gerência: 1964**. Braga: Oficinas Gráfica Augusto Costa & C.a, Lda, 1965.

⁴⁵⁷ PROENÇA, Manuel José; ABREU, Lopo de; SAMPAIO, Vasco de - **A terra e o homem: Casas do Povo**. Orient. Fot. de Jorge Alves; plan. Gabinete de Informação do Ministério das Corporações e Previdência Social. Lisboa: Junta de Acção Social, 1966.

⁴⁵⁸ Idem.

⁴⁵⁹ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE BRAGA - **Relatório de Actividades: ano de 1966**. Braga: [s.n.], 1967.

generosos, conseguiam criar mais serviços, comprar equipamentos, manter uma atividade contínua, outros, nem sequer conseguiam satisfazer as necessidades mais prioritárias dos seus associados.

Os dados do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência permitem identificar a existência de 530 Casas do Povo, em Junho de 1943, 400 em atividade, 233 tinham posto de socorros e 22 tinham criado creches, lactários e outras atividades de tipo recreativo para os seus sócios.⁴⁶⁰ No entanto, no distrito de Braga, em 1966, dos treze concelhos, apenas quatro eram inteiramente cobertos pelas Casas do Povo, enquanto nos restantes nove concelhos a população de 101 freguesias não tinha acesso aos benefícios desta instituição.⁴⁶¹ Estas dificuldades levaram a que o Estado incentivasse o entendimento entre Casas do Povo e Caixas de Previdência para a prestação de cuidados de saúde. Acordos específicos entre ambas permitiram que, desde o início da década de 1960, 156145 trabalhadores dos meios rurais passassem a ter assegurada assistência médica através das Casas do Povo.⁴⁶²

A abertura de novas Casas do Povo esteve condicionada às questões financeiras e políticas. Depois de um primeiro momento, que situamos entre 1933 e 1949, altura em que foram criadas 529 Casas do Povo, no período de 1950 a 1969 deu-se um nítido desinvestimento, que só conhecerá alterações entre 1970 e 1973, quando se deu novo impulso: das 415 Casas do Povo, 291 foram criadas em 1973, conforme se verifica no quadro seguinte.⁴⁶³

⁴⁶⁰ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943.

⁴⁶¹ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE BRAGA - **Relatório de Actividades: ano de 1966**. Braga: [s.n.], 1967.

⁴⁶² “Jornal Acção social”. (Março - Abril de 1960) 12-14.

⁴⁶³ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DO POVO - **Lista das Casas do Povo**. Lisboa: Junta Central das Casas do Povo, 1974.

Quadro 2: Criação de Casas do Povo entre 1933 e 1973.

DISTRITO	DÉCADA DE FUNDAÇÃO					DÉCADA DE 1970 (1970-1973)	TOTAL
	1933 a 1940	1940 a 1949	1950 a 1959	1960 a 1969			
ANGRA DO HEROÍSMO	2	2	0	5	20	29	
AVEIRO	6	6	3	5	48	68	
BEJA	40	18	2	1	3	64	
BRAGA	11	83	0	3	3	100	
BRAGANÇA	21	4	6	6	6	43	
CASTELO BRANCO	21	7	4	0	17	49	
COIMBRA	17	6	6	5	31	65	
ÉVORA	20	17	5	2	0	44	
FARO	12	7	1	2	17	39	
FUNCHAL	3	0	1	0	13	17	
GUARDA	9	5	1	7	30	52	
HORTA	1	1	0	0	16	18	
LEIRIA	6	3	1	0	18	28	
LISBOA	3	9	3	5	37	57	
PONTA DELGADA	7	2	2	6	8	25	
PORTALEGRE	25	23	3	5	0	56	
PORTO	3	10	2	7	44	66	
SANTARÉM	21	10	7	12	20	70	
SETÚBAL	10	5	1	0	5	21	
VIANA DO CASTELO	10	8	0	5	15	38	
VILA REAL	24	3	10	6	12	45	
VISEU	21	7	0	10	52	90	
TOTAL	293	236	58	92	415	1084	

Fonte: JUNTA CENTRAL DAS CASAS DO POVO - Lista das Casas do Povo. Lisboa: Junta Central das Casas do Povo, 1974.

Associamos esta diferenciação no investimento e criação das Casas do Povo a vários fatores: à frágil situação económica do meio rural, que dificilmente conseguia autosustentar um esquema de proteção social que englobava também cuidados de saúde; mas também a resistência dos próprios proprietários agrícolas e trabalhadores rurais ao modelo corporativista, e, ainda, a própria desresponsabilização financeira e de coordenação do Estado. A alteração verificada no início dos anos setenta pode explicar-se por uma nova postura em termos de política social adotada pelo governo de Marcelo Caetano.

A Lei 2144 de 1969 e o Decreto 455 de 1970⁴⁶⁴ tiveram implicações diretas na organização das Casas do Povo. Nessa altura, os sócios passaram a poder já recorrer aos serviços dos Serviços Médico-Sociais, ficando as Casas do Povo com maior disponibilidade financeira para realizarem as funções de previdência e cultura que lhes estavam atribuídas. Todas as pessoas residentes na área geográfica de abrangência de cada uma delas, e não só os trabalhadores rurais ou proprietários agrícolas, puderam tornar-se sócios e dirigentes das Casas do Povo.⁴⁶⁵ Os serviços médicos poderiam ser garantidos tanto pelas Casas do Povo como pelos serviços médicos da previdência, direito assegurado pelo novo Regime da Previdência, de Maio de 1969.⁴⁶⁶ No entanto, o ónus do pagamento desses serviços pertencia à Casa do Povo.

Após o 25 de Abril de 1974, os serviços de saúde das Casas do Povo, uma das bandeiras da política corporativa do Estado Novo, passaram para a alçada das Caixas de Previdência, sem estarem resolvidos muitos dos problemas iniciais. Houve necessidade de *equipar os serviços, organizar, e formar*⁴⁶⁷, sendo os profissionais dos postos médicos da Casa do Povo integrados nas Caixas de Previdência. Durante o curtíssimo período de integração nas Caixas de Previdência, os responsáveis por esta tarefa depararam-se com situações bastante difíceis: *“encontrei coisas terríveis ali nas Casas do Povo, no que toca a condições de trabalho, não havia higiene nenhuma, nem equipamentos, não havia nada, aquilo era uma coisa terrível, e portanto quando recebemos as Casas do Povo, depois de fazer aquela integração, eu tive de apetrechar os postos médicos das Casas do Povo, porque eles mantiveram-se”*.⁴⁶⁸ A passagem para os Serviços Médico-Sociais, a etapa seguinte, foi feita rapidamente sem grande preparação dos dirigentes ou profissionais para que assimilassem o novo modelo de cuidados.⁴⁶⁹ Esta integração, apressada e sem preparação, seria ao longo do tempo uma das características de várias reformas feitas nos CSP, como adiante veremos.

⁴⁶⁴ LEI Nº 2144. “Diário do Governo. Série I”. 127 (1969-05-29) 592-596; DECRETO Nº 455. “Diário do Governo. Série I”. 65 (1914-04-28) 247.

⁴⁶⁵ Idem.

⁴⁶⁶ Previdência das Casas do Povo - LEI Nº 2144. “Diário do Governo. Série I”. 127 (1969-05-29) 592-596

⁴⁶⁷ Entrevista a Adriano Campos. Braga, Abril de 2010.

⁴⁶⁸ Idem.

⁴⁶⁹ Por exemplo, no distrito de Braga, *“tivemos 2 meses para fazer a integração nos Serviços Médico-Sociais, este grupo correu ai todas as Casas do Povo do distrito, e fizemos reuniões com todas as direções e depois com o pessoal administrativo e de enfermagem e tal, para ver quem ficava, quem tinha de sair, e tivemos que entregar isso num prazo de um mês e meio”*. Entrevista a Adriano Campos. Braga, Abril de 2010.

2.2. AS CASAS DOS PESCADORES

As Casas dos Pescadores, criadas em 1937, pela lei 1953, de 11 de Março, e regulamentadas pelo Decreto nº 27978, de 20 de Agosto do mesmo ano, foram as últimas instituições criadas pela organização social corporativa, que tinha conhecido os seus primeiros passos com a publicação do Estatuto do Trabalho Nacional e com a criação de Sindicatos, Caixas de Previdência, Grémios e Casas do Povo. Há, no entanto, legislação anterior, de 1935, que já pressupunha a existência destas organizações, quer incluindo-as nos organismos previstos na organização corporativa,⁴⁷⁰ quer reconhecendo-lhes o direito de representação nos conselhos municipais e de constituição de seguros de acidentes de trabalho para pescadores.⁴⁷¹ Os representantes destas instituições tinham efetivamente assento no Conselho Municipal e assumiam claramente o seu papel questionando o desempenho do município e fazendo propostas.⁴⁷²

A partir da publicação do Estatuto do Trabalho Nacional iniciou-se o trabalho com vista a criar Casas dos Pescadores, envolvendo os representantes dos municípios e pescadores de cidades e vilas piscatórias. Disso nos dá conta um jornal local que noticia reuniões entre os pescadores e o presidente da edilidade para discutir os moldes de constituição da futura Casa dos Pescadores da vila piscatória de Sesimbra.⁴⁷³

A criação destas instituições foi cuidadosamente planeada através da auscultação dos vários interessados, esclarecimentos jurídicos, análise de propostas e inquéritos. Pretendia-se que as novas associações fossem adaptadas *“ao carácter, aos costumes e às necessidades das populações piscatórias”*, considerados os grandes obstáculos a vencer para a sua implementação.⁴⁷⁴ A preocupação e prudência com que foi feita a integração dos pescadores nos mecanismos corporativos, através das Casas dos Pescadores, retratam bem a dificuldade de aceitação que estas tiveram. Considerava o Estado Novo que os pescadores eram *“uma comunidade de homens teimosamente alheia ou avessa aos mais rudimentares princípios e*

⁴⁷⁰ LEI Nº 1884. “Diário do Governo. Série I”. 61 (1935-03-16) 385-387.

⁴⁷¹ LEI Nº 1940. “Diário do Governo. Série I”. 78 (1936-04-03) 381-384; DECRETO-LEI Nº 27424. “Diário do Governo. Série I”. 306 (1936-12-31) 1773-1874; e LEI Nº 1942. “Diário do Governo I Série”. 174 (1936-07-27) 859-864.

⁴⁷² MAGALHÃES, Manuela de [Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra] - [Carta] 1941 Maio 23, Sesimbra [ao] Presidente da CMS [Manuscrito]: Casa dos Pescadores: 1941-1960. 1941. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR K/I 01, Sesimbra, Portugal.

⁴⁷³ Em “Jornal Cezimbrense”. (15 de Abril de 1934) 403, noticia *“A convite de S. Ex.^a o sr. Capitão Preto Chagas, administrador e presidente do nosso município, realizou-se, na sala da Câmara Municipal, no pretérito sábado, uma concorrida reunião de marítimos das diferentes modalidades de pesca existentes em Sesimbra, para apreciarem a constituição da Casa do Pescadores (...) Foi nomeada a Comissão Organizadora, composta por indivíduos de modalidades de pesca que, em breve, terão a sua primeira reunião para estudarem e assentarem os moldes em que se deve basear tão útil, quanto necessária, organização.”*

⁴⁷⁴ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943. p.6.

benefícios da organização.⁴⁷⁵ Essa resistência à organização corporativa justifica-se pela existência de solidariedades já organizadas e culturalmente arraigadas nos pescadores.



Figura 16: Pescadores da Casa dos Pescadores de Sesimbra - década de 1940.

Fonte: Arquivo Municipal de Sesimbra

Raul Brandão na sua obra “Os pescadores”, publicada em 1923, tinha já retratado alguns dos modelos associativos e de solidariedade entre os pescadores, para fazer frente às adversidades.⁴⁷⁶ As Casas dos Pescadores representavam o fim dos seus próprios sistemas tradicionais de proteção social⁴⁷⁷ e aí radicava a desconfiança com que os olhavam, levando a que muitos deles se revoltassem contra o efetivo controlo da sua liberdade de associação⁴⁷⁸. Temos aqui que lembrar que o Estado Novo tornou obrigatória a inscrição nestas instituições, extinguindo as antigas associações e sindicatos dos pescadores⁴⁷⁹. As características dos pescadores, considerados pelo regime aventureiros, individualistas, esbanjadores, pouco disciplinados e

⁴⁷⁵ Idem. p.7.

⁴⁷⁶ “Este homem é de instinto comunista. Se um adoecer os outros ganham-lhe o pão: recebe o seu quinhão por inteiro. Se morre sustentam-lhe a viúva e os filhos.” In BRANDÃO, Raul – **Os pescadores**. Lisboa: Editorial Comunicação, 1986.

⁴⁷⁷ GARRIDO, Álvaro – **O Estado Novo e a Campanha do Bacalhau**. Rio de Mouro: Círculo dos Leitores, 2004.

⁴⁷⁸ LUCENA, Manuel de - **Previdência social**. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena (coord.) - **Dicionário de História de Portugal, Suplemento**. Porto: Figueirinhas, 2002.Vol. IX.

⁴⁷⁹ Sobre o assunto poderemos ver o Despacho que anula o alvará do Sindicato Nacional dos Pescadores do Distrito de Setúbal e transfere os seus haveres para a Casa dos Pescadores de Setúbal: DESPACHO DO SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL. “Diário do Governo I Série”. 263 (1939-11-10) 1191.

tecnicamente mal preparados,⁴⁸⁰ justificavam os novos organismos de assistência que procuravam também ter uma forte componente de controlo social, mas também, obviamente, de apoio ao ensino e formação profissional, *aperfeiçoamento da técnica das artes e maior produtividade*, o que, como era assumido pelo próprio Estado, muito contribuiria para aumentar os lucros das diferentes indústrias diretamente relacionadas com a pesca.⁴⁸¹

Entre 1937 e 1950, a Junta Central dinamizou acordos de contratos de trabalho entre armadores e pescadores, criou seguros de acidentes de trabalho, assinou acordos sobre preços e locais de venda do pescado, pensões por invalidez, velhice ou morte, fundou refeitórios, lares para idosos, infantários, escolas primárias e até colónias de férias para crianças. Além disso, empenhou-se em assegurar cuidados de saúde aos pescadores através de postos de puericultura, postos médicos para adultos, visitação domiciliária, maternidades (em 1953 existiam maternidades na Costa da Caparica, Espinho, Sines, Matosinhos, Olhão e Póvoa do Varzim) e lactários.⁴⁸²

Foram várias as áreas governativas que se envolveram na instituição de Casas dos Pescadores. Desde o primeiro momento esteve o comandante Henrique Tenreiro, da Marinha Portuguesa, e foram suas as intervenções que muitas vezes, de forma decisiva, definiram, ou cimentaram, as diretrizes de consolidação destas organizações.⁴⁸³ Henrique Tenreiro integrou os corpos gerentes da Junta Central das Casas dos Pescadores, a partir da década de 1940⁴⁸⁴, cuja presidência estava, geralmente, atribuída a oficiais da Marinha de Guerra, que eram simultaneamente os capitães dos portos onde estas estavam sediadas.⁴⁸⁵ Houve, no entanto exceções, pois no início da sua criação vamos encontrar, em 1941, em Sesimbra, uma armadora a assumir as funções de presidente⁴⁸⁶. Henrique Tenreiro, à frente da Junta Central, comandando os

⁴⁸⁰ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943.

⁴⁸¹ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943. p. 10.

⁴⁸² As reportagens de “O Século” sobre as actividades das pescas e da Junta Central das Casas dos Pescadores. Separata do: “Jornal do Pescador”. (Novembro 1951) 155, e Assistência Materno-Infantil da Junta Central das Casas dos Pescadores. In V CONGRESSO NACIONAL DE PESCA REALIZADO EM LUANDA, ANGOLA, 1958. Separata do: Boletim da Pesca. 71 (1958).

⁴⁸³ GARRIDO, Álvaro - Henrique Tenreiro: «Patrão das pescas» e guardião do Estado Novo. In Análise Social XXXVI:160, (2001) 839-862.

⁴⁸⁴ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Relatório de 1944**. 1ª edição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1945.

⁴⁸⁵ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943.

⁴⁸⁶ MAGALHÃES, Manuela de [Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra] - [Carta] 1941 Maio 23, Sesimbra [ao] Presidente da CMS [Manuscrito]: Casa dos Pescadores: 1941-1960. 1941. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR K/I 01, Sesimbra, Portugal.

seus capitães de portos, tornou-se o maior obreiro de uma estrutura assistencial que, em poucos anos, se tornou o maior apoio social dos pescadores.⁴⁸⁷

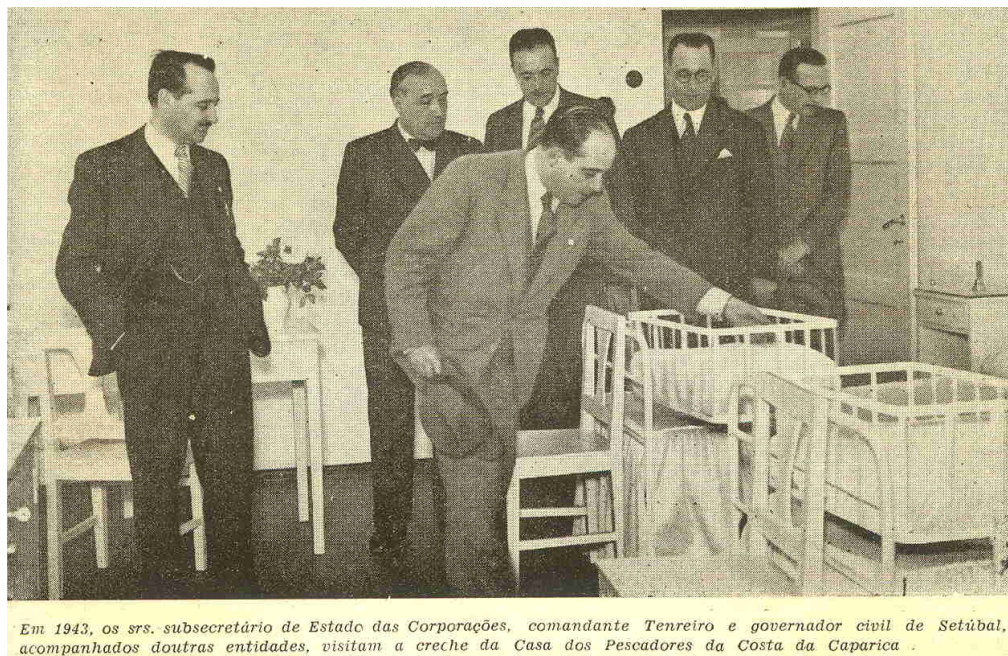


Figura 17: Henrique Tenreiro em visita a Casa dos Pescadores da Costa da Caparica, 1953.

Fonte: Jornal do Pescador. 188 (Setembro de 1954).

O controlo do Estado Novo sobre os pescadores, através das Casas dos Pescadores, era exercido sobre a organização do trabalho, da produtividade, das trocas comerciais nas lotas, da previdência e da assistência. Os pescadores eram compelidos a deixar as suas *miseráveis choupanas* e a ocupar as *confortáveis casas dos bairros* especificamente construídos para o efeito. As suas filhas eram incitadas a frequentar as casas de trabalho onde se conseguia *o maior rendimento e ótimo aproveitamento das alunas*⁴⁸⁸, onde se desenvolviam atividades consideradas muito meritórias para o sexo feminino, desde labores à culinária, princípios básicos de economia doméstica e puericultura, até à confeção de enxovais, que eram posteriormente entregues às famílias dos pescadores mais pobres.

⁴⁸⁷ GARRIDO, Álvaro - Henrique Tenreiro: «Patrão das pescas» e guardião do Estado Novo. In Análise Social XXXVI:160, (2001) 839-862.

⁴⁸⁸ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Relatório de 1944**. 1ªedição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1945.

Instituições hegemónicas, nas localidades piscatórias onde estavam inseridas, em termos de assistência e previdência, as Casas dos Pescadores podiam desenvolver atividades de representação profissional e de previdência e assistência (como cuidados de saúde, pensões de reforma e invalidez, empréstimos e seguros de acidentes de trabalho). A estas juntavam-se as culturais, desportivas e recreativas, de educação e instrução, de formação profissional, de controlo de qualidade e venda do pescado e de construção de habitação social.⁴⁸⁹

Para isso contavam com a associação obrigatória de pescadores, armadores e outras entidades patronais ligadas à pesca. As contribuições, também obrigatórias, dividiam-se entre as dos sócios efetivos, os pescadores que eram os beneficiários, e as dos sócios benfeitores, o patronato, “*cujos interesses se aliam intimamente à sorte do homem que vai à pesca*” e a quem cumpria “*a função digníssima de patronato moral em relação aos sócios efetivos*”.⁴⁹⁰

Como atrás já referimos, quando escrevemos sobre as Casas do Povo, o ideal corporativo de paz social e abolição da luta de classes presidiu também à organização das Casas dos Pescadores. As preocupações de enquadramento social e melhoria das condições de vida estavam também presentes, conhecida que era a miséria que os rodeava, como os escritores Raul Brandão e mais tarde Maria Lamas retrataram.⁴⁹¹ Aliadas ao investimento nas questões de assistência aos pescadores e às suas famílias, existiam, claramente assumidas, as considerações sobre o retorno de capital do investimento feito com a assistência médica. Aliás, o controlo médico era uma das influências com resultados mais positivos, procurando os seus dirigentes visitar periodicamente os serviços e presidir às várias inaugurações. A imprensa fazia também eco dos efeitos benéficos das Casas dos Pescadores “*Algumas parturientes choravam de alegria, quando nos revelavam o seu reconhecimento à Junta, às Casas dos Pescadores.*”⁴⁹²

Até 1943 foram criadas vinte e uma Casas dos Pescadores e três secções, com postos médicos, sendo que entre 1938 e 1942 tinham sido realizadas pelos postos médicos 228957 consultas, 18056 visitas domiciliárias de enfermeiras e parteiras, e atribuídos 1.724.295\$00 em medicamentos, enquanto o Posto de Puericultura de Lisboa⁴⁹³, tinha também realizado consultas,

⁴⁸⁹ LEI Nº 1953. “Diário do Governo. Série I”. 58 (1937-03-11) 207-208.

⁴⁹⁰ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas do Povo**. Lisboa: Oficinas Gráficas Casa Portuguesa, 1943. p.9.

⁴⁹¹ LAMAS, Maria - **As mulheres do meu país**. Lisboa: Caminho, 2003.

⁴⁹² As reportagens de “O Século” sobre as actividades das pescas e da Junta Central das Casas dos Pescadores. Separata do “Jornal do Pescador”. 155 (Novembro de 1951) 22. Artigo de Leopoldo Nunes.

⁴⁹³ Também da Casa dos Pescadores e destinado à assistência a grávidas e a crianças e a funcionar na Cordoaria e com uma extensão na Costa da Caparica.

visitas domiciliárias, tratamentos, vacinas e pesagens das crianças.⁴⁹⁴ Em 1953, eram já 81 os postos médicos destas instituições. Detinham ainda seis maternidades, 28 postos de puericultura, nove farmácias privativas e um Hospital em Olhão.⁴⁹⁵ Em 1958 eram 38 os Postos de Puericultura e discutia-se a sua articulação com os serviços do Instituto Maternal, pretendendo-se que estes funcionassem nos mesmos moldes sem perderem no entanto a sua autonomia, desiderato conseguido através de estágios dos seus profissionais nas Maternidades e dispensários deste instituto.

Apesar de todas estas atividades, em termos de assistência na saúde e na doença, as Casas dos Pescadores não se responsabilizavam por todos os internamentos dos seus sócios. Isso mesmo se pode verificar na carta do Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra, de 1954, que responsabilizava a Câmara Municipal pelo internamento psiquiátrico de um dos seus sócios, salientando que só o fazia nos casos em que a organização não dispunha desses serviços, *“fazendo-o todavia sempre que tais internamentos se relacionem com doenças para as quais existam serviços próprios da Organização, ou para aquelas abrangidas pelos estabelecimentos hospitalares com que mantêm contratos”*.⁴⁹⁶ Alguns dos cuidados de saúde, nomeadamente na área da psiquiatria ou de qualquer outra especialidade que não fizesse parte do pacote de benefícios cobertos por estas associações, tinham que ser assumidos pelo Estado, no caso dos pescadores pobres, através dos municípios (no caso de internamentos) e das escassas instituições públicas. A assunção da responsabilidade financeira por esse tipo de cuidados trazia dificuldades às Câmaras Municipais, pois muitas vezes os pedidos suplantavam as possibilidades dos seus magros orçamentos, como adiante poderemos verificar.⁴⁹⁷

Em 1941, a Junta Central da Casa dos Pescadores fazia a apologia do regime dizendo que *“O Estado Novo alegre-se quando nasce uma criança portuguesa, porque Portugal precisa de gente nova; e protege-a, porque é necessário que os portugueses sejam gente boa, sadia, forte e valente.”*⁴⁹⁸ E para criar essa gente *forte, sadia e valente* os serviços de saúde destas organizações contavam com equipas que integravam médicos, enfermeiras, parteiras, visitadoras e administrativos. Este poder disciplinador e de controlo

⁴⁹⁴ INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943. p. 9.

⁴⁹⁵ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **15 anos de assistência à Gente do Mar**. Lisboa, 1953.

⁴⁹⁶ VAZ, Abel [Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra] - [Carta] 1954 Fevereiro 16, Sesimbra [ao] Presidente da CMS [Manuscrito]: Casa dos Pescadores – 1941-1960. 1954. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR K/I 01, Sesimbra, Portugal.

⁴⁹⁷ VAZ, Abel [Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra] - [Carta] 1954 Fevereiro 16, Sesimbra [ao] Presidente da CMS [Manuscrito]: Casa dos Pescadores – 1941-1960. 1954. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR K/I 01, Sesimbra, Portugal.

⁴⁹⁸ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA - **Como cuidar das crianças: Conselhos às mulheres dos pescadores**. Lisboa: Oficina de Papel Luso-Brasileira, Maio de 1941.

social, exercido sobre os pescadores através dos serviços de saúde, vai tornar-se mais efetivo através da ação das enfermeiras e visitadoras sociais, a quem competia visitá-los, averiguar o seu estado civil, inquirir das suas necessidades materiais e morais e confortá-los moral e religiosamente⁴⁹⁹. Era também sua obrigação *incitá-los ao amor ao trabalho e ao apreço pela obra do Estado Novo*⁵⁰⁰ e averiguar os casos de miséria e de imoralidade.

Deveriam ainda providenciar que as crianças frequentassem a escola, que fossem batizadas e que se efetuassem os casamentos religiosos quando fosse o caso das situações não estarem “legalizadas”⁵⁰¹. Das intervenções mais especificamente direcionadas para a saúde faziam parte, o encaminhamento para as consultas médicas e tratamentos nos postos, a educação para a saúde, a informação ao médico sobre as diligências feitas e sobre a situação social e de saúde dos pescadores visitados e das suas famílias. Das atividades das enfermeiras destacavam-se ainda a profilaxia do contágio da tuberculose e a verificação do cumprimento do esquema terapêutico, a colaboração na vigilância da gravidez e a confirmação do cumprimento ético e técnico da ação das parteiras da instituição. Juntavam-se a estas atividades, a visita aos recém-nascidos e puérperas, prestando os primeiros cuidados em casa, e a aquisição de leite e enxovais sempre que se justificasse a necessidade e tal fosse possível⁵⁰².

Paradigmático do papel que as enfermeiras e visitadoras tinham enquanto agentes de controlo social, era a sua função de fazer com que, por “*meios de persuasão persistentes*”, as “*mulheres desarranjadas*”, que “*têm as casas imundas a fazerem-lhes limpezas radicais*”, contavam por isso com o apoio de Casas dos Pescadores que forneciam os produtos de limpeza. Deveriam também descobrir e informar de deficiências nas condições de higiene e salubridade do ambiente que comprometessem a saúde das populações das vilas ou bairros onde estas organizações estavam instaladas, com vista à sua resolução. Competia-lhes, ainda, colaborar com as dirigentes das casas de trabalho nas questões de gestão e requisição de materiais e na elaboração de mapas estatísticos⁵⁰³.

A Junta considerava muito relevantes todas estas funções, solicitando que fossem elaborados relatórios minuciosos sobre as famílias, devendo constar na ficha de inquérito o nome

⁴⁹⁹ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Serviço de Visitadoras - Instruções Regulamentares**. 1ª edição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1942.

⁵⁰⁰ *Idem*.

⁵⁰¹ *Ibidem*.

⁵⁰² JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Serviço de Visitadoras - Instruções Regulamentares**. 1ª edição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1942.

⁵⁰³ JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Serviço de Visitadoras - Instruções Regulamentares**. 1ª edição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1942.

da embarcação onde trabalhava o pescador e a sua alcunha. Salientava-se que muitas vezes os relatórios sobre a situação das famílias eram considerados exagerados pois qualificavam de “*miséria o que é resultante da falta de asseio, arranjo, economia e vice-versa*”.⁵⁰⁴ Explicitamente, a organização considerava ser a pobreza derivada de fatores endógenos aos próprios pescadores, responsabilizando-se pela própria pobreza, e não de fatores como os baixos salários, o analfabetismo ou a doença. Sofia de Mello Breyner, na década de 1960, descrevia a situação com grande realismo:

*“para usufruir desta benesse era preciso que o mendigo fosse doutras terras ou que, sendo do sítio, fosse reconhecido como verdadeiro pobre. Verdadeiros pobres, na terra eram o Lúcio que não tinha pernas, o Manuel, que não tinha braços, o Quintino que era cego, a Joana Surda, que era viúva e centenária, e a Maria Louca. Estes eram os verdadeiros pobres: de todo em todo não podiam trabalhar. Mas o Pedro da Serra que tinha nove filhos e ganhava quinze mil réis por dia a cavar pedregulhos, esse não era um verdadeiro pobre, pois tinha salário e dois braços.”*⁵⁰⁵

No entanto, ficaram de fora dessa assistência os que não eram considerados *verdadeiros pescadores*, os designados *pseudo-pescadores*, sem portos de pesca e sem abrigo, que viviam em palhotas ou barracas. Incluídos neste campo estavam os pescadores por conta própria (ou pescadores livres), os apanhadores de crustáceos, os sargaceiros, os pescadores fluviais e os das artes de xávega que resistiam à modificação do seu modo de vida e que não tinham direito de usufruir das mesmas regalias.⁵⁰⁶ Como a todos os potenciais utentes do sistema, ao pescador não chegava ser pobre, tinha que ser modesto, limpo, religioso e disciplinado. O Estado Novo diferenciava, claramente, os bons e obedientes dos “livres”. A instituição acentuava as desigualdades e comprometia, assim, o acesso a cuidados de saúde de certos grupos. Entende-se que não se tratava de justiça social, mas sim de construir um padrão assistencial que tinha em consideração o cumprimento das próprias formulações ideológicas do Estado Novo.

O Estado Novo delegava nas Casas dos Pescadores, como tinha delegado noutros organismos corporativos, através dos seus serviços de saúde, o controlo não só sanitário, mas também moral e social dos pescadores. As enfermeiras e as visitadoras transformavam-se, nesta conjuntura, em colaboradoras da ideologia e do poder exercido pelo Estado Novo. Michel Foucault acentua que o biopoder é um “*sistema apertado de coerções*”⁵⁰⁷, poder disciplinar, de vigilância contínua que tenta assegurar o exercício ou manutenção de poder. Nesta linha os profissionais de

⁵⁰⁴ Idem, p. 12.

⁵⁰⁵ ANDRESEN, Sofia de Mello Breyner - **Contos Exemplares**. 3ª edição. Lisboa: Contemporânea/Portugália, 1970. p.17.

⁵⁰⁶ Reportagens de “O Século”. Separata do “Jornal do Pescador”. 154 (Outubro de 1951).

⁵⁰⁷ FOUCAULT, Michel – **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Livros do Brasil, 2006, p. 49.

saúde assumiram aqui um papel claramente disciplinador no sentido da homogeneização e normalização dos comportamentos dos pescadores e suas famílias que Foucault acentua como próprias do biopoder.⁵⁰⁸ Era um controlo ambivalente, pois de facto proporcionava melhores condições de vida e de saúde aos pescadores e acompanhava-os e às suas famílias, desde o ventre materno até à sua morte.

Em 1968, medidas legislativas alteraram, embora não significativamente, o funcionamento das Casas dos Pescadores, através de um novo Regulamento, e consideraram-nas obrigatórias. Previa-se que só poderiam ser extintas por fusão com outras⁵⁰⁹ e que houvesse penalização para os sócios que não pagassem as suas quotas e cobrança judicial. De forma coerciva, o Estado Novo pretendia que fossem os próprios pescadores a assegurar a sua assistência⁵¹⁰. Também na mesma data um outro decreto⁵¹¹ modificou a estrutura e alargou a ação da Junta Central das Casas dos Pescadores. A Junta continuou a exercer funções de coordenação e orientação destas instituições, contando a partir de aqui com completa autonomia administrativa e financeira e personalidade jurídica própria, na dependência direta do Ministro das Corporações e Previdência Social.⁵¹² A presidência da Junta ficou entregue a um general da Armada, nomeado pelo ministro, enquanto os dois vice-presidentes passaram a ser nomeados, um pelo ministro das Corporações e Previdência Social e outro pelo Ministro do Ultramar. Com esta legislação, a ação da Junta foi também alargada às colónias. Apenas os quatro vogais eram eleitos, dois deles pelos grêmios de armadores e dois pelas Casas dos Pescadores, um da metrópole e um das colónias.⁵¹³

Daqui se percebe que os pescadores efetivamente não tinham qualquer poder nos órgãos diretivos da organização, pois até, como já mencionámos, os seus presidentes eram os capitães de porto. Ao invés do que acontecia com as Casas do Povo (cuja direção, presidente incluído, não era nomeada mas sim eleita em assembleia de sócios), as Casas dos Pescadores, tinham uma política de comando e controlo muito mais eficiente e fechada sobre si própria.⁵¹⁴ O delegado de saúde tinha também poder de orientar tecnicamente e inspecionar os serviços de saúde das Casas do Povo⁵¹⁵ mas não o podia legalmente fazer em relação aos serviços das Casas dos Pescadores.

⁵⁰⁸ Idem, p. 195.

⁵⁰⁹ DECRETO-LEI Nº 48506. “Diário do Governo. Série I”. 179 (1968-07-30) 1100-1103. Art.21º.

⁵¹⁰ Idem, Art. 20º

⁵¹¹ DECRETO-LEI Nº 48507. “Diário do Governo. Série I”. 179 (1968-07-30) 1103-1105.

⁵¹² DECRETO-LEI Nº 48506. “Diário do Governo. Série I”. 179 (1968-07-30) 1100-1103.

⁵¹³ Idem, art.º 5º.

⁵¹⁴ LEI Nº 2144. “Diário do Governo. Série I”. 127 (1969-05-29) 591-596.

⁵¹⁵ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

Pelo seu carácter profundamente interventivo, as Casas de Pescadores prefiguraram no sistema corporativo do Estado Novo, de forma ímpar, o controlo social e ideológico assente em políticas assistenciais ao longo da vida, com uma rede de instituições disseminadas pela costa portuguesa. Na linha do defendido por Álvaro Garrido, que considera ter sido o setor das pescas um poderoso subsistema do Estado Novo, que ajudou a reforçar o regime⁵¹⁶, também consideramos que no setor da saúde das Casas dos Pescadores, através de numerosas formas de manifestação e exercício do biopoder, o Estado Novo procurou veicular e sedimentar a sua ideologia.

Ao contrário dos serviços públicos, os serviços de saúde destas organizações continuaram a existir sob a tutela do Ministério das Corporações e Previdência Social, tal como os das Casas do Povo e Caixas de Previdência. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, os serviços de saúde das Casas dos Pescadores foram nele integrados, embora com relutância por parte dos seus dirigentes.⁵¹⁷ No entanto as organizações corporativas mais tardiamente integradas no SNS foram as Caixas de Previdência.

2.3. AS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA

As Caixas Sindicais de Previdência foram fundadas em Março de 1935 e regulamentadas em Outubro desse mesmo ano. Tinham como propósitos proteger os trabalhadores contra a doença, invalidez e desemprego, assegurando-lhes também uma pensão de reforma. Consideradas o *“tipo mais perfeito e mais completo das instituições de previdência de base corporativa”*⁵¹⁸, resultaram de contratos coletivos de trabalho que incluíam os termos de contribuição para a previdência, abrangiam obrigatoriamente patrões e empregados e dependiam exclusivamente da existência do Sindicato e das empresas e profissões que este representava. O objetivo das Caixas de Previdência era afastar *“a utopia socialista do Estado-Providência”* e construir uma solução assistencial em conformidade com as *“realidades da vida”*.⁵¹⁹ Como temos vindo a analisar, o

⁵¹⁶ GARRIDO, Álvaro – **O Estado Novo e a Campanha do Bacalhau**. Rio de Mouro: Círculo dos Leitores, 2004; LUCENA, Manuel – As casas dos Pescadores revisitadas. In GARRIDO, A. (coord.) - **A pesca do bacalhau – História e memória**. Lisboa: Editorial Notícias, 2001, p.155-179.

⁵¹⁷ LUCENA, Manuel – As casas dos Pescadores revisitadas. In GARRIDO, A. (coord.) - **A pesca do bacalhau – História e memória**. Lisboa: Editorial Notícias, 2001, p.155-179.

⁵¹⁸ DECRETO Nº 25935. *“Diário do Governo. Série I”*. 237 (1935-10-12) 1465-1476.

⁵¹⁹ Idem.

Estado Novo fazia questão de acentuar a sua “diferença” ideológica e a crítica ao Estado-Providência⁵²⁰.

Na origem deste projeto estava a necessidade de criar soluções parcelares de assistência adaptadas às realidades dos diferentes grupos da população,⁵²¹ com nítidos objetivos políticos e sociais, nomeadamente o da manutenção do *status quo* social, dando aos pobres o mínimo através dos serviços públicos, numa lógica não muito diferente do utilitarismo inglês do séc. XIX. Estava fora de questão o acesso aos cuidados de saúde como um direito, como tem sido destacado em vários estudos.⁵²²

Reproduzia-se nos serviços de saúde a própria situação social dos seus utilizadores. Isso mesmo acontecia com as diferenças entre os recursos das próprias Caixas de Previdência dos diferentes sindicatos, visto que o tipo de cuidados de saúde e regalias dependia precisamente da situação económica das empresas e empregados. A uniformidade do sistema, mesmo neste caso não passava de “*ilusão*”.⁵²³

Embora da responsabilidade de patrões e empregados, as Caixas de Previdência eram orientadas pelo Estado e a sua atividade *rodeada das medidas de segurança* consideradas indispensáveis para um melhor funcionamento.⁵²⁴ Os inscritos nas Caixas eram os beneficiários - os empregados - os contribuintes, as entidades patronais, e os honorários que contribuíam com donativos ou com serviços relevantes. Os beneficiários pagavam também uma contribuição mensal correspondente a uma percentagem do seu ordenado. As direções das Caixas eram constituídas pelo presidente, tesoureiro, secretário e dois vogais. O presidente era escolhido no círculo das entidades patronais pelo presidente da respetiva corporação ou, no caso de este não existir, pelo subsecretário de Estado. Dos quatro membros restantes, dois eram nomeados pelas entidades patronais e dois pelas direções dos sindicatos.⁵²⁵ As direções de cada Caixa eram responsáveis por providenciar e administrar os recursos, cabendo-lhes decidir, dentro de um esquema de estrita

⁵²⁰ PIMENTEL, Irene Flutser - A assistência social e familiar no Estado Novo (anos 30 e 40). *Análise social*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. XXXIV:151-152 (Inverno 2000) 477-508.

⁵²¹ DECRETO Nº 25935. “*Diário do Governo. Série I*”. 237 (1935-10-12) 1465-1476.

⁵²² CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983; PIMENTEL, Irene Flutser - A assistência social e familiar no Estado Novo (anos 30 e 40). *Análise social*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. XXXIV:151-152 (Inverno 2000) 477-508; PATRIARCA, Fátima – **A questão social no salazarismo**. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1995; D’UVA, Teresa Bago – **Equidade no Sector da Saúde em Portugal**. In SIMÕES, Jorge (coord.) – **30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado**. Coimbra: Almedina, 2010.

⁵²³ DECRETO Nº 25935. “*Diário do Governo. Série I*”. 237 (1935-10-12) 1465-1476.

⁵²⁴ Idem.

⁵²⁵ DECRETO Nº 25935. “*Diário do Governo. Série I*”. 237 (1935-10-12) 1465-1476.

poupança, a contratação dos empregados. Daqui resultaram procedimentos salários desiguais, reproduzindo a desigualdade dos beneficiários das diferentes Caixas.⁵²⁶

Embora em 1942 existissem 354 Caixas de Previdência (34 em 1938),⁵²⁷ o desenvolvimento dos serviços de saúde não acompanhara o ritmo de crescimento, situação que só se alterou com a criação da Federação das Caixas de Previdência em 1946. A necessidade de racionalização na prestação de cuidados de saúde, concentrando recursos no sentido de diminuir os custos e melhorar resultados, foi o motivo invocado, existindo também consciência de que as diferentes regalias na prestação de cuidados de saúde traziam disparidades difíceis de justificar.⁵²⁸ Com esta nova entidade dava-se início a um serviço de âmbito nacional que agregava os serviços dispersos pelas Caixas dos vários sindicatos.⁵²⁹

A criação da Federação possibilitou a constituição de uma rede de serviços de saúde a nível nacional e uniformizou o funcionamento e a organização dos serviços de saúde das diferentes Caixas de Previdência.⁵³⁰ Contou, no entanto, com a oposição da Ordem dos Médicos (OM), que via no alargamento destes serviços, uma ameaça à clínica livre e uma tentativa de socialização da Medicina.⁵³¹ Intenção que o governo claramente negou através da intervenção direta do subsecretário de Estado, no sentido de ter na OM uma aliada, tentando conjugar os interesses cooperativos do Estado Novo com os interesses da classe médica.⁵³²

Significativa foi também a polémica a propósito dos benefícios atribuídos pela Federação aos seus utentes, visto que, após a integração, muitas das Caixas de Previdência suspenderam o pagamento de todos os cuidados de saúde, nomeadamente de grandes cirurgias, de internamentos por tuberculose e outros, por exemplo, psiquiatria, pelo menos até aos finais da década de 1960. Este facto era considerado uma incompreensível injustiça, visto que os beneficiários, e não segurados, como os legisladores teimavam em designar, pagavam para que o auxílio na doença

⁵²⁶ Idem.

⁵²⁷ SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de acção Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956.

⁵²⁸ Preâmbulo do DECRETO Nº 37762. “Diário do Governo. Série I”. 38 (1950-02-24) 119-126, em que o legislador especifica as razões que conduziram à criação da Federação.

⁵²⁹ DECRETO-LEI nº 35611. “Diário do Governo. Série I”. 89 (1946-04-25) 301-304. e SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de acção Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956.

⁵³⁰ DECRETO-LEI Nº 35611. “Diário do Governo I Série”. 89 (1946-04-25) 301-304.

⁵³¹ FERNANDES, António Júlio de Castro - **Sobre a organização da medicina**. Discurso proferido pelo Sub-Secretário de Estado das Corporações e Previdência Social, Dr. António Júlio de Castro Fernandes, na Faculdade de Medicina do Porto, em 8 de Novembro de 1947. Lisboa: Edição da Federação de Caixas de Previdência, 1947.

⁵³² Idem.

fosse efetivo e completo. O descontentamento era por vezes publicamente manifestado, pois alguns consideravam que nos momentos de maior fragilidade não era assegurada a assistência⁵³³.

A nível nacional os serviços estavam organizados em delegações regionais que tinham por base a divisão do país, em três zonas, como vemos na figura abaixo. Essas delegações regionais eram as responsáveis pela gestão e administração dos postos clínicos.

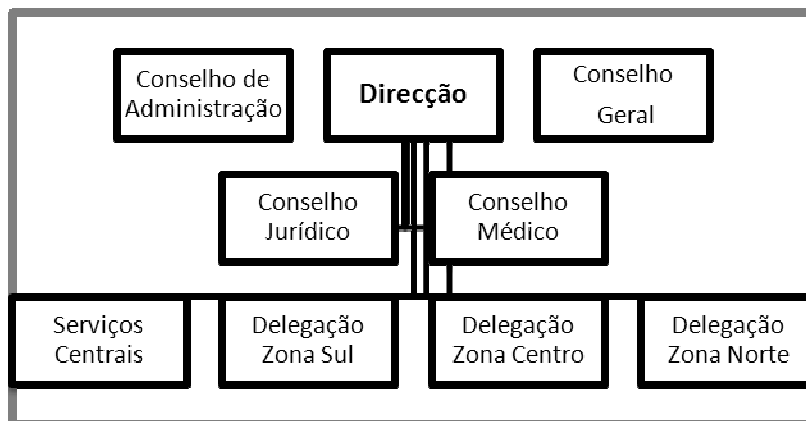


Figura 18: Organograma da Federação das Caixas de Previdência.

Fonte: Serviços Médico Sociais das Caixas de Previdência “Dez anos de Ação Social”.

Funcionando como um projeto aglutinador, a Federação, potenciou o aumento do número de postos clínicos: em 1946 eram oito com seis delegações (mais pequenas e destinadas a localidades com menor número de inscritos), e em 1955 setenta e seis postos e cento e quarenta e cinco delegações. Em meados da década de 1950, os serviços de saúde da Federação das Caixas de Previdência abrangiam 10,7% da população portuguesa continental, na altura 875.654 pessoas.⁵³⁴

Tanto quanto pudemos verificar os serviços de saúde estavam essencialmente vocacionados para tratar a doença, desde a assistência ao parto⁵³⁵, consultas de especialidade,

⁵³³ Comunicação apresentada no IV Congresso das Misericórdias, realizado em Lisboa em 1959 por MENDES, Carlos de Azevedo – **Assistência: Previdência**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.

⁵³⁴ SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de acção Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956.

⁵³⁵ Para efeitos de assistência, o parto era considerado doença. Existiam por isso parteiras contratadas que assistiam ao parto no domicílio ou encaminhavam as parturientes para o hospital, quando considerado necessário. Permanecia a ideia corrente de que, para melhorar a saúde materna, bastava existir assistência no parto. In DECRETO Nº 25935. “Diário do Governo. Série I”. 237 (1935-10-12) 1465-1476 e Entrevista a Adriano Campos e SERVIÇOS MÉDICO-

cuidados dentários e exames complementares de diagnóstico, que dificilmente eram proporcionados em regime ambulatorio por outros serviços de saúde. No entanto, não existia uma prestação de cuidados de saúde integrada, visto que não contemplava, serviços de promoção e vigilância dos grupos de risco como crianças, grávidas, pessoas com tuberculose, serviços de vacinação e outros, limitando-se apenas a dar resposta às situações de doença. Isto significava que, em termos de cuidados de vigilância da saúde infantil e de vacinação, os seus beneficiários continuavam a recorrer aos serviços públicos. Não existia também trabalho em equipa multidisciplinar. Relata Adriano Campos sobre a questão que “as enfermeiras eram dominadas completamente pelos médicos, eles queriam que as enfermeiras estivessem nos consultórios com eles, para fazerem os cabeçalhos das receitas para adiantarem serviço.”⁵³⁶ O desajustamento entre o que era previsto como cuidados de qualidade e a prática clínica nas caixas levava a que os próprios médicos fizessem duras críticas. Bissaya Barreto refere-o nos seguintes termos:

“É opinião unânime que a atual Medicina, exercida nas Caixas de Previdência é uma Medicina inferior; Que contributo tem dado à medicina portuguesa o movimento dos serviços médicos das caixas? Nem resultado diferente se poderia obter sabendo-se da frequência habitual das consultas e do regimen de trabalho ali usado; assim, à consulta de psiquiatria apresentam-se por vezes vinte primeiras consultas para serem dadas em duas horas! Evidentemente tudo isto é uma fraude. (...) o médico não pode ver no seu trabalho um frete de que deve desembaraçar-se com o menor esforço e o mais rapidamente possível”⁵³⁷.

Na verdade, as Caixas proporcionavam aos médicos proventos mas não desenvolvimento profissional ou espaço para uma prática clínica de qualidade, situação que se agravava no caso dos enfermeiros, quer por falta de formação, quer por impossibilidade de atualização e escassez de recursos⁵³⁸.

Embora existissem parteiras e enfermeiras com o curso geral de enfermagem, que geralmente assumiam a chefia dos serviços, a política de contenção, até na contratação dos profissionais de saúde, aliada à escassez de enfermeiros, conduziu a que a maior parte dos profissionais de enfermagem das Caixas de Previdência fossem, de facto, auxiliares de enfermagem.⁵³⁹

SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de acção Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956.

⁵³⁶ Entrevista a Adriano Campos.

⁵³⁷ BARRETO, Bissaya - **Subsídios para a história VII – Coisas que aconteceram**. Coimbra: Coimbra Editora, 1964. p. 128.

⁵³⁸ Idem.

⁵³⁹ Entrevista a Adriano Campos e SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de acção Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956.

Apesar de todas estas limitações, em 1955, a Federação tinha a trabalhar nos seus serviços 929 médicos, 660 enfermeiras (este número incluía os auxiliares de enfermagem, as enfermeiras e enfermeiras parteiras), 552 administrativos, 26 assistentes sociais e 295 outros profissionais.⁵⁴⁰ O elevado número de médicos deve-se ao facto destes, excetuando-se os médicos chefes dos postos, serem contratados por escassas horas diárias ou semanais. Ressalve-se ainda a quase equivalência entre o número de administrativos e enfermeiros

As visitas domiciliárias eram um dos benefícios de que os inscritos usufruíam. Estas visitas poderiam ser realizadas por médicos, em caso de doença que impossibilitasse a ida aos serviços, mas eram essencialmente asseguradas pelas enfermeiras, que se dedicavam essencialmente aos cuidados curativos e aos partos. Os partos e as “visitas de parto” eram realizados por parteiras.⁵⁴¹

A reforma da previdência através da lei de bases da previdência social, em 1962, atribuiu ao Estado, através do Ministério das Corporações e Previdência Social, a competência de criar caixas de previdência e organizar toda a política social de forma coordenada através do denominado Conselho Social.⁵⁴² Deste modo, o Estado restringia o poder dos organismos corporativos, procurando controlar as organizações, quer no âmbito da saúde, quer no âmbito mais abrangente de toda a política social.

A propagandeada autonomia dos organismos corporativos, que estava já colocada em questão com a obrigatoriedade de associação e extinção de muitas das organizações mutualistas com tradição de séculos, ficou então seriamente comprometida. O número de postos e delegações continuou a aumentar e em 1971, apesar das intenções de integração, ainda eram inaugurados novos postos.

O poder detido pelos Serviços Médico-Sociais, quer em termos de recursos, quer de número de beneficiários, ultrapassava o de qualquer outro organismo corporativo no início da década.

⁵⁴⁰ Idem.

⁵⁴¹ Entrevista a Adriano Campos, SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de ação Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956; CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

⁵⁴² LEI Nº 2115. “Diário do Governo. Série I”. 138 (1962-06-18) 829-833.



Figura 19: Serviços Médico Sociais em Lisboa, 1969.

Fonte: Arquivo Fotográfico do Arquivo Municipal de Lisboa.

Perfilavam-se nessa altura tempos de mudanças, discutiam-se formas de articulação e celebravam-se protocolos que prefiguravam uma conjugação de esforços no sentido de melhor coordenar os serviços de saúde em Portugal.⁵⁴³ Várias tentativas de integração dos serviços das Caixas de Previdência com os serviços públicos iriam ser feitas a partir de 1971, mas o processo, como adiante veremos, não seria fácil.

Saliente-se que, a par das organizações corporativas, existiam inúmeras instituições privadas que asseguraram cuidados de saúde. Entre todas, pela sua antiguidade e pela diversidade de intervenções no campo assistencial, destacam-se as Misericórdias.

2.4. AS MISERICÓRDIAS

As confrarias da Misericórdia, fundadas em Portugal a partir do final do século XV, antecipando o movimento de reforma da Igreja Católica, que o Concílio de Trento assinalou, estão ligadas à reforma da assistência encetada pela Coroa e ao nascimento do Estado Moderno. A primeira confraria foi instituída em Lisboa, em 1498, por iniciativa da rainha D^a Leonor de Lencastre, enquanto substituída o seu irmão D. Manuel I. As confrarias instalaram-se rapidamente por todo o

⁵⁴³ NEVES, Ilídio das - Discurso proferido enquanto presidente da Direcção da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família em 19 de Janeiro de 1971 nas cerimónias de inauguração dos Postos Clínicos da Ajuda e Marechal Carmona, em Lisboa. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMILIA. Boletim de Documentação. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971); FERREIRA, Gonçalves - Discurso proferido enquanto Secretário de estado da Saúde e Assistência em 19 de Janeiro de 1971 nas cerimónias de inauguração dos Postos Clínicos da Ajuda e Marechal Carmona, em Lisboa. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMILIA. Boletim de Documentação. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971).

território nacional e em 1521 já existiam 77.⁵⁴⁴ Apesar de todas as alterações religiosas e políticas, estas instituições vão ter grande desenvolvimento nos séculos posteriores, já que em 1910 tinham sido já constituídas 436 Misericórdias, ultrapassando largamente o número de concelhos que eram, nessa altura, trezentos e três.⁵⁴⁵

Fundadas com propósitos caritativos e assistenciais e baseadas em valores religiosos cristãos, a sua criação está também associada à política de centralização dos cuidados e das instituições de assistência por parte da coroa, iniciada por D. João II. ⁵⁴⁶ Laurinda Abreu refere duas fases distintas nos dois primeiros séculos de existência das Misericórdias: a primeira decorreu até meados do século XVI, com a centralização das competências assistenciais, a segunda fase corresponde a uma política de patrimonialização com a anexação de hospitais. Estiveram também associadas a uma maior intervenção do poder real que, através do controlo das instituições de caridade e das elites locais, reforçou a sua autoridade no país.⁵⁴⁷

Para o sucesso desta medida muito serviram os privilégios reais atribuídos aos seus provedores, em tudo semelhantes aos que eram concedidos aos responsáveis municipais, desenvolvendo um complexo esquema de mobilidade social e acumulação de poder,⁵⁴⁸ vigente ainda no final da década de 1950. Exemplo disso, os casos do provedor da Misericórdia de Vila Viçosa que no Congresso das Misericórdias, em 1959, afirmava *“onde a assistência se processa de modo harmonioso, sem atritos, eficazmente, é onde o provedor da Misericórdia é, ou tem sido, simultaneamente, presidente da Comissão Municipal da Assistência, presidente da Câmara e dirigente corporativo”*⁵⁴⁹ e o de um outro provedor que referia ter *“feito o grande sacrifício de exercer funções diretivas em duas Misericórdias e três Câmaras Municipais.”*⁵⁵⁰

⁵⁴⁴ FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

⁵⁴⁵ PAIVA, José Pedro – **O movimento fundacional das Misericórdias (1498-1910)**. In A solidariedade nos séculos: a confraternidade e as obras. Actas do I Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Lisboa: Alêthea Editores, 2009, p. 397-412.

⁵⁴⁶ Idem e CORREIA, Fernando da Silva – **Origens e formação das misericórdias portuguesas**. Lisboa: Henrique Torres Editor, 1944.

⁵⁴⁷ ABREU, Laurinda - Misericórdias: patrimonialização e controle régio (séculos XVI e XVII). Ler história. 44 (2003)5-24.

⁵⁴⁸ Aliás as questões da mobilidade social, associadas a estas associações e ao controle político e socio caritativo por parte das mesmas elites, alternando ou acumulando cargos de gestão autárquica e cargos de provedoria durante a monarquia, têm sido amplamente estudadas por Laurinda Abreu. ABREU, Laurinda - A assistência e a saúde como espaços de inovação: alguns exemplos portugueses. In SAKELLARIDES, Constantino; ALVES, Manuel Valente, ed, lit. - **Lisboa, Saúde e Inovação – do Renascimento aos dias de hoje**. Lisboa: Edições Gradiva, 2008, p. 37-45.

⁵⁴⁹ PALMEIRO, Joaquim Augusto Saraiva - **Sobre os órgãos de assistência concelhia**. IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - Actas do IV Congresso das Misericórdias: vol.II. Lisboa, 1959. p.67.

⁵⁵⁰ COSTA, Mário Perdigão Garcia da - **Sobre os órgãos de assistência concelhia**. IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - Actas do IV Congresso das Misericórdias: vol.II. Lisboa, 1959. p. 139.

Mas as questões do controlo e exercício do poder não constavam, nem constam, das premissas de intervenção das Misericórdias. As confrarias constituídas por leigos, tinham por base da sua intervenção o objetivo genérico de cumprir as catorze obras de Misericórdia conforme o 1º Compromisso da Misericórdia de Lisboa, que foi adotado, ainda que com adaptações, por todas as Misericórdias.⁵⁵¹ A prática assistencial dividia-se assim entre sete obras de Misericórdia espirituais: *ensinar os simples, dar bom conselho a quem pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes e desconsolados, perdoar a quem errou, sofrer as injúrias com paciência, rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos*⁵⁵² e sete corporais: *remir cativos e visitar os presos, curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pousada aos peregrinos e pobres e enterrar os mortos.*⁵⁵³

Esta nova forma de viver a fé, através de práticas piedosas que incluíam a assistência aos mais desfavorecidos, na sequência da vaga reformista da Igreja Católica no século XV, terá sido, segundo Isabel dos Guimarães Sá, um dos fatores que influenciou a fundação das Misericórdias. Se as boas obras apagavam os pecados havia pois que as dinamizar, pois se constituíam como oportunidade de alcançar a salvação.⁵⁵⁴

Para que fosse possível executarem as obras caritativas, estas instituições foram dotadas de personalidade jurídica e receberam privilégios régios que lhes permitiam facilitar a sua atuação. O culto das almas do Purgatório, que assentava na salvação eterna das almas assegurada através da celebração de missas, foi determinante para as Misericórdias, visto que como responsáveis pela sua celebração receberam avultado património, ao mesmo tempo que recebiam a administração de vários hospitais.⁵⁵⁵

Uma originalidade das Misericórdias portuguesas foi a sua autonomia face ao poder da Igreja, tendo os reis portugueses conseguido, no Concílio de Trento, que lhes fosse reconhecida a

⁵⁵¹ Esta prontidão em executar todas as obras de Misericórdia assinala, para Isabel dos Guimarães Sá, um traço distintivo das misericórdias portuguesas em relação a congéneres europeias. Por exemplo, em Itália algumas destas instituições apenas respondiam a uma ou duas das obras de misericórdia. Ver SÁ, Isabel dos Guimarães - Parte I: De 1498 a 1750. In SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁵² **Compromisso da Confraria da Misericórdia da Cidade de Lisboa (1516)** – Reedição fac-similada com introdução, comentário e notas de Joaquim Veríssimo Serrão.

⁵⁵³ Idem.

⁵⁵⁴ SÁ, Isabel dos Guimarães - Parte I: De 1498 a 1750. In SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁵⁵ ABREU, Laurinda - A assistência e a saúde como espaços de inovação: alguns exemplos portugueses. In SAKELLARIDES, Constantino; ALVES, Manuel Valente, ed, lit. - **Lisboa, Saúde e Inovação – do Renascimento aos dias de hoje**. Lisboa: Edições Gradiva, 2008, p. 37-45.

situação de instituições sob jurisdição régia, exceto no que ao culto religioso dizia respeito. Para Isabel dos Guimarães Sá esta foi uma conquista para as Misericórdias, pois foi esse caráter misto leigo/ religioso, e régio no foro judicial, que lhes permitiu sobreviver a várias mudanças políticas e sociais e chegar até à atualidade.⁵⁵⁶

A administração destas confrarias era assegurada por uma Mesa de treze pessoas, à semelhança da Última Ceia, eleita pelos irmãos. O Provedor era o responsável pela presidência da Mesa administrativa, sendo o representante de toda a confraria. As diversas áreas de intervenção assistencial eram distribuídas pelos restantes mesários.⁵⁵⁷ Durante o período moderno os compromissos das Misericórdias, embora assentes sobre o primeiro compromisso da Misericórdia de Lisboa, sofreram alterações em 1577 e 1618, mas reproduziram no essencial as relações de poder existentes na sociedade.

Para se ser assistido nas Misericórdias era necessário passar na avaliação realizada pelos irmãos visitantes, que indagavam sobre as condições de vida dos pobres que pediam ajuda, sendo obrigados a guardar segredo sobre essas informações.⁵⁵⁸ Conforme autores como Laurinda Abreu, Maria Marta Lobo de Araújo e de Isabel dos Guimarães Sá têm vindo a demonstrar as Misericórdias seguiram preceitos de divisão dos pobres entre merecedores e não merecedores, mediante a avaliação não só das suas condições económicas, mas também dos seus comportamentos e valores.⁵⁵⁹

Tendo iniciado a sua ação assistindo pobres e presos, rapidamente a Coroa portuguesa atribuiu às Misericórdias, em meados do século XVI, funções na administração hospitalar, como referido, e com elas a assistência às crianças órfãs e abandonadas, esta última em colaboração com as Câmaras Municipais.⁵⁶⁰ A cedência da administração do Hospital de Todos os Santos, em 1564, à Misericórdia de Lisboa marca, segundo Laurinda Abreu, a entrega sistemática da administração hospitalar e assistencial às Misericórdias pela Coroa, o que aliás se vai concretizar

⁵⁵⁶ SÁ, Isabel dos Guimarães, LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁵⁷ CORREIA, Fernando da Silva – **Origens e formação das misericórdias portuguesas**. Lisboa: Henrique Torres Editor, 1944.

⁵⁵⁸ **Compromisso da Misericórdia de Lisboa**. Lisboa: na Offic. de Joseph da Silva Natividade, Anno MDCCXLV.

⁵⁵⁹ A este propósito consultar de ARAÚJO, Maria Marta Lobo de: **Pobres, honradas e virtuosas: a distribuição de dotes de D. Francisco pela Misericórdia de Ponte de Lima (1680-1850)**. Ponte de Lima: Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000; ABREU, Laurinda: **As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V**. In **Portugaliae Monumenta Misericordiarum – Vol.I: Fazer a História das Misericórdias**. Lisboa: Multinova, 2002; e de SÁ, Isabel dos Guimarães – **Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, Caridade e Poder no Império Português, 1500-1800**. Lisboa: Comissão Nacional para os Descobrimientos Portugueses, 1997.

⁵⁶⁰ SÁ, Isabel dos Guimarães – **Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, Caridade e Poder no Império Português, 1500-1800**. Lisboa: Comissão Nacional para os Descobrimientos Portugueses, 1997.

explicitamente por diploma régio de 1593, que lhes concede o quase monopólio assistencial, no sentido que impede a concorrência de outras instituições em atividades que elas executassem.

No entanto, conforme Antónia Lopes, as dificuldades das Misericórdias em conseguir responder às múltiplas necessidades assistenciais, de forma economicamente sustentável agravaram--se a partir da segunda metade do século XVIII, aumentando o recurso a expedientes financeiros, nomeadamente a empréstimos de dinheiro a juro, para fazer face aos gastos.⁵⁶¹ A conjuntura da crise económica nacional, vivida nos finais do século XVIII com a diminuição do ouro vindo do Brasil e acentuada posteriormente com as Invasões Francesas e a abertura dos portos brasileiros ao comércio internacional,⁵⁶² apenas agravou um cenário que já era globalmente negativo para as Misericórdias.⁵⁶³

Por decreto de 11 de Agosto de 1834 foi extinta a irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a primeira e mais importante de todas as Misericórdias, passando os seus dirigentes, mesa administrativa e provedor, a ser nomeados pelo Governo. As dificuldades financeiras e de gestão foram ainda mais agudizadas pela lei das desamortizações de Julho de 1866, que espoliou estas instituições dos seus bens a favor do Estado, em troca de notas de crédito, que rapidamente perderam valor, deixando-as numa difícil situação económica.⁵⁶⁴⁵⁶⁵

Algumas das Misericórdias, instituições católicas mas leigas, por influência dos ideais liberais e republicanos, nos finais do século XIX e princípios do século XX, começaram a ignorar os compromissos originais, assumindo, segundo Carlos Mendes, representar localmente os interesses de partidos políticos ou de elites locais laicas. As suas funções limitavam-se a assegurar o funcionamento dos seus hospitais, visto que nos seus renovados compromissos constava a sua

⁵⁶¹ LOPES, Antónia - Parte II: De 1750 a 2000. In SÁ, Isabel dos Guimarães, LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁶² COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011.

⁵⁶³ O Alvará Régio de 18 de Outubro de 1806 marca decisivamente a intervenção do poder central nas Misericórdias, obrigando-as a regerem-se pelo compromisso da Misericórdia de Lisboa e a apresentarem contas na presença do provedor da comarca ou juiz de fora, mandatados para as fiscalizarem. In LOPES, Antónia - Parte II: De 1750 a 2000. In SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁶⁴ Com a Primeira República, as outras confrarias viram alterados os seus estatutos, as mesas eleitas foram dissolvidas e as comissões administrativas passaram a ser nomeadas pelo poder político. In MENDES, Carlos Azevedo – **Assistência: Previdência**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - Actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 46-53; MURTEIRA, António Manuel Santos - **Futuro das pequenas Misericórdias rurais**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - Actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 288- 292.

⁵⁶⁵ Decreto de 28 de Outubro de 1910 e Decreto de 4 de Março de 1911.

condição de ateias.⁵⁶⁶ No mesmo sentido Antónia Lopes defende que, entre 1700 e 1910, as Misericórdias terão sido primeiro dominadas pela nobreza, depois pela Maçonaria, e finalmente os partidos políticos.⁵⁶⁷

No entanto, não deixaram de exercer as atividades de que há séculos eram as principais responsáveis. Em 1928, o recém-criado governo, após o golpe militar de 28 de Maio de 1926, publicou um decreto que, não lhes restituindo os seus bens, lhes atribuiu subsídio governamental para que pudessem continuar com as suas funções⁵⁶⁸. Esta circunstância permitiu que, na década seguinte, as Misericórdias, sustentadas pela caridade, doações, rendas e escassos subsídios estatais, administrassem a maioria dos hospitais do país. O Código Administrativo de 1936 imputou-lhes a obrigatoriedade de sustentação dos hospitais, assistência às grávidas e recém-nascidos e o enterramento de pobres e indigentes.

Responder à vastidão de solicitações assistenciais era, no entanto, difícil devido aos escassos recursos. Cite-se o exemplo da Misericórdia de Castelo Branco que detinha, em 1938, além de um hospital com exíguas instalações, um asilo para idosos com condições muito precárias, comendo e dormindo os idosos no mesmo espaço físico, pois não existia qualquer outra sala onde pudessem estar. Apesar das instalações “*mediócras*” havia “*asseio, toda a limpeza possível mercê do cuidado aturado das irmãs enfermeiras*”.⁵⁶⁹

Num contexto que alguns autores designam como de cedência a pressões da Igreja,⁵⁷⁰ o Código Administrativo de 1940 atribuiu-lhes, através do seu artigo 433, a natureza de associações canonicamente eretas, desconhecendo-se o grau de influência que a Igreja terá tido nesta decisão.⁵⁷¹ A partir desse momento a hierarquia da Igreja passou a ter maior autoridade sobre as Misericórdias. Um ano depois, novo decreto-lei permitiu a conversão dos serviços públicos de saúde e assistência em privados e a legislação de 1944, Estatuto da Assistência Social, reforçou o papel das Misericórdias na coordenação da assistência e saúde, tanto a nível hospitalar e assistência aos

⁵⁶⁶ MENDES, Carlos Azevedo – **Assistência: Previdência**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 46-53; MURTEIRA, António Manuel Santos - **Futuro das pequenas Misericórdias rurais**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 288- 292.

⁵⁶⁷ LOPES, Maria Antónia – **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁶⁸ DECRETO Nº 15809. “Diário do Governo. Série I”. 175 (1928-08-02) 1619-1626.

⁵⁶⁹ DIAS, José Lopes - Misericórdias e hospitais da Beira Baixa. In Separata de: Revista Clínica, Higiene e Hidrologia. Lisboa, 1938.

⁵⁷⁰ LOPES, Maria Antónia – **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁵⁷¹ Idem.

mais desprotegidos, como na assistência materna e infantil.⁵⁷² Alteração que contudo não chegou a acontecer, isto porque o Estado Novo ia estabelecendo uma grande diversidade de instituições de saúde, que dificilmente se coordenaram no terreno, ou se permitiram sujeitar à gestão das Misericórdias, apesar destas reclamarem para si, apesar dos seus escassos recursos, o monopólio dos cuidados de saúde.⁵⁷³

O Estado não estava, no entanto, disposto a abdicar do seu controlo sobre as instituições de saúde e muito menos a partilhá-lo com uma organização secular e poderosa que almejava mais poder e autonomia e que insistia na desoficialização dos serviços de saúde.⁵⁷⁴ Isso mesmo ficou claro na legislação de 1945, da iniciativa de Trigo Negreiros, que punha em questão a capacidade destas instituições assumirem a coordenação dos cuidados de saúde. Fazia-se também notar que as atribuições que lhe tinham sido cometidas, pelo Estatuto da Assistência Social de 1944, não se compadeciam com a sua condição de irmandade e em 1945, foi-lhes retirado o poder atribuído em 1940 e 1944, condicionando a sua participação na coordenação dos serviços à alteração dos seus compromissos, que teriam que ser aprovados pelo Ministro do Interior.⁵⁷⁵

Uma vez mais o Estado Novo salvaguardava para si o controlo dos serviços de saúde, impondo às Misericórdias procedimentos que as obrigavam a perder poder, o que contou com a sua contestação.⁵⁷⁶ O decreto 35 108, afinal uma reforma clara do sistema de saúde, provocou a indignação de algumas Misericórdias, e da própria Igreja Católica, que viam nele uma ameaça à sua influência. Por isso reagiram mal à criação das Comissões Municipais e Paroquiais de Assistência⁵⁷⁷, prevista no mesmo decreto, a quem competia coordenar a assistência respetivamente nos concelhos e freguesias. Através de um ministro reformador, o governo tentava implementar um processo de integração institucional, pelo qual as instituições eram conduzidas a um funcionamento/comportamento convergente.⁵⁷⁸ Processo que, como já vimos, era sentido por vários atores como determinante para a melhoria da acessibilidade, qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

As Misericórdias contudo consideravam que deviam presidir a essas comissões, conservando o controlo concelhio de toda a assistência. Exigiam, por isso, plena autonomia e

⁵⁷² LEI Nº 1998. “Diário do Governo. Série I”. 102 (1944-05-15) 433-437. Bases XVII, XII e XIV.

⁵⁷³ IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.

⁵⁷⁴ Idem.

⁵⁷⁵ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

⁵⁷⁶ IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.

⁵⁷⁷ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

⁵⁷⁸ RAFAEL, Bem Elisier – Integration in Dictionnaire de la pensée sociologique. Paris: PUF, 2005. p.363-366.

reclamavam contra o facto de o governo ter anteriormente legislado de uma forma e agido de outra. Na verdade insurgiam-se contra a existência das próprias Comissões de Assistência, a quem tinha sido atribuída personalidade jurídica e orçamentos próprios, também constituídos a partir de doações, heranças, e legados, de subsídios estatais ou de outros organismos, além de outras fontes como receitas de espetáculos. Em suma, o Estado criava um organismo cujas receitas tinham a mesma proveniência que as das Misericórdias, correndo o risco de as esvaziar, não só financeiramente, como em termos de efetivas competências.⁵⁷⁹ Argumentavam os provedores que as Comissões Municipais de Assistência não desempenhavam, na maioria dos casos, as funções para que tinham sido criadas e não se encontravam, também, pessoas dispostas a integrá-las.⁵⁸⁰

Estes problemas e a não delimitação clara das áreas de intervenção das Comissões e das Misericórdias, assim como da assimetria de poder entre ambas, conduziu à quase inoperância das primeiras, continuando a assistir-se a uma ação descoordenada e não integrada nos vários serviços. Por outro lado as relações das Misericórdias com os organismos corporativos, nomeadamente com as Casas do Povo também não eram fáceis, uma vez que estes ocupavam funções assistenciais que até aí lhes pertenciam, colocando agudamente em causa a sua sobrevivência financeira. A verdade é que competiam pelos mesmos utentes, que preferiam os serviços melhor organizados das novas instituições. Em função deste contexto, as Misericórdias ficaram quase confinadas aos cuidados hospitalares e ao apoio aos indigentes.⁵⁸¹ Sobre os conflitos com as Casas do Povo, conta-nos Nazaré Graça, uma das nossas entrevistadas, “a Casa do Povo tinha proibido os seus 3 médicos aqui residentes de que quando houvesse uma urgência na Misericórdia, irem à Misericórdia.”⁵⁸²

Sobre as orientações do Estado Novo em relação às Misericórdias afirmava Fernando Correia, um dos mais influentes médicos na altura :

“O Código Administrativo reconhece categoria às Misericórdias, como órgãos centrais de assistência concelhia que congreguem a ação beneficente de todos os estabelecimentos e associações de assistência pública e privada. Em mais de uma localidade me têm perguntado se essa ação congregadora significa absorção, tutela administrativa, que obrigue as outras instituições a fundirem-se com ela. Ó glória de mandar! Oh! vã cobiça...Quem estiver ao facto do espírito do legislador e conheça o parecer da Administração Pública e Civil, sabe bem que assim não é. Não, meus senhores! As Misericórdias não precisam, nem têm, de absorver as restantes formas de assistência locais. As

⁵⁷⁹ DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.

⁵⁸⁰ COSTA, Mário Perdigão Garcia da - **Sobre os órgãos de assistência concelhia**. IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias: vol.II. Lisboa, 1959. p. 139.

⁵⁸¹ GOUVEIA, Alberto Pinto - **Coordenação da Assistência local - relações entre as Misericórdias e as Casas do Povo**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias: vol.II. Lisboa, 1959. p. 15-20.

⁵⁸² Entrevista a Nazaré Graça.

*Misericórdias são confrarias em que o exercício da caridade deve ser a preocupação fundamental e não a do mando.*⁵⁸³

O discurso de Fernando Correia acentuava a crítica às pretensões de controlo das instituições de assistência pelas Misericórdias e esclarecia também que o poder central não abdicava desse controlo. Ao mesmo tempo, mantinha-se a situação de dificuldades económicas das Misericórdias enquanto administradoras dos hospitais, que punha em causa, na maior parte dos casos, a segurança dos doentes, uma situação que se prolongou até à década de 1970.⁵⁸⁴ A este propósito comenta Nazaré Graça, responsável pelos serviços de enfermagem da Misericórdia de Alcácer do Sal,⁵⁸⁵

*“vim chefiar a Santa Casa da Misericórdia, em 1962, que tinha um lar e que tinha internamento e maternidade, tinha cirurgia, tinha urgência, tínhamos bloco operatório, que tinha sido oferecido, e tínhamos radiologia. Tínhamos um piso de homens, um piso de mulheres, a maternidade e tínhamos até quartos particulares, e a urgência, ... quase sem pessoal de enfermagem, havia umas moças que tinham alguma experiência e que o Provedor lhes chamava as pica-chouriços.*⁵⁸⁶

Ilustrativo do que pelo país se passava, em 1958, o quadro de pessoal de enfermagem desta instituição integrava: a enfermeira chefe, a única com o curso geral de enfermagem, três enfermeiros auxiliares, três praticantes de enfermagem e uma parteira contratada.⁵⁸⁷ A maioria dos serviços das Misericórdias, além de uma organização arcaica, pecava pela falta de enfermeiros e de

⁵⁸³ Conferência na Liga de Profilaxia Social proferida no Clube Fenianos Portuenses, em 21 de Janeiro de 1939 em CORREIA, Fernando - **Assistência Moderna e a Tradição: Conferência realizada no Clube Fenianos Portuenses em Janeiro de 1939.** In CONFERÊNCIAS DA LIGA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 1939, 7ª Série. Porto: Imprensa Social, 1952.

⁵⁸⁴ SAMPAIO, Arnaldo - **Um Instituto de Higiene e Escola de Saúde Pública perante as realidades nacionais.** In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - Actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 293-299 e NINA, Cristiano - **Hospital rural: centro de Saúde e serviço social.** In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - Actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 300-317; CARVALHO - **Da necessidade de coordenação na assistência.** In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 54-63.

⁵⁸⁵A Misericórdia tinha um hospital sub-regional, cujas novas instalações tinham sido inauguradas em 1957, graças às doações de proprietários rurais e à participação do Estado. A capacidade era de cinquenta e três camas de internamento divididas entre obstetrícia, internamento homens e mulheres e quartos particulares. Além dos serviços de internamento e serviço de cirurgia, tinha ainda a funcionar um dispensário consulta, consulta externa e tratamento e serviço de urgência durante vinte e quatro horas. in Apontamento feitos a propósito da vinda a Alcácer do Sal de um grupo itinerante de estudos sobre a administração da saúde pública da Organização Mundial de Saúde, em 24 de Abril de 1958: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ALCÁCER DO SAL - **Alcácer do Sal e o seu hospital, de ontem e de hoje.** Alcácer do Sal: Santa Casa da Misericórdia de Alcácer do Sal, 1958.

⁵⁸⁶ Entrevista a Nazaré Graça

⁵⁸⁷ Apontamento feitos a propósito da vinda a Alcácer do Sal de um grupo itinerante de estudos sobre a administração da saúde pública da Organização Mundial de Saúde, em 24 de Abril de 1958: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ALCÁCER DO SAL - **Alcácer do Sal e o seu hospital, de ontem e de hoje.** Alcácer do Sal: Santa Casa da Misericórdia de Alcácer do Sal, 1958.

outros técnicos, inadequados equipamentos e instalações, escassez de recursos financeiros e falta de preparação técnica dos seus profissionais.⁵⁸⁸



Figura 20: Grupo de religiosas no Hospital do Espírito Santo em Setúbal, década de 1950.

Fonte: Foto de Américo Ribeiro.

Muitas das Misericórdias, devido à exiguidade de recursos, tentavam que ordens religiosas femininas garantissem os cuidados de enfermagem nos seus hospitais, a baixo custo, com a vantagem de que estas religiosas garantiam também outros serviços, como a gestão efetiva dos hospitais.⁵⁸⁹

Nas Misericórdias, a falta de enfermeiros obrigava-os a fazerem horas suplementares sem qualquer remuneração. Adriano Campos, que iniciou a sua vida profissional como enfermeiro na Misericórdia de Braga, relata que : *“lembro-me que numas férias cheguei a estar lá uma semana inteira de dia e de noite, quando saí desse serviço, já nem sabia andar nas ruas, estava metido naquela casa durante uma semana e era realmente muito violento.”*⁵⁹⁰ Nazaré Graça reforça a propósito que: *“havia dias em que tinha de trabalhar 12 horas, sem me pagarem mais nada. Fazia toda a obstetria, de noite, fora das horas do meu serviço, sem me darem um tostão.”*⁵⁹¹

⁵⁸⁸ SAMPAIO, Arnaldo - **Um Instituto de Higiene e Escola de Saúde Pública perante as realidades nacionais**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 293-299 e NINA, Cristiano – **Hospital rural: centro de Saúde e serviço social**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 300-317

⁵⁸⁹ SILVA, Maria Helena Ferreira da Silva - Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.

⁵⁹⁰ Entrevista a Adriano Campos.

⁵⁹¹ Entrevista a Nazaré Graça.

Os baixos salários pagos aos profissionais de saúde não contribuíam para que se conseguissem alocar os recursos humanos tecnicamente exigidos. Em 1931 uma enfermeira recebia 40\$00 mensais, enquanto, no mesmo ano, um barbeiro recebia 50\$00. Também alguns provedores estavam conscientes destas debilidades, pois confessavam estarem estas instituições com tais dificuldades financeiras que os poucos recursos não lhes permitiam “*ir além da manutenção de um deficientíssimo hospital, mal instalado e pior apetrechado.*”⁵⁹²

Para além dos cuidados hospitalares, as confrarias desenvolveram a sua ação através de dispensários materno-infantis, lactários, dispensários e consultas para tuberculosos, creches, escolas, consultas e tratamento domiciliário para doentes pobres. No exercício da assistência aos mais desfavorecidos, até pela sua dimensão em termos de recursos, destacou-se a ação das Misericórdias de Lisboa, Porto e Braga, que chegaram a ter escolas de Enfermagem.

Pioneira na assistência materno-infantil, a Misericórdia de Lisboa foi também a primeira instituição a introduzir no nosso país a vacinação antivariólica em crianças e a criar lactários e subsídios para aleitamento a mães carenciadas, ainda no século XIX.⁵⁹³

Com a reorganização dos seus serviços, em 1942, foi-lhe delegada a responsabilidade pela assistência à maternidade e infância na cidade de Lisboa. Em 1943, dirigia seis dispensários e uma casa de consulta, situados no Largo Trindade Coelho, na Calçada da Tapada, na Rua de Santa Marta, no Campo de Santa Clara, na Estrada de Benfica e na Ajuda, além de lactários e serviços de saúde para adultos carenciados.⁵⁹⁴ Já nos anos sessenta cabia-lhe garantir e coordenar, em Lisboa, a assistência à família, à infância, à maternidade e assistência farmacêutica, além de deter alguns serviços hospitalares e de reabilitação.⁵⁹⁵

Foi também a Misericórdia de Lisboa que liderou, desde o final dos anos cinquenta do século XX, o movimento de criação de centros de saúde na capital, projeto encabeçado pelo seu provedor à época, o Dr. José Guilherme de Mello e Castro, que tinha anteriormente exercido o cargo de Subsecretário de Estado da Assistência Social.⁵⁹⁶ Em 1963, a par dos seus dispensários

⁵⁹² PALMEIRO, Joaquim Augusto Saraiva - **Sobre os órgãos da assistência concelhia**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 64 – 68.

⁵⁹³ SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - **464 anos de Assistência na cidade de Lisboa: 1498-1962**. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, [sem data].

⁵⁹⁴ DECRETO Nº 32255. “Diário do Governo. Série I.” 214 (1942-09-12) 1173-1178.

⁵⁹⁵ SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - **464 anos de Assistência na cidade de Lisboa: 1498-1962**. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, [sem data].

⁵⁹⁶ BRAGA, Moreira - **Centros polivalentes de saúde e serviço social a instalar pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 335-342.

materno-infantis, dos serviços de saúde domiciliários, dispensários clínicos e postos farmacêuticos, inaugurou o Centro de Saúde e Assistência Dr. José Domingos Barreiros, para servir uma população de 50 mil habitantes. Este Centro de Saúde prestava cuidados de saúde a adultos, assistência à maternidade, à infância e à família. Nem as várias alterações políticas e legislativas interromperam a sua atividade assistencial.⁵⁹⁷

2.5. OUTRAS INSTITUIÇÕES – MARCAS PARA A POSTERIDADE

Para além das instituições que temos vindo a apresentar muitas outras, também privadas, se desenvolveram durante o Estado Novo. Desde o exemplo de empresários industriais, que criaram para a assistência aos seus empregados e famílias serviços de saúde específicos, até à iniciativa de particulares. A intervenção solidária na saúde e assistência foi um campo de ação essencialmente feminino, como bem sublinham Irene Pimentel e Anne Cova.⁵⁹⁸

Se o investimento público na saúde não correspondia às reais necessidades, é contudo de destacar o empenho de organizações femininas públicas e privadas que pretendiam colmatar as necessidades na área. Tratou-se, segundo Irene Pimentel, de uma elite incentivada pelo Estado Novo, que acabou por servir os interesses do regime.⁵⁹⁹ A Organização das Mães para a Educação Nacional (OMEN), a Mocidade Portuguesa Feminina e associações da Igreja Católica são exemplos dessa intervenção, mas existiram muitos, nomeadamente através de atividades individuais. Um exemplo disso mesmo foi o de Sílvia Cardoso Ferreira da Cunha, de Paços de Ferreira. A ela se deve a fundação do Hospital da Misericórdia de Paços de Ferreira na primeira década do século XX e também, na mesma localidade, de uma creche para crianças pobres em 1921. Já durante o Estado Novo continuou a sua ação de beneficência/assistência através de instituições de acolhimento para crianças órfãs e/ou abandonadas em Espinho, Amadora, Barcelos, Penafiel e Porto. Subsidiou também Sopas dos Pobres e contribuiu para a criação de dispensários materno-infantis.⁶⁰⁰

Sofia de Mello Breyner Andresen na década de 1960, caricaturava de forma bastante assertiva o envolvimento destas mulheres através do exemplo de *Mónica*:

⁵⁹⁷ SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - **464 anos de Assistência na cidade de Lisboa: 1498-1962**. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, [sem data].

⁵⁹⁸ PIMENTEL, Irene Flunser – **História das organizações femininas do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2001; COVA, Anne; PINTO, António Costa – O Salazarismo e as Mulheres: uma abordagem comparativa. *Penélope*. 17 (1997) 71-94.

⁵⁹⁹ PIMENTEL, Irene Flunser – **A cada um o seu lugar: A Política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011.

⁶⁰⁰ CAMARA MUNICIPAL DE PAÇOS DE FERREIRA - **Em memória de D. Sílvia Cardoso Ferreira da Silva: homenagem do Concelho de Paços de Ferreira**. Porto: Tipografia Porto Médico, 1951.

“Mónica é uma pessoa tão extraordinária que consegue simultaneamente: ser boa mãe de família, ser chiquíssima, ser dirigente da “Liga Internacional de Mulheres Inúteis”, ajudar o marido nos negócios, ter imensos amigos, dar muitos jantares, ir a imensos jantares, não envelhecer, gostar de toda a gente, toda gente gostar dela...É por isso que Mónica tendo renunciado à santidade, se dedica com grande dinamismo a obras de caridade. Ela faz tricot para as crianças que os seus amigos condenam á fome. Às vezes quando os casacos estão prontos, as crianças já morreram de fome. Mas a vida continua e o sucesso de Mónica também.”⁶⁰¹

Este texto, era uma crítica violenta. Mas era inquestionável, no entanto, o facto das más condições de trabalho e os baixos salários colocarem em risco a sobrevivência dos trabalhadores e das suas famílias⁶⁰², colocando-as à mercê do apoio caritativo.

Não podendo este estudo abarcar todo o trabalho desenvolvido pelas instituições privadas não lucrativas, que trabalharam neste contexto, optou-se pela referência a algumas que se destacaram pela inovação. Muitas delas humanizaram, dignificaram e transformaram a vida das pessoas a quem deram apoio.

BISSAYA BARRETO – CUIDAR DA SAÚDE EM COIMBRA

A obra social e de saúde desenvolvida por Bissaya Barreto no distrito de Coimbra, desde a década de 1930 até à sua morte, e prolongada pela ação da sua Fundação, é um exemplo da tenacidade de um homem que estava empenhado em difundir os seus ideais humanistas. Bissaya Barreto detinha os diplomas de Filosofia, Matemática (engenharia) e Medicina pela Universidade de Coimbra. Foi líder dos estudantes republicanos na mesma cidade e deputado à Assembleia durante a Primeira República entre 1911 e 1915, tendo ingressado nessa altura na maçonaria.⁶⁰³ Desiludido com a política⁶⁰⁴, optou pela carreira académica e pelo exercício da cirurgia em Coimbra, ingressando como professor na Faculdade de Medicina com apenas 28 anos. Rico e reconhecido, tornou-se o maior benemérito do distrito e grande defensor dos princípios higienistas e de saúde pública, com especial relevância para a defesa da saúde e bem-estar das crianças. Amigo próximo de Salazar, apesar de ser vigiado de perto pela Polícia Internacional e de Defesa do Estado (PIDE), foi das mais influentes personalidades do Estado Novo. Jorge Pais de Sousa vê neste relacionamento do médico com o ditador uma “aliança tácita” que permitiu a Bissaya Barreto

⁶⁰¹ ANDRESEN, Sofia de Mello Breyner - **Contos Exemplares**. 3ª edição. Lisboa: Contemporânea/Portugália, 1970, p.115 e 119.

⁶⁰² SOUSA, Jorge Pais de - **Bissaya Barreto-ordem e progresso**. Coimbra: Minerva, 1999.

⁶⁰³ ARNAUT, António - **Introdução à Maçonaria**. 5ª ed.. Coimbra: Coimbra Editora, 2006.

⁶⁰⁴ BARRETO, Bissaya - **Subsídios para a história VII – Coisas que aconteceram**. Coimbra: Coimbra Editora, 1964.

desenvolver a sua obra social.⁶⁰⁵ Figura contraditória, era politicamente tolerante e gozava da amizade de vários opositores ao regime, a quem várias vezes protegeu⁶⁰⁶.

Usando da sua influência e dos seus bens, convocou amigos, conhecidos e a sociedade em geral para a sua causa, pois *“defender as crianças, protegê-las contra todos os traumas, que possam magoar-lhes o corpo ou magoar-lhes o espírito. Agasalhar, ensinar, educar, amar a criança tem de ser hoje o primeiro dever de governantes e governados.”*⁶⁰⁷ Presidente da Junta Geral do Distrito de Coimbra de 1927 a 1936 e da Junta de Província da Beira Litoral desde 1937 até 1959, afirmou que no desempenho dos seus cargos o guiaram duas estrelas: *“saúde em primeiro lugar, depois da saúde a educação”*.⁶⁰⁸

Sob a sua presidência, e por sua iniciativa, a Junta de Província da Beira Litoral fundou no distrito de Coimbra sanatórios para tuberculosos e dispensários concelhios antituberculosos. Em Coimbra ergueu um dispensário central, um dispensário de profilaxia das doenças venéreas, a Delegação do Instituto Maternal, jardins-de-infância, colónias de férias, escolas, maternidade, bairros sociais e asilos. A sua ação estendeu-se também aos distritos de Leiria e Aveiro, com a criação de jardins-de-infância, escolas e asilos⁶⁰⁹. Foram também de sua iniciativa o estabelecimento da Escola Normal Social de Coimbra, para formação de assistentes sociais, e os cursos de enfermeiras puericulturas do IM na mesma cidade.⁶¹⁰ Era seu propósito que as experiências implementadas em Coimbra, servissem de *“laboratório de estudos e ensaios das várias modalidades assistenciais”*⁶¹¹.

Se, por um lado, não hesitava em pedir a Salazar apoio para as suas obras, também não coibia de denunciar a falta de colaboração quando não lhe eram dados os meios para as desenvolver. Fê-lo por exemplo num evento público, referindo que a obra feita em Aveiro era muito modesta, porque *“ não nos foi dada qualquer cooperação, indispensável evidentemente, para se fazer obra de vulto”*⁶¹²

⁶⁰⁵ Idem.

⁶⁰⁶ SOUSA, Jorge Pais de - **Bissaya Barreto-ordem e progresso**. Coimbra: Minerva, 1999.

⁶⁰⁷ BARRETO, Bissaya - **Relatório de actividades da Junta de Província da Beira Litoral**. Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral, 2 de Dezembro de 1940.

⁶⁰⁸ BARRETO, Bissaya - **Discurso efectuado na Homenagem do Governo Civil e das Câmaras Municipais do Distrito de Coimbra ao Presidente da Junta de Província da Beira Litoral no dia da sua extinção**. Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral, Dezembro de 1959.

⁶⁰⁹ Idem.

⁶¹⁰ PEDROSA, Aliete – A Enfermagem Portuguesa: Referências Históricas. *Referência*. 11 (Março de 2004) 69-78.

⁶¹¹ BARRETO, Bissaya - **Discurso efectuado na Homenagem do Governo Civil e das Câmaras Municipais do Distrito de Coimbra ao Presidente da Junta de Província da Beira Litoral no dia da sua extinção**. Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral, Dezembro de 1959.

⁶¹² Idem.

A sua preocupação, expressa múltipla vezes, era a prestação de cuidados de qualidade que integrassem as questões técnicas e uma assumida ideologia ético-moral que privilegiava o respeito pelos mais vulneráveis, o cumprimento escrupuloso dos deveres profissionais e as preocupações educativas.⁶¹³ Em 1964 o Ministério da Saúde e Assistência fundou o Centro de Saúde Materno-Infantil do Doutor Bissaya Barreto,⁶¹⁴ dependente do Instituto Maternal, mas com uma ampla autonomia e integrou nele a maior parte das instituições de assistência à grávida e criança criadas pelo médico. Após a sua morte, em 1974, os seus bens reverteram para uma fundação que continuou a sua obra assistencial.

SOFIA ABECASSIS – O CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E INFÂNCIA

O Centro de Enfermagem de Assistência à Maternidade e à Infância foi fundado em 1945 por Sofia Abecassis, assente num modelo assistencial inspirado na experiência do Centro de Saúde de Lisboa. À data da sua fundação, integravam o seu Conselho Técnico, além da fundadora, dois elementos da equipa do Centro de Saúde de Lisboa, o seu diretor João Maia de Loureiro e a enfermeira Tito de Moraes, além de uma outra enfermeira, Fernanda Alves Diniz e um pediatra, Moreira Braga. O objetivo da instituição era *“dar à população de uma área de Lisboa um serviço de saúde pública intensivo, o mais completo possível”*.⁶¹⁵

Para esta instituição privada contribuíam vários benfeitores, subscrevendo uma quotização anual. A partir de 1948, o Estado atribuiu-lhe, um subsídio do Fundo de Socorro Social, que se caracterizava pela irregularidade com que era pago. De 1948 a 1951, o subsídio desceu de 40 000\$00 para 15 000\$00.⁶¹⁶ Acrescente-se que Sofia Abecassis tinha enfrentado sérias dificuldades na concretização do seu desejo de construir este centro.⁶¹⁷

Esta era uma instituição de assistência e beneficência que vivia da boa vontade da sua fundadora e dos seus colaboradores. Das suas atividades fazia parte, a prestação de cuidados de saúde médicos e de enfermagem às grávidas e crianças, incluindo vacinação, saúde ocupacional de grupos específicos, saúde oral, visitação domiciliária de enfermagem, cuidados de enfermagem

⁶¹³ Preocupações claramente colocadas por Bissaya Barreto em vários discursos e obras publicadas.

⁶¹⁴ DECRETO-LEI Nº 45591. *“Diário do Governo”*. Série I, 53 (1964-03-03) 380-382.

⁶¹⁵ LOUREIRO, João Maia de - Finalidades e directrizes. In CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E À INFÂNCIA - **Relatório de Actividades e contas 1946-1947**. Lisboa, 1949. p.13-14.

⁶¹⁶ CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E À INFÂNCIA - **Relatório de Actividades e contas 1949-1951**. Lisboa, 1949.

⁶¹⁷ GARCIA, Maria Gabriela Mougá Fernandes - *Visita domiciliária ontem e hoje : aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório*. Lisboa: Univ. Cat. Portuguesa. 1995. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

curativos e saúde mental infantil, atividade chefiada por João dos Santos, um inovador pedopsiquiatra.

Foi também um centro de estágio privilegiado para estudantes da Escola Técnica de Enfermeiras e da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo. Contou também com o trabalho de um grupo de voluntárias que apoiaram as atividades das enfermeiras nas tarefas administrativas e de apoio.

A área de influência do centro correspondia a parte das atuais freguesias do Santo Condestável e de Santa Isabel em Lisboa e até as pessoas que eram seguidas por médico privado poderiam recorrer aos serviços de enfermagem do centro. Isto era considerado pelas enfermeiras bastante positivo, pois proporcionava o estabelecimento de contacto entre pessoas com diferentes níveis de vida, *“ajudando a educar e elevar o meio”*.⁶¹⁸

Refira-se ainda a prática inovadora para a época dos registos médicos e de enfermeira no processo do utente, uma rotina difícil de implementar nos centros de saúde, após 1974.⁶¹⁹

CENTRO DE ENFERMAGEM
NOTAS DO MÉDICO E DA ENFERMEIRA

NOME _____ MORADA _____
DIAGNÓSTICO _____ MÉDICO _____

DATA _____ PRESCRIÇÃO MÉDICA _____

TEMP.	PESO	URINA	NOTAS DA ENFERMEIRA	NÚMERO

Volte (B. P. P.)
Ref. 9 - Livro n.º - T.º L. C. G. G.

Figura 21: Ficha de clientes do Centro de Enfermagem da Assistência à Maternidade e à Infância.

Fonte: Documento cedido por Isabel Azevedo Costa.

A instituição foi dirigida durante muitos anos por uma enfermeira, Rosélia Ramos, que após o curso de visitadora sanitária fez o Curso de Enfermagem na Escola Técnica de Enfermeiras e a pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública nos Estados Unidos. Discípula de Palmira Tito de Morais e de Maria Monjardino, Rosélia Ramos marcou a vida e a intervenção comunitária do

⁶¹⁸ CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E À INFÂNCIA - **Relatório de Actividades e contas 1949-1951**. Lisboa, 1949. p. 45.

⁶¹⁹ Entrevistas a Maria João Bastos, Cabral Tinoco e Adriano Campos.

Centro, de tal forma, que, muitos profissionais o denominavam o “*Centro da Róró*”, diminutivo pelo qual era conhecida.⁶²⁰ Depois de demoradas negociações, o Centro foi cedido ao Ministério dos Assuntos Sociais, após 1974, com a condição de continuar a prestar cuidados de saúde às mulheres e às crianças. Veio a tornar-se no Centro de Saúde Sofia Abecassis.

UM CASO DE LONGEVIDADE – A FUNDAÇÃO N^a SR.^a DO BOM SUCESSO

A Fundação N^a Sr.^a do Bom Sucesso foi fundada em 1951 e teve os seus estatutos publicados em sete de Março do mesmo ano. O mentor do projeto e seu principal benfeitor foi Manuel Queiroz Pereira, que se rodeou de um conjunto de profissionais de saúde que incluíam, como membros do Conselho Técnico médicos como José Cutileiro, que foi diretor do Centro de Saúde de Lisboa após a morte de João Maia de Loureiro, Castro Caldas, Mário Cordeiro e Ducla Soares, além das enfermeiras de saúde pública Mello Correa e Louise da Cunha Telles, professoras da Escola Técnica de Enfermeiras, e a enfermeira Alves Diniz.

Desde a sua fundação o seu objetivo foi a assistência às grávidas, mães e crianças da freguesia de Belém, mais propriamente da área residencial do Restelo, na forma de assistência médica, farmacêutica e alimentar das crianças até ao ano de idade, tendo sido posteriormente alargada a assistência a crianças até aos seis anos. O trabalho era essencialmente desenvolvido pelas enfermeiras que se constituíram como elemento pivô na instituição. A equipa iniciou-se com médicos obstetras, pediatras e enfermeiras, mas na década seguinte integrava já um psiquiatra e um epidemiologista, nos anos 70 contava também com um sociólogo, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, estomatologistas e um cardiologista pediátrico.

Ao mesmo tempo, as atividades e programas diversificaram-se, passando a integrar em 1970, os programas de saúde da visão, saúde mental, planeamento familiar, ortodôncia e outros.⁶²¹

A Instituição, cuja presidente do Conselho de Administração foi durante muitos anos a Enf^a Louise Cohen da Cunha Telles, foi espaço privilegiado para estágio de médicos e enfermeiras e exemplo de uma forma diferente de organizar a prestação de cuidados de saúde não hospitalares. Os cuidados de Enfermagem foram organizados por área geográfica e por enfermeiro responsável,

⁶²⁰ Entrevista a Fernanda Dias.

⁶²¹ FUNDAÇÃO NOSSA SENHORA DO BOM SUCESSO - 50^o Aniversário da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Lisboa, 2001.

que assegurava a ligação entre os vários profissionais de saúde e a proximidade quer às famílias, quer às instituições comunitárias, desde as escolas às IPSS e ONG.

Capítulo 3

ENFERMEIRAS COMUNITÁRIAS

“A sociedade precisa das profissões que cuidam”

Jean Watson⁶²²

Após termos sublinhado a forma como no Estado Novo surgiram e se organizaram os serviços de saúde de cuidados de proximidade, num processo que entrecruzou ideologias, poderes, conhecimentos e política de saúde, com especificidades próprias, alargamos agora o nosso olhar sobre a enfermagem comunitária procurando clarificar as suas origens, percursos e práticas e o modo como o processo evolutivo dos cuidados de proximidade foi vivenciado pelas enfermeiras neste espaço temporal.

3.1. TRAJETÓRIA DE UMA PROFISSÃO

A prática dos cuidados de enfermagem confunde-se com a história das mulheres e é, provavelmente, uma das mais antigas ocupações femininas.⁶²³ Collière afirma que, desde a sua origem, a enfermagem foi um saber dominado por mulheres dirigido essencialmente aos mais fracos e excluídos⁶²⁴. Na Europa, foram as mulheres, especialmente as consagradas que, nas ordens religiosas desempenharam um papel de relevo, embora discreto, na prestação de cuidados aos doentes e pobres. Vários autores são unânimes em considerar que até ao final do século XIX, no mundo ocidental, a enfermagem era, essencialmente, ocupação de religiosas, sendo a função negativamente considerada quando era remunerada.⁶²⁵ A falta de conhecimentos, a negligência e o baixo nível social do pessoal de enfermagem não religioso, são retratados por Dickens nos seus

⁶²² WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. p.88.

⁶²³ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999.

⁶²⁴ Idem e NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

⁶²⁵ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999.

romances, atravessando todos os países e influenciaria negativamente a imagem das enfermeiras laicas.⁶²⁶ É nos finais do século XIX, graças à ação de Florence Nightingale, que a enfermagem deu os primeiros passos em torno da organização profissional e formativa, mantendo, no entanto, uma dupla filiação, religiosa (voltada para um ideal, uma vocação, atendendo à herança religiosa da profissão) e técnica, essencialmente voltada para o cumprimento das solicitações médicas, numa clara submissão à autoridade médica.⁶²⁷

Nascida em 1820, Florence Nightingale foi uma mulher de cultura notável, educada num ambiente liberal e de fortes princípios religiosos. Aos 30 anos decidiu dedicar a sua vida à enfermagem e assumiu funções como enfermeira superintendente num pequeno hospital em Londres. Em 1854 ofereceu-se como voluntária para a Guerra da Crimeia e foi nomeada para organizar e chefiar os serviços de enfermagem dos hospitais militares na Turquia. Com a equipa de enfermeiras que a acompanhava conseguiu diminuir significativamente a mortalidade nos hospitais militares. Os relatórios que elaborou tornaram-se documentos relevantes para a consciencialização da necessidade de alterar as condições ambientais e de assistência nos hospitais militares.⁶²⁸ Foi recebida no final da guerra como heroína, passando a ser conhecida como “Dama da Lâmpada” ou “Anjo da Crimeia”. Este ideal romântico vitoriano ia ficar associado à imagem da enfermeira.

Com a ajuda de donativos da população britânica, em 1860 Florence Nightingale fundou, a que é considerada a primeira escola profissional para enfermeiras, a Nightingale School for Nurses, em Londres. No seu livro *“Notes of nursing: what it is and what is not”* demonstrava a necessidade, e possibilidade, de uma formação formal profissional, focando também a indispensabilidade dos enfermeiros atenderem aos aspetos relacionados com as condições ambientais que envolviam as pessoas de quem cuidavam. Definindo enfermagem como *“a utilização correta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio, e a seleção adequada tanto da dieta como da forma da administrar – tudo com o mínimo esforço de dispêndio da energia vital do doente”*⁶²⁹, transmitia uma visão integradora dos cuidados que privilegiava a intervenção da enfermeira, que exigia dela uma observação atenta e uma prática baseada em conhecimentos científicos. Com Nightingale iniciava-se a profissionalização da enfermagem, com seleção no recrutamento e formação académica e profissional específica.

⁶²⁶ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁶²⁷ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999.

⁶²⁸ BOLANDER, Verolyn Rae; SORENSEN et al – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta editores, 1998.

⁶²⁹ NIGHTINGALE, Florence – **Notas Sobre Enfermagem: Um Guia para os Cuidadores na Actualidade**. Loures: Lusociência, 2011.

Em Portugal, a “Enfermagem” esteve estreitamente ligada, desde o início da nacionalidade, às ordens religiosas e congregações da Igreja Católica⁶³⁰. Segundo Alberto Martins, o mosteiro de Santa Cruz de Coimbra teria já no século XII, entre os anos de 1148 e 1150, um hospital sob invocação de S. Nicolau, presidido por uma priora, onde sorores, designadas “*Donas de S. João*”, prestavam cuidados que poderiam ser apelidados de enfermagem.⁶³¹ Também os Hospitalários terão chegado a Portugal entre 1122 e 1128, tendo-se instalado no Mosteiro de Leça do Bailio,⁶³² associaram os cuidados aos doentes à vertente guerreira de colaboração na reconquista.⁶³³

Já a Congregação de Santa Maria de Roca Amador, fundada em 1166 em França, chegou a Portugal em 1190 para ajudar D. Sancho I na reconquista.⁶³⁴ Como agradecimento o referido rei fez-lhes doação da vila de Sousa, nos arredores de Aveiro, onde foram responsáveis pela administração e cuidados aos doentes num hospital⁶³⁵. Também Maria Isabel Ferreira no seu estudo sobre ordens militares lembra que a Ordem Militar de Calatrava, a primeira a ser fundada na Península Ibérica, contemplava nas suas regras a obrigação de cuidar dos enfermos, e documenta a existência de frades enfermeiros na Ordem de Avis.⁶³⁶ Outras ordens religiosas como os Trinitários⁶³⁷, os Franciscanos Terceiros⁶³⁸, os Beneditinos⁶³⁹, se dedicaram aos cuidados aos enfermos.

Uma congregação portuguesa, com forte expressão nos cuidados médicos e de enfermagem, foi a dos Cónegos de S. João Evangelista, ou Congregação dos Lóios, fundada em

⁶³⁰ NOGUEIRA, Manuel - **História da Enfermagem**. 2ªed. Porto: Ed. Salesianas, 1990.

⁶³¹ A sua constituição aparece ligada ao compromisso assistencial aos mais pobres, assumido pelos Cónegos Regrantes de Santa Cruz. In MARTINS, Armando Alberto – **O mosteiro de santa cruz de Coimbra na idade média**. Lisboa: Centro de História da Universidade de Lisboa, 2003. p. 262-263.

⁶³² Instituída oficialmente pelo Papa Pascoal II em 1113, a Ordem juntou ao cuidado com os doentes o serviço militar.

⁶³³ DINIZ, Pedro – **Das ordens religiosas em Portugal**. 2ª edição. Lisboa: Typographia de J.J.A. Silva, 1854.

⁶³⁴ Tinha como missão a fundação de hospitais para peregrinos, cabendo aos religiosos cuidar dos enfermos. Pedro Diniz, em crónica de 1854, afirma que o seu objetivo era ajudar D. Sancho I na reconquista.

⁶³⁵ Designado como a *Casa da Senhora da Oliveira*, fundada por Pedro Esteves e sua mulher Clara Giraldes. In DINIZ, Pedro – **Das ordens religiosas em Portugal**. 2ª edição. Lisboa: Typographia de J.J.A. Silva, 1854.

⁶³⁶ FERREIRA, Maria Isabel Rodrigues – A Normativa das Ordens Militares Portuguesas (sec. XII-XVI): Poderes, Sociedade, Espiritualidade. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2004. Tese de Doutoramento em História.

⁶³⁷ Os Trinitários, ou religiosos da Santíssima Trindade, vindos de França, terão chegado a Portugal em 1217, por desvio do seu barco, com destino à Terra Santa, devido a uma tempestade. Ficaram instalados em Santarém, tendo-lhes o rei Afonso III, confiado o cuidado de um hospital de cativos. In DINIZ, Pedro – **Das ordens religiosas em Portugal**. 2ª edição. Lisboa: Typographia de J.J.A. Silva, 1854.

⁶³⁸ Os Franciscanos Terceiros assumiram nos séculos XIII e XIV a responsabilidade pelos cuidados em duas gafarias de Guimarães (uma masculina e outra feminina) e nas gafarias de Alfena, em Ermesinde, e de S. Lázaro em Santarém. In RIBEIRO, P.e Bartolomeu - **Os terceiros franciscanos portugueses. Sete séculos da sua história**. Braga: Tipografia Missões Franciscanas, 1952.

⁶³⁹ José Marques assinala, num estudo sobre a assistência no norte de Portugal na Idade Média, a existência no mosteiro beneditino de S. Frutuoso, em Braga, de um religioso *enfermeiro dos pobres* e de um outro, *enfermeiro do convento*, nos finais do séc. XIV. In Marques, José - A Assistência no Norte de Portugal nos finais da Idade Média. Revista da Faculdade de Letras. Série de História. 6:2ªsérie (1989) 11-93.

1425, pelo físico mor do reino, João Vicente e por cinco companheiros.⁶⁴⁰ Em Lisboa habitaram no Convento de Santo Eloy, onde prestaram cuidados no Hospital de S. Paulo, instalado no convento.⁶⁴¹ Aliás D. João III entregou a administração de alguns hospitais reais a esta congregação.⁶⁴² Entre 1530 e 1564, foi responsável pela gestão e cuidados prestados no Hospital Real de Todos os Santos, tendo nessa altura, passado o hospital a ser gerido pela Misericórdia de Lisboa.⁶⁴³

De referir, a propósito, que as Misericórdias tiveram um papel determinante no desenvolvimento da prática de enfermagem não religiosa, embora nunca afastada dos princípios do Cristianismo, quando contrataram para os seus hospitais, e para a visita aos doentes no domicílio, enfermeiras e enfermeiros laicos. Se a enfermagem era essencialmente ocupação de religiosos e religiosas não deixava também de ser exercida por mulheres laicas.⁶⁴⁴ Efetivamente o exercício da enfermagem era reconhecido no século XVI como ofício.⁶⁴⁵ O Regimento do Hospital Real de Todos os Santos, publicado em 1504, proporciona-nos conhecimento das funções do enfermeiro no início do século XVI. Em cada enfermaria existia um enfermeiro-mor, “*o quall deve ser omem caridoso e de boa comdiçam e sem escamdallo*”, que deveria garantir a qualidade e o registo dos cuidados, a visitação dos doentes, e da terapêutica e dieta recomendados pelos médicos e boticários, a vigilância da limpeza e organização do hospital, com a ajuda dos enfermeiros menores e outros

⁶⁴⁰ A aprovação papal aconteceu em 1427. O seu primeiro mosteiro foi em Vilar de Frades, em Braga, onde a primeira comunidade se estabeleceu em 1425. In PINA, Isabel Castro - Os Lóios em Portugal: origens e primórdios da Congregação dos Cônegos Seculares de São João Evangelista. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Universidade Nova de Lisboa. 2011. Tese de Doutoramento em História apresentada à Lisboa.

⁶⁴¹ PINA, Isabel Castro - Os Lóios em Portugal: origens e primórdios da Congregação dos Cônegos Seculares de São João Evangelista. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Universidade Nova de Lisboa. 2011. Tese de Doutoramento em História apresentada à Lisboa.

⁶⁴² Os estudos de Maria Marta Araújo revelam-nos de que a congregação dos Lóios foi responsável pelos hospitais de Portel, Arraiolos e Monforte. No primeiro, em Portel, exerciam também enfermeiros laicos, um casal, no final do século XVI. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – O hospital do Espírito Santo de Portel na Época Moderna. Cadernos do Noroeste. Série História. 3:20 (2003) 341-409.

⁶⁴³ SALGADO, Abílio José; SALGADO, Anastácia Mestrinho - **Registos dos Reinados de D. João II e de D. Manuel I**. Edição facsimilada. Lisboa: Ministério da Saúde 1996.

⁶⁴⁴ No século XVI Cristóvão de Oliveira relata a existência de uma enfermeira no Hospital de Santa Ana, em Lisboa, destinado a doentes incuráveis. Na sua relação de ofícios, o autor menciona também a existência de vinte cristaleiras, vinte e cinco parteiras e dez enfermeiras na cidade de Lisboa. In OLIVEIRA, Cristóvão Rodrigues de; ALVES, José da Felicidade (apres. e notas) - **Lisboa em 1551: Sumário em que brevemente se contém algumas coisas assim eclesiásticas como seculares que há na cidade de Lisboa (1551)**. Lisboa: Livros Horizonte, 1987.

⁶⁴⁵ É de crer que as mudanças nas instituições hospitalares desde finais do século XV, no sentido do que Borges de Macedo designa como uma mudança nas mentalidades, que mantêm os princípios inspiradores cristãos mas que lhes atribuem funções públicas com vista à institucionalização da assistência, constituíram oportunidade para o desenvolvimento da prática de enfermagem laica. Ver MACEDO, Jorge Borges de – Prefácio. In SALGADO, Abílio José; SALGADO, Anastácia Mestrinho - **Registos dos Reinados de D. João II e de D. Manuel I**. Edição facsimilada. Lisboa: Ministério da Saúde 1996.

auxiliares.⁶⁴⁶ Aos enfermeiros competia cuidar dos doentes de dia e de noite, assegurando-lhes os sacramentos, a higiene pessoal, a alimentação, administração de terapêutica, e demais cuidados necessários.

Faziam também parte das funções dos enfermeiros manter a higiene dos leitos e mudar as roupas, administrar purgas, preparar o material necessário e ajudar nas sangrias, gerir e administrar produtos para tratamento, cuidar do altar e das alfaias litúrgicas, proporcionar aos moribundos e defuntos os cuidados adequados de forma a não perturbar com a sua morte os outros doentes, enterrar os mortos ou providenciar nesse sentido, procurando sempre usar de *“booa vomtade e mansydaam e sem escandallo dos doemtes e com toda caridade e consollamdos em suas paixões e muy ameude lhe lembrando que se emcomendem a Noso Senhor e a Nosa Senhora”*.⁶⁴⁷ É-nos pois dada a imagem de um enfermeiro que deveria prestar os cuidados não só físicos como espirituais, juntando ao seu trabalho o exemplo de vida, tanto pessoal como profissional. Esperava-se que, na sua prática, demonstrasse fé, capacidade de observação, disponibilidade, cordialidade e atenção aos doentes. Os enfermeiros, mesmo laicos, respondiam com a sua ação às necessidades existentes nos hospitais que conjugavam, neste período, assistência e piedade num só espaço de cuidados.

Não diferem no essencial estas funções das preconizadas para os religiosos da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, fundada em Granada, nos finais do séc. XVI, por um português, João Cidade, conhecido como S. João de Deus. Aos irmãos enfermeiros competia, segundo as Constituições da Ordem de 1585 e 1587, tratar com misericórdia os doentes assegurando os cuidados de dia e de noite, consolá-los com *“palavras amorosas e obras caritativas”*, ensinar-lhes a doutrina cristã, cuidando *“das necessidades corporais e espirituais...sem diferenças ou exceção de pessoas”*⁶⁴⁸, mas também a limpeza das enfermarias, a mudança das roupas, a alimentação e o acompanhamento da visita do médico ou cirurgião,⁶⁴⁹ em tarefas não muito distintas das referidas no compromisso de 1504.

A prática de enfermagem era, tanto para religiosos como para laicos, uma prática que conjugava a preocupação com o outro com o exercício das virtudes cristãs próprias dos bons cidadãos, socialmente aceites e bem consideradas. Práticas que permitiam, a quem cuidava,

⁶⁴⁶ Regimento do Hospital Real de Todos os Santos. In SALGADO, Abílio José; SALGADO, Anastácia Mestrinho - **Registos dos Reinados de D. João II e de D. Manuel I**. Edição facsimilada. Lisboa: Ministério da Saúde 1996. p.483.

⁶⁴⁷ Idem, p.488.

⁶⁴⁸ GAMEIRO, Aires (O.H.); JAVIERRE, José María, (apresent.); CASERA, Domenico (pref.) - **Tempo e originalidade assistencial de S. João de Deus**. Lisboa: Hospitalidade: Rei dos Livros, 1997, p. 328,331.

⁶⁴⁹ Idem.

aproximar-se mais do ideal de uma vida eterna consoladora e de ter, na sua vida terrena, o reconhecimento social, ou o conforto espiritual, proporcionado pela prática da virtude da caridade.⁶⁵⁰

A Ordem de S. João de Deus foi encarregue por D. João IV, em 1645, de fundar e administrar os hospitais militares portugueses em todo o território nacional incluindo os territórios ultramarinos. Em alvará régio de 24 de Março de 1681 foi-lhes também atribuída, por D. Pedro II, a gestão e cuidados do Hospital da Ilha de Moçambique, destinado não só “*para a cura dos soldados e moradores enfermos d’aquela Fortaleza, mas para todos os mais Vassallos que alli aportarem*”.⁶⁵¹

Embora tivesse sido publicado em 1644, da autoria do médico Francisco Morato Roma, um manual intitulado “*Luz da Medicina-Prática racional e metódica. Guia de Enfermeiros*”, esta obra não foi escrita apenas para instrução de enfermeiros. O primeiro manual português com esse objetivo foi a *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*, da autoria do Padre Frei Diogo de Santiago, religioso de S. João de Deus, publicada em 1741.⁶⁵² Era destinado à formação dos noviços do Convento de Elvas, com instruções claras sobre as intervenções de enfermagem e sobre o modo como as deviam realizar, elucidativa das preocupações da Ordem com a formação dos seus enfermeiros.

Preocupações que terão conduzido, segundo Aires Gameiro, o Comissário Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, a solicitar a Pina Manique, em 1793, que os seus religiosos passassem a frequentar parte do curso de medicina para melhorarem o seu desempenho. Para isso terá fundado em Coimbra o colégio dos enfermeiros da Ordem, que encerrou logo após à morte de Pina Manique⁶⁵³. Sobre o caso, Fortunato de Almeida acentua que quando alguns dos religiosos enfermeiros de S. João de Deus estudaram na Universidade de Coimbra⁶⁵⁴, a oposição foi tanta que foi necessária uma ordem assinada pelo ministro José de Seabra da Silva, de 8 de Outubro de 1794, a dispensar os religiosos de algumas das regras dos restantes estudantes, visto que estes apenas

⁶⁵⁰ Exemplo disso é o facto de, em 1613 Manuel de Sousa Coutinho, o lendário Frei Luís de Sousa imortalizado por Almeida Garrett, quando ingressou no Convento de S. Domingos de Benfica ter sido encarregue de cuidar dos enfermos. Ele, que tinha sido guarda-mor de saúde de Almada e provedor da Santa Casa da Misericórdia da mesma vila, assumiu no Convento de S. Domingos o papel de enfermeiro. In LAPA, Rodrigues – **Prefácio e notas aos Anais de D. João III, por Frei Luís de Sousa**. 2ª edição. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1951.

Recorde-se que o seu tetravô, João Afonso de Santarém, tinha fundado em Santarém o Hospital de Jesus Cristo em 1426 para alojar “*doentes e aleijados*” e que seu pai tinha sido provedor desse mesmo hospital. In ALMEIDA, M. Lopes de – **Méritos e desméritos da História Dominicana em Portugal**. In Actas do I Encontro sobre História Dominicana. Arquivo Histórico Dominicano Português. Vol. II (1979) 39-161.

⁶⁵¹ Alvará régio de 24 de Março de 1681, Coleção de Legislação Régia, Arquivo da Assembleia da República.

⁶⁵² Possivelmente os enfermeiros da ordem utilizariam também na sua instrução o manual espanhol da autoria de Bernardino de Obregón, fundador da congregação dos irmãos obregãos, publicado em 1615 em Espanha.

⁶⁵³ GAMEIRO, Aires (O.H.); JAVIERRE, José María, (apresent.); CASERA, Domenico (pref.) - **Tempo e originalidade assistencial de S. João de Deus**. Lisboa: Hospitalidade: Rei dos Livros, 1997.

⁶⁵⁴ ALMEIDA, Fortunato de - **História da Igreja em Portugal**. Barcelos: Livraria Civilização Editora, 1970.

pretendiam habilitar-se para enfermeiros.⁶⁵⁵ Segundo alguns autores, a intenção da Ordem de assegurar aos seus enfermeiros formação formal em instituições reconhecidas de ensino não logrou ter êxito.

No século XIX as medidas anticlericais e anticongregacionistas conduziram à expulsão de ordens e congregações religiosas de que faziam parte largo número de enfermeiros, o que representou a perda de grande parte dos recursos de enfermagem para muitas instituições assistenciais. De resto, eram em número reduzido, como o demonstra o caso de Josefa da Conceição, viúva, que em 1863, exercendo funções no Hospital da Misericórdia de Faro, encontrando-se quase cega⁶⁵⁶, quis retirar-se, com uma pensão, que lhe foi negada, pelo Ministério do Reino, visto que ela poderia continuar a exercer.⁶⁵⁷

A laicização da enfermagem e a necessidade de formar substituintes religiosos, nos hospitais e em outras instituições, contribuiu para o processo de profissionalização das enfermeiras⁶⁵⁸. Segundo Nunes, o início da profissionalização da enfermagem em Portugal está associado à primeira formação em enfermagem, criada em 1881 pelo médico Costa Simões em escola dependente dos Hospitais de Coimbra.⁶⁵⁹ O curso funcionou de forma intermitente, mas serviu de base à criação de uma escola de enfermagem em Coimbra, já em 1916, anexa aos hospitais da Universidade.⁶⁶⁰ Já em Lisboa foi Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor do Hospital de S. José, que propôs a criação de um curso para formação de enfermeiros que foi autorizado em 1886, iniciando-se em Janeiro de 1887, e dirigido pelo médico Artur Ravara. Em 1886 surgiu também a primeira escola privada de Enfermagem em Portugal, no Hospital de Santo António, propriedade da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

A Escola Profissional de Enfermeiros foi fundada a 26 de Outubro de 1901, na sequência do primeiro curso organizado por Artur Ravara, que tinha sido lecionado apenas até 1899.⁶⁶¹ A escola

⁶⁵⁵ Idem.

⁶⁵⁶ “No serviço d’este pio estabelecimento se lhê engravesceira moléstia de que soffre e se lhe arruinará a saúde, como a mesa da Misericórdia reconhece.” In MINISTÉRIO DO REINO - PORTARIA DE 10 DE SETEMBRO DE 1863.

⁶⁵⁷ MINISTÉRIO DO REINO - PORTARIA DE 10 DE SETEMBRO DE 1863.

⁶⁵⁸ SILVA, Maria Helena Ferreira da Silva - Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.

⁶⁵⁹ NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

⁶⁶⁰ SILVA, Ana Isabel – **A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁶⁶¹ SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

ficou instalada num edifício junto ao Hospital de S. José.⁶⁶² No final da I Guerra Mundial, em 1918, a reforma legislativa dos hospitais levou a alterações nesta escola, modificando os seus currícula e sistema de ensino, tendo passado a ser designada como Escola Profissional de Enfermagem com o Curso Geral (2 anos de duração) e o Curso Complementar de Enfermagem, que com um ano de duração habilitava para a chefia em Enfermagem, sendo exigida aprovação anterior no Curso Geral.⁶⁶³

Para o exercício da enfermagem hospitalar passou a ser oficialmente reconhecida a indispensabilidade de formação adequada, não só porque a implantação da República, ocorrida em 1910, tinha entretanto conduzido à expulsão dos enfermeiros religiosos dos hospitais e da maior parte das instituições de assistência⁶⁶⁴, mas também porque assim o exigiam o desenvolvimento de novas formas de organização hospitalar e os avanços tecnológicos e científicos. A imprensa médica, foi a este propósito, uma das principais defensoras da necessidade de desenvolvimento da profissão. Médicos como Miguel Bombarda advogavam também uma formação teórica, que lhes permitisse compreender melhor as prescrições médicas.⁶⁶⁵ Aos enfermeiros seculares era agora exigida formação e aprendizagens formalizadas em espaços de ensino criados para o efeito. Em 1925 o médico Costa Júnior apresentava no Senado um projeto de lei com vista a autorizar o exercício da enfermagem apenas a enfermeiros diplomados nas escolas profissionais de enfermagem, na altura, de Lisboa, Porto e Coimbra.⁶⁶⁶

A enfermagem, ligada à tradição religiosa cristã, embora tivesse ganho maior espaço de intervenção com a separação entre o Estado e a Igreja e com a laicização da sociedade, ocorrida nos finais do século XIX e início do século XX, não teve uma afirmação social fácil. Durante o Estado Novo foram fundadas escolas, discutidos os currícula, a vocação, a formação, o casamento, as virtudes e as imperfeições, o lugar e o status, os vencimentos e as práticas, a ciência e arte das enfermeiras e dos enfermeiros. A enfermagem laicizou-se e profissionalizou-se. Das várias áreas de intervenção específica dos enfermeiros, a prática da enfermagem comunitária surgiu como espaço de desenvolvimento e autonomia das enfermeiras.

⁶⁶² AMENDOEIRA, José - **Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX**. Coimbra: Formasau, 2006; NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

⁶⁶³ SILVA, António Victor Azevedo e, et al - **Escola de Enfermagem Artur Ravara: Pioneira no passado, atuante no presente, inovadora no futuro... 121 anos de história**. Loures: Lusociência, 2007.

⁶⁶⁴ BOMBARDA, Miguel – Editorial. *A Medicina Contemporânea*. 23 (9 Junho 1901) 189-190.

⁶⁶⁵ Idem.

⁶⁶⁶ DIÁRIO DAS SESSÕES DO SENADO, 4, Fevereiro, 1925. Legislatura VI: sessão leg 3: n.º 2 (1925-02-04) 1-28. p. 14.

3.2. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – OS PRIMÓDIOS

Em toda a Europa as práticas de enfermagem comunitária não escapam ao facto de a condição da enfermagem se ter desenvolvido sob a influência das tradições cristãs e associação das práticas do cuidar às mulheres.⁶⁶⁷ A origem dos cuidados de enfermagem na comunidade, nomeadamente a prestação de cuidados no domicílio, é localizada por Collière na Idade Média, tendo-se desenvolvido ligada ao crescimento urbanístico, e à expansão do comércio.⁶⁶⁸ Ao trabalho das diaconisas cristãs que visitavam viúvas e pobres, preparavam para o batismo e visitavam os doentes, juntou-se a participação de algumas congregações religiosas femininas, destacando-se já no século XVII as Filhas da Caridade.⁶⁶⁹

Com o objetivo específico de assistir doentes em casa foi criada no início do século XVII a Ordem da Visitação de Santa Maria. Fundada em 1610, na região da Saboia, em França, por Francisco de Sales, a Ordem não tinha, inicialmente, voto de clausura. As religiosas juntavam à vida contemplativa as visitas domiciliárias aos doentes para tratamento e conforto espiritual.⁶⁷⁰

O século XVII europeu foi dominado por conflitos armados de longa duração, como a Guerra dos 30 anos, por conflitos religiosos, por crises agrárias e elevada mortalidade a ela associada e por disputas pelas rotas de comércio internacionais⁶⁷¹. Foi neste contexto social que Vicente de Paulo criou um serviço de assistência no domicílio para pobres e, especialmente,

⁶⁶⁷ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999; NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003. SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993; SILVA, Maria Helena Ferreira da - Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.

⁶⁶⁸ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999.

⁶⁶⁹ COLLIÈRE, Marie-Françoise - Du pain aux pauvres honteux à la péniciline: les soins à domicile (d’hier à aujourd’hui). In BINDEFELD, John et al - **Univers de la Profession Infirmiere**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.

Também Rice acentua a relevância que a visitação domiciliária a doentes por elementos de ordens religiosas, no século XVII, assume na história da enfermagem comunitária. In RICE, Robyn - **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários**. Loures: Lusociência, 2004.

⁶⁷⁰ Após seis anos de existência da congregação, o Arcebispo de Lyon não concordando com as visitas das monjas aos doentes, acabou por circunscrever a Ordem à clausura. É evidente que o contato destas mulheres com a intimidade dos doentes nos seus lares, com os seus corpos e as suas fragilidades não era visto como adequado por algumas das autoridades eclesiais e encontrava até oposição no seio da hierarquia da Igreja. Apesar disso foram entretanto fundadas outras congregações femininas, com os mesmos objetivos, a quem as autoridades eclesiais não só não reprovaram, como reconheceram a relevância dos serviços. In DIAS, Virgínia – Visitandinas. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.545-547.

⁶⁷¹ VIDAL-NAQUET, Pierre – **História Universal: Renascimento – Guerra da Secessão**. Vol. III. Círculo dos Leitores, 1989.

doentes pobres⁶⁷². Vicente de Paulo contou com o ativismo de Louise de Marillac, mulher culta oriunda da alta sociedade de Paris, que tendo enviuvado optou pelo serviço aos mais vulneráveis, ajudando o religioso na formação das jovens que iam ingressando nas confrarias da caridade como enfermeiras. Importante foi também a colaboração de Marguerite de Naseau, uma mulher de origem humilde e autodidata. Em 1633 nascia a Companhia das Filhas da Caridade.⁶⁷³

A nova congregação teve aprovação eclesiástica em 1655 e tinha, já nessa altura, associados aos cuidados de enfermagem dos doentes pobres nos domicílios, os cuidados nos hospitais, a assistência aos condenados das galés, às crianças abandonadas, aos soldados feridos, aos refugiados e aos idosos.⁶⁷⁴ Num esforço para alargar a área de intervenção habitualmente mais ligadas aos cuidados hospitalares, as enfermeiras desta congregação surgem neste contexto como enfermeiras comunitárias com um amplo espectro de intervenção. A sua formação foi feita muitas vezes pelo próprio fundador que lhes ministrava rudimentares bases de cuidados curativos e num grande enfoque no treino das virtudes que se esperavam de mulheres cristãs: humildade, modéstia, obediência e mortificação dos sentidos.⁶⁷⁵

Nas Regras das Filhas da Caridade surgia como fim principal da Congregação o serviço a Jesus Cristo “na pessoa dos pobres, sejam enfermos, meninos ou encarcerados, ou quaisquer outros, que por vergonha não se atrevem a manifestar sua necessidade”⁶⁷⁶: o seu mosteiro seria a casa dos doentes e a sua cela a casa alugada onde residiam. Consideravam como capela das religiosas a igreja paroquial, e como seus claustros as ruas das cidades, aldeias e vilas ou as enfermarias dos hospitais.⁶⁷⁷ As religiosas ficavam obrigadas a servir os doentes com cuidado e afeto, cuidando-os *com compaixão, mansidão, cordialidade, respeito e devoção*.⁶⁷⁸ Acentuava-se também a necessidade de cuidar ainda com mais devoção os mais pecadores, não sobrepondo a oração aos cuidados aos enfermos. As Regras eram muito explícitas em relação às questões éticas do respeito devido tanto à vontade do doente,

⁶⁷² COLLIÈRE, Marie-Françoise - Du pain aux pauvres honteux á la péniciline: les soins à domicile (d’hier à aujourd’hui). In BINDEFELD, John et al - **Univers de la Profession Infirmiere**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.

⁶⁷³ Idem.

⁶⁷⁴ ABREU, Luís Machado de – Vicentinas. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.541-545.

⁶⁷⁵ COLLIÈRE, Marie-Françoise - Du pain aux pauvres honteux á la péniciline: les soins à domicile (d’hier à aujourd’hui). In BINDEFELD, John et al - **Univers de la Profession Infirmiere**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.

⁶⁷⁶ **Regras Communs das Filhas da Caridade e Servas dos Pobres Enfermos** [Tradução portuguesa das Regras das Filhas da Caridade de 1684]. Lisboa: Typographia de Antonio Rodrigues Galhardo, 1822. Capítulo I.

⁶⁷⁷ Idem.

⁶⁷⁸ **Regras Communs das Filhas da Caridade e Servas dos Pobres Enfermos** [Tradução portuguesa das Regras das Filhas da Caridade de 1684]. Lisboa: Typographia de Antonio Rodrigues Galhardo, 1822. Capítulo I.

como às prescrições de medicação ou alimentação. Só em casos muito específicos poderiam estender a sua ação até aos ricos.⁶⁷⁹

Aos cuidados corporais deveriam as religiosas juntar os cuidados espirituais, levando os doentes a reconciliarem-se com os seus inimigos, a confessarem-se e a receberem os outros sacramentos, de forma que procurasse por um lado conduzi-los a uma morte serena ou a “*um viver bem para o futuro*”.⁶⁸⁰ Era-lhes vedada a prestação de cuidados a mulheres em trabalho de parto e a mulheres de *má vida*, exceto se para isso tivessem autorização da Madre Superiora. Só em casos extremos as Filhas da Caridade se deveriam deter com trabalhos domésticos nas casas dos doentes que assistiam, uma vez que esses trabalhos as impediriam de ter tempo de cuidar de mais doentes, podendo ser feitos por pessoas com menos preparação técnica. Quando não existiam médicos nas aldeias, as religiosas estavam autorizadas a substituí-los, exceto em casos de gravidade em que deveriam aconselhar-se com um cirurgião.⁶⁸¹ Dentro das recomendações sobressaiam também o modo de executar sangrias, aplicar mezinhas, administrar tisanas e a terapêutica de acordo com o preconizado em internamento hospitalar em casos semelhantes. Esperava-se ainda que nas aldeias, ensinassem as crianças pobres do sexo feminino.

Pelo exposto se pode afirmar que as mulheres religiosas enfermeiras desta congregação detinham um elevado grau de autonomia profissional destacando alguns autores o seu papel no processo da medicalização dos hospitais. Michele Perrot não deixa de acentuar que as ordens e congregações religiosas proporcionaram espaço de afirmação e intervenção social para a mulher, oportunidade para a realização profissional e para a reflexão e desenvolvimento do pensamento e arte femininos em culturas marcadamente patriarcais.⁶⁸²

As Filhas da Caridade destacam-se pelos aspectos marcadamente pioneiro e inovadores na prática da enfermagem comunitária, pela visão holística que tinham dos cuidados e pela intervenção marcadamente plurifacetada, conjugando os cuidados de enfermagem com a educação e o atendimento a populações diversificadas. A “herança” e exemplo destas enfermeiras tiveram impacto na ação de outras congregações.⁶⁸³ Surgiriam na Europa com idênticos propósitos⁶⁸⁴ até ao

⁶⁷⁹ Idem, Capítulo VII, nº5.

⁶⁸⁰ Ibidem. Regras particulares para as Irmãs das Paróchias, nº2.

⁶⁸¹ **Regras Communs das Filhas da Caridade e Servas dos Pobres Enfermos** [Tradução portuguesa das Regras das Filhas da Caridade de 1684]. Lisboa: Typographia de Antonio Rodrigues Galhardo, 1822. Regras particulares para as Irmãs das Paróchias, nº14.

⁶⁸² PERROT, Michele – **Uma História das Mulheres**. Lisboa: Edições Asa, 2007.

⁶⁸³ ABREU, Luís Machado; FRANCO, José Eduardo - **Ordens e congregações religiosas no contexto da I República**. Lisboa: Gradiva, 2010; VILARES, Artur - **As congregações religiosas em Portugal (1901-1926)** – Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, FCT, 2003.

⁶⁸⁴ Idem.

século XIX outras ordens religiosas, maioritariamente femininas, que tomaram a seu cargo os cuidados aos mais pobres e a visita aos doentes.

A fundação da Congregação das Filhas da Caridade, ou de S. Vicente de Paulo, em Portugal, data de 1819, por iniciativa de algumas aristocratas, com autorização do Rei D. João VI, na altura exilado no Brasil. Em 1821 o monarca concede às religiosas um antigo hospício das Carmelitas Descalças na Rua de Santa Marta, em Lisboa, que será a sua sede no país. Em 1826 existiam já mais de 20 religiosas portuguesas na Congregação, a exercer no Hospital de S. José, nas enfermarias do Asilo de Crianças na Casa Pia, em Lisboa, e a fazer visitas domiciliárias a doentes a partir da sua casa na Rua da Caridade⁶⁸⁵.

Por decretos de 9 de Agosto de 1833, de 28 de Maio e 28 de Julho de 1834 o rei D. Pedro suprimiu os colégios, conventos e outras instituições das ordens religiosas e confiscou-lhes os bens.⁶⁸⁶ As Filhas da Caridade foram a única exceção às medidas de extinção das ordens religiosas do governo liberal⁶⁸⁷.

Devido às epidemias de febre-amarela e cólera, a pedido de instituições de assistência, foi autorizada pelo governo, em 1857, a vinda de mais cinco religiosas, uma portuguesa e quatro francesas, que se reuniram às restantes no combate às epidemias.⁶⁸⁸ A congregação foi expulsa em 1862 devido a novas campanhas antirreligiosas, marcadas por longos debates sobre a relevância das religiosas na assistência e sobre os seus verdadeiros intentos e competências⁶⁸⁹, que acabaram por acender a animosidade popular contra estas mulheres. Num debate na Câmara de Deputados, em 1862, acusavam-nas de pouco obedientes e de se moverem por objetivos políticos⁶⁹⁰. O ministro da Marinha, citando um relatório do médico António José Marques, que tinha visitado a pedido do governo português os hospitais militares franceses, descrevia o trabalho das Irmãs da Caridade de forma pouco abonatória. Expressava o médico desagrado pelo facto de as

⁶⁸⁵ Ibidem.

⁶⁸⁶ CLEMENTE, Manuel – **Igreja e sociedade portuguesa: do Liberalismo à República**. Porto: Assírio Alvim, 2012.

⁶⁸⁷ Idem.

⁶⁸⁸ SILVA, Ana – **A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

Segundo as Crónicas foram enfermeiras desta congregação que cuidaram de Almeida Garrett na sua doença e o acompanharam na morte. In REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976. II vol. Das Origens até à República (1871-1976)**. Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979.

⁶⁸⁹ DIÁRIO DAS SESSÕES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DA NAÇÃO PORTUGUEZA, 10, Maio, 1862 - Debates Parlamentares: actas. Legislatura XIII: sessão leg. 2: n.º 63 (1862-05-10) 1255-1262.

⁶⁹⁰ NETO, Vítor – **A questão religiosa no Parlamento. Vol 1: 1821-1910**. Lisboa: Texto Editores e Assembleia da República, 2009.

irmãs se limitarem a administrar os medicamentos e dieta, vigiarem o asseio das salas, dirigirem o trabalho dos enfermeiros (homens laicos) e assegurarem a administração do hospital⁶⁹¹. Concluía o ministro que

“Fora d’essas circunstancias, as suas occupações são quasi totalmente estranhas ao serviço dos doentes. Têm primeiro as suas orações às horas da resa, depois pequenos trabalhos em que se entretêm, trabalhos de agulha, crochet, fabrico de flores artificiaes, etc., das quaes tiram pequenos proventos, em auxilio dos meios que lhes são ministrados pelo governo.»⁶⁹²

Eram acusadas de se dedicarem a atividades comerciais que as distraíam da prontidão permanente em que deviam estar.⁶⁹³ Este discurso, acentua, por um lado, uma certa desconfiança em relação às capacidades de gestão de instituições hospitalares, especialmente militares, por mulheres religiosas enfermeiras, e por outro, o incómodo causado por vê-las serem compensadas economicamente por estas funções. Não será forçado considerar que o grau de autonomia que estas enfermeiras detinham, a formação, o ensino de leitura e reflexão, e até a oportunidade de vivenciarem uma vida comunitária onde se cruzavam enfermeiras, professoras e outras profissionais religiosas, lhes proporcionava uma experiência e uma cultura que também se constituíam como uma ameaça subtil para os homens, que não viam com bons olhos o exercício profissional das mulheres, fossem ou não religiosas.⁶⁹⁴ Ana Isabel Silva reforça a ideia de que a autonomia destas religiosas se constituiu como um desafio para os poderes masculinos, tanto no campo médico como no campo administrativo e político.⁶⁹⁵

Em 1862 as Filhas da Caridade embarcaram para França num navio de guerra da Marinha francesa, que se deslocou a Lisboa para o efeito. No entanto, como não existiam enfermeiras laicas em quantidade suficiente, nem com a formação necessária rapidamente, o governo liberal aceitou o regresso das ordens religiosas.

⁶⁹¹ Era também demonstrada surpresa pelo facto de em alguns destes hospitais as religiosas serem muitas, 40 para 900 doentes. In DIÁRIO DAS SESSÕES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DA NAÇÃO PORTUGUEZA, 10, Maio, 1862 - Debates Parlamentares: actas. Legislatura XIII: sessão leg. 2: n.º 63 (1862-05-10) 1255-1262. p. 1261.

⁶⁹² Excerto do relatório elaborado por António José Marques cit. em DIÁRIO DAS SESSÕES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DA NAÇÃO PORTUGUEZA, 10, Maio, 1862 - Debates Parlamentares: actas. Legislatura XIII: sessão leg. 2: n.º 63 (1862-05-10) 1255-1262. p. 1261.

⁶⁹³ DIÁRIO DAS SESSÕES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DA NAÇÃO PORTUGUEZA, 10, Maio, 1862 - Debates Parlamentares: actas. Legislatura XIII: sessão leg. 2: n.º 63 (1862-05-10) 1255-1262. p. 1261.

⁶⁹⁴ A este propósito ver SILVA, Ana – **A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

⁶⁹⁵ SILVA, Ana Isabel – **A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

A congregação das Filhas da Caridade só foi restaurada em 1881, tendo sido novamente alvo de perseguição e expulsão em 1910⁶⁹⁶. O exemplo de intervenção das suas religiosas na área da saúde e assistência inspirou outras congregações.⁶⁹⁷ Particularmente significativo foi o caso, em 1868, de Teresa de Saldanha, filha dos condes de Rio Maior, que tinha sido educada pelas religiosas de S. Vicente de Paulo e exercido o cargo de diretora da Associação das Meninas Pobres. A aristocrata fundou a Congregação das Irmãs Dominicanas de Santa Catarina de Sena, destinada a cuidar dos mais pobres e doentes. Teresa de Saldanha enviou as suas duas primeiras religiosas para a Irlanda, onde fizeram a sua formação de enfermeiras junto das Filhas da Caridade, no seu hospital de Dublin e em outras obras assistenciais da congregação, segundo é relatado pelo arcebispo D. João Vidal.⁶⁹⁸ Instalaram-se em Lisboa, e dedicaram-se ao ensino de crianças, ao apoio a mulheres cegas, ao ensino e reintegração de antigas prostitutas⁶⁹⁹, ao recolhimento e ensino de crianças órfãs ou abandonadas, à alfabetização de adultos e à visitação de doentes pobres. A sua colaboração em obras assistenciais disseminou-se pelo país.

Esta congregação foi responsável pela prestação de cuidados de enfermagem nos dispensários infantis fundados pela Rainha D^a Amélia.⁷⁰⁰ As religiosas dominicanas prestaram, até 1910, os cuidados de enfermagem no dispensário de Alcântara, instalado no convento do Sacramento em Lisboa, no sanatório do Outão e no dispensário do Rainha D. Amélia no Porto, além da visita e acompanhamento de famílias nos bairros mais pobres de Lisboa, Porto e Aveiro⁷⁰¹.

Iniciaram o seu trabalho como enfermeiras no dispensário de Alcântara no dia de Natal de 1883, sendo a enfermeira Irmã Maria José Soares de Albergaria, religiosa de ascendência nobre e, segundo os cronistas, com uma cultura bastante acima da média ao tempo, a responsável pelo seu funcionamento.⁷⁰² Dos cuidados prestados às crianças constavam, além das consultas médicas, tratamentos, vacinações, massagens, banhos e alimentação. No Dispensário da Rainha, no Porto, as religiosas prestavam o mesmo tipo de cuidados a crianças e mães, incluindo algumas refeições para as grávidas e puérperas.⁷⁰³

⁶⁹⁶ A Congregação só regressou a Portugal em 1930.

⁶⁹⁷ REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976**. II vol. Das Origens até à República (1871-1976). Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979.

⁶⁹⁸ VIDAL, D. João Evangelista de Lima – **Teresa de Saldanha e as suas dominicanas**. Cucujães, 1938.

⁶⁹⁹ Esta atividade foi desenvolvida no designado “Colégio da Regeneração” na cidade de Braga.

⁷⁰⁰ CLEMENTE, Manuel – **Igreja e sociedade portuguesa: do Liberalismo à República**. Porto: Assírio Alvim, 2012.

⁷⁰¹ CLEMENTE, Manuel – **Igreja e sociedade portuguesa: do Liberalismo à República**. Porto: Assírio Alvim, 2012.

⁷⁰² VIDAL, D. João Evangelista de Lima – **Teresa de Saldanha e as suas dominicanas**. Cucujães, 1938.

⁷⁰³ Idem.

Quadro 3: Cuidados prestados a crianças no Dispensário de Alcantara em 1906.

Tipo de cuidados prestados	Nº
Tratamentos curativos	58807
Vacinações	2337
Massagens	1270
Banhos	2445
Refeições	55294

Fonte: VIDAL, D. João Evangelista de Lima – Teresa de Saldanha e as suas dominicanas. Cucujães, 1938.

De destacar a forma como algumas destas freiras dominicanas enfermeiras se notabilizaram internacionalmente, como foi o caso da Irmã de São Jacinto Quintela, enfermeira portuguesa, também aristocrata, que fundou na Bélgica um centro de apoio a órfãos e doentes durante a Primeira Guerra Mundial.⁷⁰⁴ Uma outra congregação portuguesa, a Congregação das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição, foi fundada em 1871 e os seus estatutos aprovados por alvará real de 1874. A sua fundadora, Libânia do Carmo Galvão Mexia de Moura Teles e Albuquerque, conhecida na vida religiosa como Madre Maria Clara do Menino Jesus, nascida em 1853 no seio de uma família da pequena nobreza, tinha sido aluna das Irmãs de S. Vicente de Paulo. Do compromisso assistencial das religiosas faziam parte o cuidar de enfermos tanto nos hospitais como em suas casas, o ensino de crianças pobres e a prestação de serviços nas creches.⁷⁰⁵ Os estatutos desta congregação enumeravam as virtudes que deveriam ser apanágio das religiosas: *o desprendimento, a modéstia, a afabilidade e o máximo interesse pelo bem-estar dos doentes*⁷⁰⁶. Nas casas dos mais pobres eram elas que providenciavam, além dos cuidados de enfermagem, muitos dos trabalhos domésticos.⁷⁰⁷ Nas suas Constituições de 1900⁷⁰⁸ descreviam-se os cuidados

⁷⁰⁴ NICOLAU, Rita Maria – Dominicanas de Santa Catarina de Sena. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010. p. 385-390.

⁷⁰⁵ REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976**. II vol. Das Origens até à República (1871-1976). Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979.

⁷⁰⁶ Idem, p. 112.

⁷⁰⁷ Ibidem.

⁷⁰⁸ CONSTITUIÇÕES DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DA 3ª ORDEM DE S.FRANCISCO DE ASSIS EM LISBOA – Convento das Trinas 1902 (aprovado por decreto da S. Congregação dos Bispos e Regulares, em Roma, a 24 de Novembro de 1900). In REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976**. II vol. Das Origens até à República (1871-1976). Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979.

a ter no desempenho das suas funções como enfermeiras no domicílio, indicando-se que deveriam preferir os doentes pobres aos ricos, não sair “dos limites da maior sobriedade”, não velarem sozinhas os defuntos, não cuidarem durante mais de dois meses do mesmo doente sem autorização da Superiora e “evitar a familiaridade e as conversas inúteis”.⁷⁰⁹ Juntavam-se ainda às preocupações com as virtudes, alguns cuidados com aspetos mais práticos, como a recomendação da preferência pelos socialmente mais vulneráveis, pois tinham menos possibilidades de aceder a serviços privados de saúde.⁷¹⁰ Tal posicionamento constitui uma inequívoca preocupação com a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Em Julho de 1872, a Congregação abriu o Hospício de Belém, em Lisboa, que funcionava como casa de enfermeiras religiosas para o serviço no domicílio. As irmãs que desempenhavam esses serviços auto-designavam-se como *Religiosas Franciscanas guarda-doentes* (à semelhança da designação francesa)⁷¹¹, tal como as que residiram na casa mãe no Convento de S. Patrício, prestavam cuidados no domicílio em toda a cidade de Lisboa.⁷¹² Em 1876 eram 43 as irmãs a prestarem cuidados no domicílio a doentes de todos os estratos sociais e em 1878 as 171 irmãs, tinham à sua responsabilidade, além de seis hospitais, oito colégios, cinco asilos, duas creches, uma casa de enfermeiras para serviço domiciliário e um hospício.⁷¹³

Entretanto continuava em vigor a legislação anti-clerical de 1834, situação que a Lei de 18 de Abril de 1901 de Hintze Ribeiro amenizou, permitindo o regresso das congregações, ou melhor o seu reconhecimento.⁷¹⁴ Em consequência, segundo Vilaires, foram registadas 56 associações religiosas.

Algumas delas, apesar da lei de sentido contrário, nunca tinham chegado a abandonar o país.⁷¹⁵ Por imposição da lei de 1901, para continuarem no país, as ordens religiosas tinham que ser portuguesas e reconhecidas como Associação de Beneficência.

Neste contexto, os renovados Estatutos de 1901 da Congregação das Franciscanas Hospitalares juntaram o recolhimento de idosos pobres e a prestação de outros serviços em asilos,

⁷⁰⁹ Idem, p. 1382.

⁷¹⁰ Ibidem.

⁷¹¹ REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976**. Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979. II Vol, p. 537.

⁷¹² Idem.

⁷¹³ Ibidem, p. 141.

⁷¹⁴ LEI DE 18 DE ABRIL DE 1901. “Diário do Governo”. (1901-04-18).

⁷¹⁵ ABREU, Luís Machado; FRANCO, José Eduardo - **Ordens e congregações religiosas no contexto da I República**. Lisboa: Gradiva, 2010.

dispensários e cozinhas económicas aos cuidados aos doentes e ao ensino.⁷¹⁶ Após terem sido proibidas as congregações em 1910, a congregação criou uma casa de irmãs enfermeiras no Porto que funcionou entre 1913 e 1921 com cuidados de enfermagem ao domicílio.⁷¹⁷

Uma intervenção semelhante à das congregações referidas tiveram também as Irmãs de S. José de Cluny, de origem francesa. Instalaram-se em Portugal em 1881 e rapidamente passaram a prestar cuidados de enfermagem em Misericórdias e dispensários, tanto na metrópole como nas colónias, especialmente em Angola e Moçambique, onde chegaram nos finais do século XIX.⁷¹⁸ Na congregação distinguiu-se a enfermeira portuguesa Madre Catarina de Jesus Cristo. Nascida na nobreza lisboeta com o nome de Catarina D'Ornelas e Vasconcelos, notabilizou-se na direção do Hospital do Instituto Pasteur, em Paris, tendo sido condecorada pelo governo francês com a Legião de Honra. Foi também vice-presidente da Associação Nacional das Enfermeiras Francesas e responsável pela publicação de algumas obras sobre as questões éticas em Enfermagem.⁷¹⁹

Por esta altura, a construção de bairros operários pelos proprietários de grandes empresas conduziu a vários pedidos de apoio de enfermeiras religiosas. As Franciscanas Missionárias de Maria foram chamadas, em 1895, para assegurar os serviços de apoio social e de saúde no bairro operário da Vila de Santo António, construído pelo Conde de Burnay para albergar famílias de operários da Companhia dos Elétricos. Foram também estas religiosas a fundar asilos e dispensários em Angola, Moçambique, Macau e Índia e a assegurar boa parte da gestão e cuidados de várias das instituições criadas por Bissaya Barreto em Coimbra.⁷²⁰

Várias outras congregações se dedicaram aos cuidados de enfermagem na comunidade.⁷²¹ A Associação das Enfermeiras de Nossa Senhora da Saúde, nome pelo qual as Servas de Maria Ministras dos Doentes optaram, depois da legislação de 1901, asseguraram a prestação de

⁷¹⁶ “Diário do Governo”. 237 (1901-10-21). p. 2884.

⁷¹⁷ REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976**. III Vol. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008.

⁷¹⁸ FERREIRA, Sílvia – Irmãs de S. José de Cluny. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.453-454.

⁷¹⁹ SACADURA, Costa – A Enfermagem: missão espiritual pelo amor do próximo. Separata de: O médico. 138 (1954) 18.

⁷²⁰ GOMES, Ana Cristina da Costa – Franciscanas Missionárias de Nossa Senhora. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.434-438.

⁷²¹ BORRÊCHO, Maria do Céu de Brito Vairinho - Servas de Maria. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.521-522.

cuidados de enfermagem no domicílio e a gestão de um dispensário materno-infantil no Porto. Tinham chegado a Portugal em 1899 e foram expulsas em 1910.⁷²²

Um acontecimento que consideramos relevante, para a história da enfermagem comunitária portuguesa, foi a chegada à ilha da Madeira de uma enfermeira de origem inglesa, com formação anglicana e que se tinha convertido ao catolicismo aos 33 anos. Mary Jane Wilson, de seu nome, nasceu em Hurryhur, Mysore - Índia, filha de pais ingleses, a 3 de Outubro de 1840. Ficando órfã foi educada em Inglaterra por uma tia, que lhe proporcionou uma educação culturalmente diferenciada, fez formação artística na Suíça e em enfermagem em França, tendo trabalhado no hospital londrino de S. Jorge.⁷²³ Acompanhando uma doente inglesa, em viagem à Madeira, em 1881, Mary Jane rapidamente se interessou pela situação de pobreza da maior parte dos habitantes da ilha e pelas suas precárias condições de saúde, acabando por ali se fixar a pedido do Bispo do Funchal.⁷²⁴

Em 1882 criou o Dispensário de S. Jorge para crianças e adultos e mais tarde uma escola e um orfanato. Em 1884 fundou a Congregação das Vitorianas, ou Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, cujas religiosas rapidamente assumiram os cuidados de enfermagem na ilha. Em 1889 a enfermeira inglesa aceitou dirigir o Hospital de Santa Cruz, cargo que ocupou até 1910.⁷²⁵ Foi igualmente responsável pelo estabelecimento de uma rede de escolas primárias e prestação de cuidados a idosos e mendigos no Asilo de Mendicidade, que acolhia cerca de 200 pessoas. O trabalho desenvolvido pelas mulheres desta congregação nos cuidados às vítimas das epidemias de varíola e pneumónica que atingiram a ilha em 1907, incluiu, por insistência da Irmã Wilson, a reabertura e melhoramentos do Hospital do Lazareto, onde chegaram a ser cuidados várias centenas de doentes. Devido à sua ação durante as epidemias, o rei D. Carlos concedeu à Irmã Wilson a Ordem de Torre e Espada.⁷²⁶

Extinta a congregação com a implantação da República, a enfermeira foi deportada para Inglaterra, donde regressou em finais de 1911 para reerguer a comunidade, o que conseguiu em 1916, ano em que morreu. A congregação continuou a dedicar-se aos cuidados a crianças e

⁷²² FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.434-438.

⁷²³ RIBEIRO, Abílio Pina - **História Breve da Irmã Wilson**. Lisboa: Secretariado da Irmã Wilson, 1993.

⁷²⁴ TOMÁS, Ilda Ribeiro Gomes – **Breve História da Congregação**. Apelação: Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, 2003; e AZEVEDO, David de – **O Evangelho entre os humildes: Mary Jane Wilson**. Apelação: Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, 2004.

⁷²⁵ AZEVEDO, David de – **O Evangelho entre os humildes: Mary Jane Wilson**. Apelação: Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, 2004; RIBEIRO, Abílio Pina - **História Breve da Irmã Wilson**. Lisboa: Secretariado da Irmã Wilson, 1993.

⁷²⁶ AZEVEDO, David de – **O Evangelho entre os humildes: Mary Jane Wilson**. Apelação: Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, 2004.

doentes e assumiu os cuidados de enfermagem e gestão do Lactário do Funchal em 1920, do Hospital da Misericórdia em 1922, dos serviços da Cruz Vermelha em 1927 e do Dispensário Antituberculoso do Funchal em 1932. Além do trabalho como enfermeiras, estas religiosas fundaram, durante a primeira metade do século XX, escolas e asilos, cozinhas económicas, orfanatos e colégios por toda a ilha⁷²⁷. De entre os aspetos inovadores da ação da irmã Wilson salienta-se a sua organização em torno das necessidades da comunidade. Desenvolveu uma intervenção de espectro amplo e diversificado, preocupando-se não só com a situação de saúde das pessoas, mas também com o contexto envolvente e com a sua situação social, económica e cultural. Cuidou de mães e crianças mas também de adultos e idosos, atendeu saudáveis e doentes. Não será pois forçado considerar que Mary Jane Wilson foi uma verdadeira perscrutora da enfermagem comunitária em Portugal.

Se existem aspetos que distinguem as religiosas enfermeiras comunitárias portuguesas no séc. XIX é o facto de terem sido mulheres socialmente influentes, quer pela sua ascendência social, quer pela cultura que possuíam, muitas delas foram responsáveis pela fundação de ordens religiosas. Se nos detivermos na vida das fundadoras, ou de outras enfermeiras que se distinguiram nestas congregações, vamos encontrar alguns traços comuns. Tanto Teresa de Saldanha, como Catarina d'Ornellas de Vasconcelos, Maria José Soares de Albergaria, Libânia do Carmo Teles e Albuquerque ou Mary Jane Wilson, vinham da aristocracia e detinham um capital de educação e cultura muito acima da média para a época. Essas características permitiram-lhes ter a influência social e os conhecimentos necessários para enfrentar oposições e levar por diante alguns projetos arrojados para a sua época.

Podemos dizer que foram essencialmente enfermeiras e enfermeiros religiosos a assegurar a prestação de cuidados na comunidade antes ainda mesmo do advento da saúde pública. Já em pleno século XIX foram eles que possibilitaram a fundação de muitas das instituições que prestaram cuidados não hospitalares. Lugares de desenvolvimento e liberdade para muitas mulheres,⁷²⁸ várias ordens e congregações religiosas fizeram dos cuidados aos *epidemiados*, aos “pestilentos”, aos mais pobres e desprotegidos, a maneira de viverem a sua espiritualidade. Espaço de enfermeiras, essencialmente voltado para as mulheres e para os mais vulneráveis, os cuidados de enfermagem não hospitalares foram um dos seus territórios preferenciais de missão e bem-fazer. Nem a lei que já várias vezes as ilegalizara, levaria à sua extinção ou provocaria o seu desaparecimento. Como nota Miriam Halpern Pereira, durante a segunda metade do século XIX o poder clerical

⁷²⁷ Idem.

⁷²⁸ PERROT, Michele – **Uma História das Mulheres**. Lisboa: Edições Asa, 2007.

reconquistou influência, o que lhe permitiu resistir às perseguições da I República e ser um apoio incontestável para o Estado Novo.⁷²⁹

DA CARIDADE À INSTITUCIONALIZAÇÃO

O campo de intervenção comunitária das religiosas, tanto a nível internacional como nacional, foi sendo ocupado por enfermeiras laicas a partir da segunda metade do século XIX⁷³⁰, mantendo-se, no entanto, os valores e os ideais que presidiram às práticas da enfermagem religiosa na comunidade. A laicização das enfermeiras, o advento da saúde pública, a institucionalização dos cuidados de saúde de proximidade e o poder médico, contribuíram fortemente para que a enfermagem na comunidade se assumisse com características de uma nova forma de prestar cuidados, com saberes específicos⁷³¹. As novas instituições de saúde, que procuraram responder às necessidades de um mundo mais urbanizado e complexo, constituíram-se também como uma área de intervenção privilegiada para as mulheres.

As novas conceções sobre o papel do Estado na vida e saúde das comunidades, tal como a consciencialização da necessidade de debelar as doenças infecciosas e de cuidar no domicílio os doentes para os quais não existiam respostas institucionais, impeliram a formação de profissionais de enfermagem competentes.⁷³²

No Reino Unido, mais concretamente em Liverpool, William Rathbone, um milionário e filantropo, criou, em 1859, um serviço de visitação domiciliária de enfermagem. Segundo vários autores, William Rathbone terá ficado impressionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados durante a fase terminal da doença da sua esposa, e quis que os mais pobres tivessem igualmente acesso a cuidados de saúde.⁷³³ O serviço foi organizado com enfermeiras que prestavam cuidados no domínio da prevenção da doença, promoção da saúde e cuidados curativos,

⁷²⁹ PEREIRA, Miriam Halpern – **Nação, cidadania e religião nos séculos XIX-XX**. Lisboa: ICS, 2010.

⁷³⁰ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁷³¹ STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48.

⁷³² A este propósito ver RICE, Robyn - **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários**. Loures: Lusociência, 2004; e SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁷³³ Ver GARISOAIN, V.; MERINO, R. - *Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 20:3 (1997) 373-389; HITCHCOCK, Janice E.; SHUBERT, Phyllis E.; THOMAS, Sue A. – **Community Health Nursing – caring in action**. New York: Thonson-Delma Learning, 2003 e SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

acreditando Rathbone que os cuidados de enfermagem domiciliários em muito melhorariam as condições de vida e saúde dos seus beneficiários.⁷³⁴

Com a colaboração da enfermeira Mary Robinson, enfermeira de sua esposa, considerada a primeira enfermeira comunitária no Reino Unido, o serviço expandiu-se rapidamente,⁷³⁵ constituindo-se assim a primeira associação de “district nurses”. Entre 1859 e 1862 a Liverpool Queen Victoria District Nursing Association dividiu a cidade em “distritos”, atribuindo-os a um grupo de enfermeiras. Estas assumiam a responsabilidade dos cuidados de saúde às pessoas mais vulneráveis, nomeadamente doentes pobres, em suas casas. O filantropo criou também na mesma cidade uma escola de enfermagem.⁷³⁶

A partir da experiência de Liverpool, Rathbone e Florence Nithingale, que eram amigos, exerceram a sua influência junto do governo no sentido da disseminação deste modelo assistencial, o que rapidamente aconteceu. Em 1875 existiam já associações de district nurses em Manchester e Salford, Derby, Derbyshire, Leicester, York, Birmingham e Glasgow.⁷³⁷ Esta iniciativa contou com o apoio de Florence Sarah Lees Craven, uma outra enfermeira britânica, que através da sua obra, “*A Guide to the District Nursing*” publicada em 1889, permitiu consolidar a intervenção destas enfermeiras.⁷³⁸ O princípio da responsabilidade da enfermeira comunitária pela população de determinada área geográfica constituiu-se como modelo adotado nos Estados Unidos da América.⁷³⁹

A partir de 1870 várias enfermeiras, graduadas nas escolas de enfermagem norte-americanas com o modelo de formação inspirado por Nithingale, foram contratadas para trabalhar em dispensários e no domicílio. Neste contexto algumas enfermeiras e mulheres da alta burguesia fundaram e financiaram associações de enfermeiras visitadoras. Estas enfermeiras associavam aos cuidados curativos o ensino à família sobre os cuidados aos doentes e medidas preventivas, que

⁷³⁴ GARISOAIN, V.; MERINO, R. - Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 20:3 (1997) 373-389.

⁷³⁵ HITCHCOCK, Janice E.; SHUBERT, Phyllis E.; THOMAS, Sue A. – **Community Health Nursing – caring in action**. New York: Thonson-Delma Learning, 2003.

⁷³⁶ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁷³⁷ DIECKMANN, Janna - História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48.

⁷³⁸ MCDONALD, Lynn – **Florence Nithingale: Extending Nursing**. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press, 2009.

⁷³⁹ A este propósito ver DIECKMANN, Janna - História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48 e DIEBOLD, Èvelyne; FOUCHÉ, Nicole – **Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)**. Paris: Éditions Publibook, 2011.

incluíam os cuidados de higiene ambiental e pessoal e alimentares e, em alguns casos, o apoio religioso.⁷⁴⁰

Em Boston foi criado em 1886, um serviço de enfermeiras ao domicílio pelo *Community Health Association of Boston*⁷⁴¹ e em 1890 já existia em Chicago a *Visiting Nurse Association*.⁷⁴² Mas o mais emblemático destes serviços foi fundado, em Nova Iorque, em 1893, pelas enfermeiras Lillian Wald e Mary Brewster: a *Henry Street Settlement House*. Com a ajuda financeira de dois beneméritos, a instituição prestava cuidados de enfermagem no domicílio aos doentes e famílias mais carenciadas, nomeadamente imigrantes, mas também ensino às crianças, apoio social e atividades culturais e recreativas, respondendo assim à ausência de serviços públicos de saúde apropriados.⁷⁴³ Posteriormente designada *Visiting Nursing Service of New York*, em 1905 as suas enfermeiras cuidavam de mais de 5000 pessoas e de 26575 em 1915.⁷⁴⁴ Segundo Rice em 1909 existiam nos EUA cerca de 565 organizações que prestavam cuidados de enfermagem no domicílio e empregavam 1416 enfermeiras.⁷⁴⁵

Nos EUA o processo de edificação institucional dos cuidados de enfermagem na comunidade envolveu também preocupações com os saberes, a aprendizagem e a autonomia das enfermeiras. Lillian Wald cunhou o termo *enfermagem de saúde pública* para designar o trabalho desempenhado pelas enfermeiras visitadoras.⁷⁴⁶ Ativista política e feminista, Wald considerou que as associações de enfermeiras visitadoras não deveriam estar ligadas a instituições religiosas ou dependentes de médicos, antes exercer com ampla liberdade e responsabilidade. Sob esses pressupostos fundou e dirigiu a *Henry Street Settlement House*, associando-a aos serviços públicos de saúde de Nova Iorque, conseguindo ainda que a Cruz Vermelha norte americana financiasse cuidados de enfermagem nas zonas rurais do país, tendo sido criado um serviço de abrangência nacional,

⁷⁴⁰ DIECKMANN, Janna - História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48.

⁷⁴¹ PORTNOY, Frances L.; DUMAS, Linda – Nursing for the public good. *Nursing Clinics of North America* 29:3 (September 1994) 371-375.

⁷⁴² MOORE, Eliza – Visiting Nursing. *American Journal of Nursing*. 1 (October 1900) 17-21.

⁷⁴³ BACKER, BA - Lillian Wald: connecting care with activism. *Nursing and Health Care*. New York. 3:14 (1993) 122-129.

⁷⁴⁴ DIECKMANN, Janna - História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48.

⁷⁴⁵ RICE, Robyn - **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários**. Loures: Lusociência, 2004.

⁷⁴⁶ DIECKMANN, Janna - História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48. HITCHCOCK, Janice E.; SHUBERT, Phyllis E.; THOMAS, Sue A. – **Community Health Nursing – caring in action**. New York:Thonson-Delma Learning, 2003,

designado *Rural Nursing Service*, que mais tarde se transformou no *Red Cross Town and Country Nursing Service*.⁷⁴⁷

A ela se deve igualmente a criação dos primeiros serviços de enfermagem de saúde escolar, em 1902. Envolveu-se também em campanhas a favor de reformas na área da saúde, da defesa da tolerância racial e dos direitos das minorias, da assistência aos imigrantes, do sufrágio feminino, da proteção das crianças através da criação do US Children's Bureau, de promoção da saúde escolar e de melhores condições de vida para os mais pobres. Em 1912 foi eleita presidente da primeira organização de enfermeiras comunitárias nos EUA, a *National Organization for Public Health Nursing*.⁷⁴⁸ Teve ainda ocasião de colaborar com Mary Adelaide Nutting na criação do primeiro curso pós graduado em enfermagem de saúde pública, em 1914, no Teachers College em Nova Iorque.

Também Lavinia Dock, que além de enfermeira foi escritora, sufragista e feminista, e primeira secretária do International Council of Nurses (ICN), trabalhou com Lillian Wald e Mary Brewster e escreveu, em 1932, sobre essa sua experiência de trabalho enquanto enfermeira na *Henry Street Settlement House* “*I never began to think until I went to the Henry Street...But as I began reflect,...I saw that I had a strong sympathy with oppressed classes, a lively sense of justice, and a keen love of what we mean by freedom and liberty.*”⁷⁴⁹ A ênfase dada às dimensões de envolvimento social e preocupação com os mais frágeis, característica que também marcou as práticas das enfermeiras religiosas comunitárias, evidenciou-se no percurso das enfermeiras comunitárias laicas.

Na sequência da Primeira Guerra Mundial e da afirmação da Saúde Pública e do higienismo como partes integrantes do Estado Providência assistiu-se a um crescente investimento na formação e institucionalização da enfermagem na comunidade. A Fundação Rockefeller assumiu neste campo um protagonismo que não podemos deixar de mencionar. Impõe-se aqui aludir a uma das principais referências internacionais em termos do desenvolvimento da enfermagem na comunidade: o Relatório Goldmark, *Nursing and Nursing Education in the United States*, desenvolvido por iniciativa e com financiamento da referida Fundação e publicado em 1923. O documento, um estudo do ensino de enfermagem em todo o território dos Estados Unidos da América elaborado por Josephine Goldmark, apresentava como prioritário aumentar o nível de

⁷⁴⁷ HITCHCOCK, Janice E.; SHUBERT, Phyllis E.; THOMAS, Sue A. – **Community Health Nursing – caring in action**. New York:Thonson-Delma Learning, 2003.

⁷⁴⁸ Idem

⁷⁴⁹ DOCK, Lavinia cit. por PORTNOY, Frances L.; DUMAS, Linda – Nursing for the public good. *Nursing Clinics of North America*. 29:3 (September 1994) 371-375.

formação em enfermagem, considerando que a mesma deveria ser atribuída às universidades, desenvolvendo assim a formação específica e pós graduada em enfermagem de saúde pública.⁷⁵⁰

Na sequência deste relatório as universidades norte-americanas abriram as suas portas à formação de enfermeiros, muitas com o suporte financeiro da Fundação. Também com o seu apoio esse modelo formativo foi-se expandindo por vários países do mundo, desde a Europa até à América do Sul.⁷⁵¹ Surgiram escolas de enfermeiras visitadoras e escolas superiores de Enfermagem, para melhor responder às epidemias, às necessidades de assistência materno-infantil, aos cuidados curativos, à promoção da saúde, à vacinação, à reorganização dos serviços de saúde e de assistência no pós-I Guerra Mundial.⁷⁵² Portugal integrou-se neste movimento, todavia, apesar de ter sido um dos primeiros países a estabelecer o ensino da saúde pública nos cursos de medicina⁷⁵³ essa formação não foi instituída ao mesmo tempo nos cursos de enfermagem. Segundo Soares essa a formação surge no currículo da Escola Técnica de Enfermeiras aquando da sua fundação em 1940⁷⁵⁴. Já Lucília Nunes refere que também a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo incluía no seu curriculum temáticas de saúde pública.⁷⁵⁵ No entanto, o nosso trabalho permite localizar as primeiras formações em enfermagem comunitária nos cursos de visitadoras sanitárias e enfermeiras visitadoras, iniciados no final da década de 1920, respetivamente na Direção Geral de Saúde e na Universidade do Porto. Nessa altura sob influência da Fundação Rockefeller, e de alguns médicos que conheciam outras realidades, a formação organizada de visitadoras iniciou-se em 1929. Exceptuando-se a Santa Casa da Misericórdia do Porto que, segundo Nunes, já em 1908 tinha formado um grupo de enfermeiras visitadoras.⁷⁵⁶

3.3. AS VISITADORAS SANITÁRIAS

A formação e as práticas das enfermeiras visitadoras/visitadoras sanitárias foram essencialmente dirigidas para os cuidados materno-infantis e para a prevenção, controlo e

⁷⁵⁰ COMMITTEE FOR THE STUDY OF NURSING EDUCATION; GOLDMARK, Josephine Clara - *Nursing and Nursing Education in the United States*. New York: The Macmillan Company, 1923.

⁷⁵¹ MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem**. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999, p.104.

⁷⁵² SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁷⁵³ FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

⁷⁵⁴ SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

⁷⁵⁵ NUNES, Lucília – **Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003

⁷⁵⁶ NUNES, Lucília – **Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003

tratamento das doenças infecciosas. Seguiu um modelo de feminização dos cuidados assistenciais às famílias e comunidade que, segundo Pimentel, foi apanágio do Estado Novo, que considerava ser este espaço de intervenção reservado às mulheres.⁷⁵⁷

A FORMAÇÃO - CURSO E CURRÍCULUM

O curso de visitadoras sanitárias surgiu por proposta do Dr. José Alberto de Faria, discípulo e sucessor de Ricardo Jorge no cargo de director-geral da saúde, homem culto e viajado que via na organização dos serviços de saúde pública ingleses e norte-americanos um exemplo a seguir. Relembremos que enquanto director geral da saúde, entre 1929 a 1946, foi responsável pela criação de várias instituições públicas de saúde.⁷⁵⁸ Inspirado nas palavras e exemplo da enfermeira Sarah Craven, José Alberto Faria procurou concretizar em Portugal a formação de enfermeiras visitadoras. As primeiras tentativas de implementação de um serviço público de enfermeiras visitadoras foram feitas pelo então diretor geral de saúde em 1927 e 1928, junto das congregações religiosas existentes em Portugal, convencido que estava de que o serviço de visitação domiciliária de enfermagem se enquadrava na linha das ordens religiosas femininas fundadas por Vicente de Paulo ou por Francisco de Sales⁷⁵⁹. Não esquecemos, no entanto, que a extinção das ordens religiosas, em 1910, tinha provocado uma progressiva diminuição de enfermeiras religiosas, e, portanto, o seu esforço foi infrutífero. Acabou por desistir da ideia até porque também receou que a missão religiosa destas mulheres se sobrepusesse às obrigações profissionais, argumento que tinha sido já expresso por alguns médicos, quer durante a Monarquia Liberal, quer na Primeira República.⁷⁶⁰ Organizou então um curso para enfermeiras laicas.

O curso da Direção Geral de Saúde (DGS) foi o primeiro curso oficial de visitadoras sanitárias no país, só posteriormente foi iniciado na Universidade de Medicina do Porto, em 1934 já existiam enfermeiras visitadoras a trabalhar nos serviços públicos de saúde.⁷⁶¹ Durante os primeiros anos os cursos da DGS funcionaram em Lisboa, no Posto de Protecção à Infância, dirigidos pelo Dr.

⁷⁵⁷ PIMENTEL, Irene Flunser – **A cada um o seu lugar: a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2011.

⁷⁵⁸ A criação dos primeiros centros de saúde em Portugal, incluindo o Centro de Saúde de Lisboa, de vários Dispensários de Higiene Social, Postos de Protecção à Infância, organização do Instituto Maternal, Leprosaria Rovisco Pais e várias instituições ligadas à saúde, foram da sua responsabilidade. Foi também ele o responsável pelo apoio que foi dado pela Fundação Rockefeller à formação de profissionais médicos e de enfermagem.

⁷⁵⁹ FARIA, José Alberto de - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

⁷⁶⁰ idem

⁷⁶¹ FARIA, José Alberto de - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.

António de Pina e Oliveira Júnior, e posteriormente no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge de Saúde (ISHRJ), sob a direção do Dr. Carlos de Arruda Furtado⁷⁶². Os cursos não foram efetuados anualmente de forma regular, existindo uma interrupção entre os cursos de 1934 e de 1937-38. Em 1946-1947 volta a realizar-se um outro curso e o último foi efetuado em 1951-1952.⁷⁶³ No mesmo período temporal decorreram também na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto vários cursos de visitadoras sanitárias⁷⁶⁴.

O curso de visitadoras sanitárias da DGS foi anunciado em 1926 através do art.º 17 do Decreto nº12 477⁷⁶⁵, que previa a criação dum corpo de “*enfermeiras de visita*”⁷⁶⁶, mas só foi efetivamente criado em 1929. Embora o Decreto nº 19 460 de 13 de Março de 1931⁷⁶⁷ autorizasse as faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, a realizarem formação de enfermeiras visitadoras, a sua formação e a das visitadoras sanitárias só foi realizada pela Direção Geral de Saúde e pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, como foi referido. Esta formação foi muito semelhante e não correspondeu, como veremos, aos modelos de formação anglo-saxónicos. Foram formadas pela DGS, através do Instituto Ricardo Jorge, as visitadoras sanitárias e pela Faculdade de Medicina do Porto as enfermeiras visitadoras, com um curriculum muito semelhante.

Ao contrário do seu modelo inspirador, que tinha selecionado “*mulheres de boa educação*”, por considerar que eram capazes de melhor assumirem a autonomia e responsabilidade exigida nos cuidados no domicílio⁷⁶⁸, José Alberto de Faria admitiu mulheres com “*uma cultura menos que média*”. Considerando que uma cultura muito elevada seria um obstáculo à formação que se lhes pretendia dar, esta deveria ser apoiada “*em dotes naturais de austeridade, brio e devoção*”.⁷⁶⁹ Por esse motivo excluiu do curso enfermeiras já diplomadas, parteiras e médicas, o que todavia, nem sempre foi respeitado, visto que chegaram a ser admitidas médicas, enfermeiras e mulheres

⁷⁶² CORREIA, Fernando Silva - Alguns apontamentos para a história do Instituto Central de Higiene. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano I (1946) 75.

⁷⁶³ DECRETO-LEI Nº 38884. “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 875-878.

⁷⁶⁴ DECRETO Nº 20375. “Diário do Governo. Série I”. 235 (1931-10-12) 2215 e CORREIA, Fernando. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano II:5 (1947) 70. O autor, na altura director do INSA, menciona como responsável pelos cursos do Porto o Dr. Almeida Garrett.

⁷⁶⁵ DECRETO Nº 12477. “Diário do Governo I Série”. 227 (1926-10-12) 1519-1530.

⁷⁶⁶ CORREIA, Fernando Silva - Curso de visitadoras sanitárias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano VIII:38 (1953) 71.

⁷⁶⁷ DECRETO Nº 19460. “Diário do Governo. Série I”. 60 (1931-03-13) 447-448.

⁷⁶⁸ CRAVEN, Sarah cit. por FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934. p. 148.

⁷⁶⁹ FARIA, José Alberto - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.pág.149.

licenciadas noutras áreas não ligadas à saúde.⁷⁷⁰ Para ele, as enfermeiras visitadoras “*deveriam ser educadas*” na crença na solidariedade humana, convicção na sua missão e na dignidade do seu papel e no respeito absoluto pelas regras. Deviam ainda possuir uma “*suave resignação*”. A estes valores associavam-se “*noções simples*” de puericultura, higiene geral, profilaxia das doenças, dietética, desinfeção, cuidados de saúde às grávidas, desinfeção e assistência social.⁷⁷¹ Orientações que se contrapunham às normas de admissão aos cursos existentes na maior parte dos países europeus, e na América do Norte, e procuravam responder ao que considerava ser a limitação da realidade portuguesa em termos da formação escolar feminina. Evitava ainda os obstáculos que uma cultura feminina mais elevada pudesse levantar.

As opiniões do diretor geral de saúde a este respeito correspondiam à opinião do então embrionário Estado Novo sobre a formação e funções da mulher. As estatísticas confirmam a situação da educação feminina nas décadas de 1930 e 1940, revelando as dificuldades das mulheres em aceder a formação que excedesse o 1º ciclo: enquanto que, em termos gerais, a taxa de analfabetismo era de 61,8% em 1930 e de 49% em 1940, para as mulheres era de 69,9% em 1930 e de 56,1% em 1940⁷⁷², o que corresponde, em 1930, a mais de dois terços da população feminina com mais de sete anos que não sabia ler nem escrever. Nesse mesmo ano, a taxa de alunas no ensino primário era de 42,8% e no ensino liceal de 24,6%.⁷⁷³ O acesso a mais elevados níveis de ensino era desincentivado pelo regime, que em 1956 aumentou a escolaridade obrigatória para quatro anos apenas para os rapazes, e só depois fez o mesmo para as raparigas. Replicava-se no ensino o projeto ideológico do Estado Novo que, apesar de conceder alguns direitos à mulher, defendia uma educação “mais prática” que a preparasse para as funções familiares e da maternidade.⁷⁷⁴

Na altura, existia disponibilidade da Fundação Rockefeller para apoiar, técnica e financeiramente, a formação de enfermeiras visitadoras portuguesas em moldes semelhantes ao que já se fazia em alguns países da Europa. Foi neste contexto, nos finais da década de 1930, que a Fundação proporcionou a António de Carvalho Dias, médico que colaborava diretamente na

⁷⁷⁰ CORREIA, Fernando Silva - Alguns apontamentos para a história do Instituto Central de Higiene. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano I (1946) 75.

⁷⁷¹ FÁRIA, José Alberto – **Administração Sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934, p.150.

⁷⁷² PIMENTEL, Irene Flunser – **A cada um o seu lugar: a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2011, p.120.

⁷⁷³ Idem, p.122.

⁷⁷⁴ PIMENTEL, Irene Flunser – **A cada um o seu lugar: a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2011; ADÃO, Áurea; REMÉDIOS, Maria José – A narrativa educativa da primeira fase da governação de Salazar. A voz das mulheres na Assembleia Nacional portuguesa (1935-1945). Revista Lusófona de Educação. 5 (2005) 85-109.

implementação dos centros de saúde em Portugal, uma viagem de estudo a várias escolas de visitadoras e serviços de cuidados de saúde não hospitalares europeus, nomeadamente França, Hungria, Jugoslávia e Grécia, a fim de se documentar sobre a organização e funcionamento dos centros de saúde e das escolas de visitadoras.⁷⁷⁵ O que não foi suficiente para garantir o êxito destas iniciativas, pois nem a realidade cultural nem a política do país permitiram uma formação mais avançada nesta área.

António Carvalho Dias reconhecia que as maiores habilitações académicas de ingresso tinham impacto quer no sucesso escolar, quer no desempenho das visitadoras e das enfermeiras visitadoras. No seu relatório sobre as visitas efectuadas admitia que *“do que temos observado em visitadoras portuguesas, para quem a habilitação de entrada corresponde à 4ª classe do ensino primário, só aquelas dotadas de grande força de vontade e vocação, lograram equiparar-se no trabalho, às suas colegas com maior cultura.”*⁷⁷⁶

A designação de *visitadora sanitária* e não de *enfermeira visitadora* foi justificada pelo diretor geral de saúde com o argumento de que não era necessária uma formação polivalente, mas apenas assente nos cuidados preventivos. Afastada ficava também a ideia de o curso se constituir como uma especialização em enfermagem.⁷⁷⁷ Relata, a propósito, que *“sem qualquer desdouro para as doudas Faculdades de Medicina portuguesas, nem mesmo admitirá que as suas diplomadas, como enfermeiras visitadoras, venham, nos serviços sanitários, desempenhar-se de outro papel que não o de visitadora de higiene.”*⁷⁷⁸ Confiava, no entanto, que a formação em saúde pública de enfermeiras e médicos no estrangeiro, que estava a ser financiada pela Fundação Rockefeller, trouxesse alterações qualitativas ao curso de visitadoras sanitárias.

O nível de habilitações académicas e mesmo a preparação e duração do curso em Portugal era bastante diferente dos cursos de enfermeiras estrangeiros que eram polivalentes, no sentido de prepararem para o exercício de enfermagem na comunidade no âmbito da promoção da saúde e

⁷⁷⁵ DIAS, António de Carvalho – **Alguns serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural. Escolas de visitadoras sanitárias**. Lisboa: Imprensa Médica, 1940.

⁷⁷⁶ Idem. p. 27.

⁷⁷⁷ FARIA, José Alberto – **Administração Sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934, p. 151.

⁷⁷⁸ Idem, p.157.

dos cuidados curativos.⁷⁷⁹ Em França, por exemplo, o curso durava um ano lectivo mas era exigida como habilitação prévia o curso de enfermagem, ou seja, no total três anos de formação.⁷⁸⁰

Na Hungria as Escolas de Visitadoras funcionavam na alçada do Instituto de Higiene do Estado, que tinha uma secção de ensino especializado em Saúde Pública para médicos e enfermeiras. Era exigido curso secundário (equivalente na altura ao curso português dos liceus), e, à semelhança dos cursos de visitadoras em França, tinha a duração de três anos, com uma parte teórica preliminar de 565 horas de enfermagem generalista e uma parte teórica designada como de “saúde pública” com a duração de 418 horas teóricas.⁷⁸¹ Além destas aulas teóricas as alunas tinham estágios práticos em hospitais nos serviços de medicina, pediatria, cirurgia, obstetrícia, oftalmologia, psiquiatria e em dispensários antituberculosos, serviços de assistência materno-infantil, dispensários de higiene social e centros de saúde, durante mais de 60 semanas.⁷⁸² Nos então recém-criados centros de saúde húngaros cada enfermeira-visitadora tinha a seu cargo entre 3000 a 3500 pessoas.

Segundo Carvalho Dias em 1938 existiam na Hungria 217 centros de saúde e em cada um, uma enfermeira-visitadora. O centro de saúde era dirigido por um médico especialista em saúde pública e tinha a seu cargo a prestação de cuidados materno-infantis, saúde escolar, cuidados de prevenção e tratamento da tuberculose, doenças venéreas, odontologia e medicina geral. A saúde materna, a saúde infantil e a saúde escolar eram áreas de intervenção privilegiada da enfermeira visitadora que, muitas vezes, tinha alojamento anexo ao centro de saúde.⁷⁸³

Já na Jugoslávia em 1938 existiam escolas de visitadoras sanitárias nas cidades de Zagreb, Belgrado, Ljubljana e Skoplje, sob a tutela da Escola de Higiene Pública. A parte teórica do curso tinha 765 horas enquanto o restante tempo dos três anos do curso era destinado a estágios em hospitais e instituições de cuidados de saúde não hospitalares. Do curriculum do curso faziam parte, além da anatomia, patologia, infeciologia, nutrição, química, bacteriologia, psicologia e da pedagogia, a história, a ética, a língua materna, a higiene e governo doméstico e legislação de saúde.

⁷⁷⁹ GARCIA, Maria Gabriela Mougá Fernandes - Visita domiciliária ontem e hoje : aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Univ. Cat. Portuguesa. 1995. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

⁷⁸⁰ L'ouvre des infirmières. Revue et Bulletin de'Information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. XII:1 (Janvier 1931); e L'ouvre des infirmières. Revue et Bulletin de'Information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. XII:2 (Février 1931).

⁷⁸¹ DIAS, António de Carvalho – **Alguns serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural. Escolas de visitadoras sanitárias**. Lisboa: Editora Médica, 1940.

⁷⁸² Idem.

⁷⁸³ Ibidem.

Em Espanha a primeira escola de formação para visitadoras sanitárias arrancou em 1927, evoluindo no ano seguinte para “*Escuela de Enfermeras Visitadoras de La Cruz Roja Española*”, dirigida pelo médico Joaquín Valenzuela. As visitadoras sanitárias espanholas trabalhavam em dispensários materno-infantis e no combate às doenças infecciosas e do seu curriculum faziam parte disciplinas essencialmente destinadas às aprendizagens nestas áreas específicas.⁷⁸⁴ As habilitações e duração do curso terão bastante impacto, como veremos, na vida e no exercício profissional das visitadoras, quer na afirmação social do seu trabalho quer, posteriormente, na equivalência ao curso de enfermagem.

De assinalar que os curricula dos cursos portugueses tinham disciplinas semelhantes às dos cursos de outras enfermeiras visitadoras europeias, que, contudo, tinham uma duração bastante mais curta e uma abordagem mais generalista: 6 meses, segundo o regulamento de 1931⁷⁸⁵ e um ano letivo com quatro meses de estágio, nos cursos de 1947 e 1948/1949, com novo regulamento de 1946⁷⁸⁶. A falta de formação prévia em enfermagem era outro fator que distinguia o curso de outras formações europeias já existentes.

A duração e curriculum dos primeiros cursos de visitadoras sanitárias da DGS diferiam assim dos das enfermeiras visitadoras. O curriculum previsto para os cursos de enfermeiras visitadoras das Faculdades de Medicina integrava as disciplinas de Puericultura, Higiene Doméstica e Profilaxia das Doenças Transmissíveis e ainda a disciplina de Enfermagem, que só posteriormente foi integrada nos cursos da DGS. O curso de enfermeiras visitadoras durava um ano e incluía seis meses de estágio em dispensários de puericultura, antituberculosos ou de combate à sífilis.⁷⁸⁷ Só mais tarde, como vimos, foram harmonizados os dois cursos, passando a ter a mesma duração.

⁷⁸⁴ VALENZUELA, Joaquín – **Estudios sociales y de Puericultura para visitadoras y enfermeras**. Madrid: Editorial Pueyo S.L., 1942.

⁷⁸⁵ Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias, art.º 12º.

⁷⁸⁶ Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano II:5 (1947) 72.

⁷⁸⁷ DECRETO Nº 19460. “Diário do Governo. Série I”. 60 (1931-03-13) 447-448.

Quadro 4: Currícula dos cursos de visitadoras da DGS em 1931 e 1946.

CURRICULUM 1931	CURRICULUM 1946
<p>Puericultura Higiene pré-natal Higiene geral Higiene alimentar Profilaxia das doenças transmissíveis</p>	<p>Todas as disciplinas de 1931 + Bacteriologia e parasitologia Administração sanitária Flagelos sociais Profilaxia e assistência social Princípios de sociologia Deontologia e economia doméstica Noções elementares de enfermagem</p>

Fonte: Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias e Arquivos do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

A opinião sobre o curriculum foi retratada com humor pelas finalistas de 1948-1949 do Curso de Enfermeiras Visitadoras da Universidade do Porto:

Triunvirato terrível

I

Higiene! – (assunto amargo!)
 No exame tem cautela!
 Vê se passas ao de largo,
 Sem o Mestre dar por ela...

II

Enfermagem: Ligaduras
 Problemas, injeções...
 Serão nas horas futuras,
 Três grandes recordações!

III

Tu foste os nossos pecados
Puericultura querida!
 Até nos leites condensados
 Tu ficaste bem sabida!⁷⁸⁸

Era óbvia a intenção de dotar as visitadoras de conhecimentos elementares, tanto na área de saúde pública como na de saúde infantil. Isso mesmo é explícito pelas disciplinas do curriculum, e respetivas temáticas.⁷⁸⁹

Por outro lado constata-se que, apesar das intenções iniciais de José Alberto Faria de apostar num curso acentuadamente voltado para a “prevenção”, se tinha investido em cuidados de enfermagem curativos. No curso de 1946/1947, além das aulas, destacavam-se atividades

⁷⁸⁸ Curso de Enfermeiras Visitadoras de Higiene de 1948-1949. Porto: Tip. Artes e Letras, 1949.

⁷⁸⁹ Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge – Pastas dos Cursos de Visitadoras Sanitárias.

curriculares teóricas e práticas: 22 sessões de estudo e 27 visitas de estudo e/ou estágios, tendo passado o número de horas letivas de 172 para 255.⁷⁹⁰

Relatava o Dr. Pina Júnior, diretor do Posto de Protecção à Infância de Lisboa, que no ano letivo de 1931-1932 se tinham inscrito no curso de visitadoras sanitárias 230 senhoras, acabando o curso por funcionar com 151 alunas, e delas só 75 o finalizaram, tendo quatro ficado a trabalhar no Posto de Protecção à Infância.⁷⁹¹ Os doze cursos realizados entre 1929 e 1952 resultaram 553 diplomadas que se distribuíram pelos serviços de saúde e assistência do país.⁷⁹² Refira-se, no entanto, que por falta de informação, o quadro 5 menciona apenas parte da realidade.

Quadro 5: Candidatas, admitidas e diplomadas em vários dos cursos de visitadoras sanitárias da DGS.

Anos letivos	Candidatas	Alunas admitidas	Alunas diplomadas
1929	12	12	6
1930	155	52	24
1931	230	Nº desconhecido	75
1933-1934	240	240	183
1937-1938	371	Nº desconhecido	51
1946-1947	116	Nº desconhecido	20
1951-1952	38	Nº desconhecido	33

Fonte: CORREIA, Fernando Silva. In Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa (1946, 1948 e 1953); JÚNIOR, Pina - Posto de Protecção à Infância – Relatório de 1931-1932. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1933.

O elevado número de candidaturas e o baixo número de diplomadas justifica-se, entre outros motivos, pelo facto de muitas das candidatas ficarem excluídas logo no exame médico, ou no exame de admissão, além do grande número de desistências e reprovações por faltas.⁷⁹³ Por exemplo, em 1930 foram eliminadas pela Junta Médica 73 candidatas e outras 30 ficaram excluídas no exame de admissão. Das 52 candidatas admitidas, 28 foram eliminadas por faltas ou desistência, no final, apenas 24 alunas foram diplomadas. Já em 1933 todas as 240 candidatas foram admitidas

⁷⁹⁰ CORREIA, Fernando Silva - Curso de visitadoras sanitárias 1946-1947. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1949. p. 464.

⁷⁹¹ JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância – Relatório de 1931-1932**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1933, p.17.

⁷⁹² CORREIA, Fernando Silva - Curso de visitadoras sanitárias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano VIII:38 (1953) 71.

⁷⁹³ Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge – Dossiers dos Cursos de Visitadoras Sanitárias.

ao curso, no entanto foram eliminadas por faltas 45.⁷⁹⁴ No curso de 1946-1947 verificaram-se 44 desistências, embora não tenhamos conseguido saber quantas candidatas foram admitidas.⁷⁹⁵

É provável que o confronto com a realidade do ambiente de trabalho, e as baixas habilitações que dificultavam a apreensão de algumas matérias específicas, tivessem contribuído para os índices de desistência referidos.

Apesar disso o curso apresentava-se como uma oportunidade para as mulheres e para os serviços de saúde. Para as primeiras, porque tinham ali uma das poucas oportunidades de emancipação existentes nas primeiras décadas do século XX; para os segundos porque a formação de visitadoras nos moldes desenhados lhes permitia responder rapidamente à escassez de enfermeiras nos serviços de saúde não hospitalares.

O QUOTIDIANO DA PRAXIS

As funções das visitadoras sanitárias portuguesas correspondiam às das enfermeiras visitadoras de alguns países da Europa, mas também dos Estados Unidos da América e até do Japão.⁷⁹⁶ Na revista da Liga de Sociedades da Cruz Vermelha, de 1931, pode ler-se que no Estados Unidos “*les infirmières d'hygiène social de la Croix-Rouge ont fait 1.242.424 visites à domicile et ont examiné 968.096 écoliers.*”⁷⁹⁷ Previa-se a sua actuação em dispensários materno-infantis, no combate e prevenção da sífilis e de outras infeções sexualmente transmissíveis, no combate e prevenção da tuberculose, nos serviços de saúde escolar e execução de programas de vacinação. A missão das enfermeiras visitadoras era essencialmente a de servirem de elo de ligação entre as famílias e os serviços de saúde, com realce para a ação nos recém-criados centros de saúde. Nesse seu papel, quer pela sua competência, quer pela “*afabilidade do trato*”, era a pessoa de confiança das famílias em matéria de saúde, elemento chave na promoção da saúde da comunidade.⁷⁹⁸ Em França o médico Calmette, grande adepto da intervenção das enfermeiras visitadoras, salientava a sua ação contra a mortalidade precoce e infantil. Com isto assumia que a proteção da infância deveria ser uma das

⁷⁹⁴ FARIA, José Alberto - **Administração Sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934, p.155.

⁷⁹⁵ CORREIA, Fernando Silva - Curso de visitadoras sanitárias 1946-1947. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. (1949) 464.

⁷⁹⁶ L'ouvre des infirmières. Revue et Bulletin de'Information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. XII:1 (Janvier 1931); L'ouvre des infirmières. Revue et Bulletin de'Information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. XII:2 (Février 1931) 23.

⁷⁹⁷ Idem.

⁷⁹⁸ DIAS, António de Carvalho – **Alguns serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural. Escolas de visitadoras sanitárias**. Lisboa: Editora Médica, 1940.

suas principais tarefas, aliada à luta contra a tuberculose, o cancro, o alcoolismo e outros flagelos sociais.⁷⁹⁹

Em Portugal o regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias da Direção Geral de Saúde estabelecia que o mesmo habilitava ao exercício de funções em postos de proteção à infância, dispensários de higiene social e inspeção de epidemias.⁸⁰⁰ O regulamento de 1946 indicava que a visitadora competia: lutar contra a morbilidade e mortalidade infantis e contra as doenças infecto-contagiosas e sociais, admitindo que iriam trabalhar nos serviços antituberculosos, antissezonáticos, escolares entre outros.⁸⁰¹ Isto para concluir que, não obstante os traços distintivos em termos de formação, a ação das visitadoras sanitárias em Portugal não diferia no essencial das desempenhadas pelas enfermeiras visitadoras no estrangeiro.

Apesar da formação de visitadoras sanitárias, continuava a existir grande escassez de recursos de enfermagem para os serviços de saúde não hospitalares. Ainda em 1941 uma enfermeira do Sindicato Nacional Feminino da Enfermeiras do distrito de Lisboa lamentava o facto de não existirem praticamente serviços de enfermagem domiciliária no país, *“em virtude de não estar esse serviço organizado e não haver enfermeiras especializadas nesse sentido”*,⁸⁰² apesar de que alguns serviços desenvolviam já cuidados de enfermagem orientados para os indivíduos e famílias, em contexto domiciliário que, sublinhava, em nada era inferior à enfermagem hospitalar.⁸⁰³

Na década de 1940, no Centro de Saúde de Lisboa, numa instituição que se queria como modelo de serviço de saúde comunitária em Portugal, duas enfermeiras de saúde pública formadas nos Estados Unidos e Canadá, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, orientavam o trabalho de seis visitadoras sanitárias. Das suas funções, baseadas no modelo do National Organisation for Public Health Nursing dos Estados Unidos, faziam parte a notificação e a descoberta de casos de doenças infecto-contagiosas, a educação para a prevenção de epidemias, a vacinação, o ensino de métodos de prevenção das doenças infecciosas, o auxílio ao médico na realização de exames, a

⁷⁹⁹ CALMETTE, A. - La noble tâche de L'infirmière-Visiteuse. La Messagère de Santé. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930, pág.8.

⁸⁰⁰ DECRETO Nº 20375. “Diário do Governo. Série I”. 235 (1931-10-12) 2215.

⁸⁰¹ Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano II:5 (1947) 72.

⁸⁰² LIMA, Sofia Fidelis - A enfermeira. Boletim do Sindicato Nacional Feminino do Distrito de Lisboa. 5 (1941) 6.

⁸⁰³ Idem.

vigilância da saúde das crianças e das grávidas, investigações sociais, a educação para uma alimentação saudável e para a higiene oral, devendo ter a família como unidade de trabalho.⁸⁰⁴

Ou seja, as visitadoras desenvolviam, sob a orientação técnica das enfermeiras, as intervenções que eram preconizadas para a enfermeira de saúde pública, que implicavam a visita domiciliária às famílias e a visita e trabalho com escolas e instituições da área.⁸⁰⁵

No relatório de atividades de 1940 do Posto de Protecção à Infância de Lisboa, o Dr. Pina Júnior, seu diretor, reportava que as 20 visitadoras sanitárias que ali trabalharam tinham realizado 24258 visitas domiciliárias e atendido 27658 crianças, 2605 das quais tinham sido vacinadas, o que representava 20% das crianças nascidas em Lisboa.⁸⁰⁶

No mesmo ano cada visitadora tinha realizado, em média, 150 visitas mensais. Além das visitas, vacinação, educação para a saúde a grávidas e mães, as visitadoras sanitárias administravam terapêutica e faziam tratamentos preventivos, nomeadamente da sífilis, além da distribuição de leites e farinhas, produtos de grande impacto na saúde das crianças devido aos problemas de subnutrição que muitas delas sofriam. Uma atuação que se manteve até aos anos 70 do século XX. Lembremos as dificuldades económicas da maioria da população portuguesa nos anos trinta e quarenta do século XX e os altos índices de mortalidade infantil. As visitadoras respondiam às expectativas colocadas pelos responsáveis na sua formação, que pretendiam que elas se empenhassem essencialmente na prestação de cuidados materno infantis e no combate às doenças infecciosas. Esta ação conjugava intervenções de saúde com apoio social num misto de enfermeira/assistente social.

⁸⁰⁴ CORRÊA, Beatriz de Mello - **Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988**. Lisboa: ed. do autor, 2010.

⁸⁰⁵ Idem e GARCIA, Maria Gabriela Mougá Fernandes - Visita domiciliária ontem e hoje: aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Univ. Cat. Portuguesa. 1995. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem; LOUREIRO, João Maia de - Finalidades e directrizes. In CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E À INFÂNCIA - **Relatório de Actividades e contas 1946-1947**. Lisboa, 1949.

⁸⁰⁶ JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1940**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941, p. 3.

Quadro 6: Leite distribuído entre 1936 e 1940 pelas visitadoras do Posto de Protecção à Infância de Lisboa.

Secção de alimentados pelo Pôsto com alimento fornecido pela Junta de Província da Estremadura							
	Desde o seu início até 31-XII-1935	1936	1937	1938	1939	1940	Total
Refeições de leite em pó (a) . . .	1.177.939	373.666	270.274	213.414	261.026	240.009	2.536.328
Quilos de leite em pó (a)	15.080	4.449	3.546	3.065	4.431	4.292	34.863
Quilos de farinhas lácteas (b) . .	5.038	1.058	1.596	1.115	1.617	1.819	12.243
Quilos de farinhas naturais (c) . .	4.651	1.322	1.690	1.372	1.388	1.823	12.246

(a) Serviço iniciado em Julho de 1930.
 (b) " " " Janeiro de 1931.
 (c) " " " Janeiro de 1932.

Fonte: JÚNIOR, A. Pina - 10.º Relatório do Serviço do Posto de Protecção à Infância de Lisboa. Lisboa: Oficinas Gráficas da Empresa do Anuário Comercial; Direcção Geral de Saúde Pública, 1941. p.13.

Como vemos no quadro, o leite distribuído, nesta como noutras instituições, era fornecido pelas Juntas de Província ou doado por instituições privadas. O Estado não assumia, de forma clara, a ajuda alimentar, que acabava por chegar através de “intermediários”, num regime, que como já várias vezes acentuámos, não deixava de lembrar o seu papel assistencial supletivo. Recordemos aliás que a Constituição de 1933 excluía do direito de voto os “assistidos” pelo Estado mediante declaração de pobreza. Assim, a ação das visitadoras era efetivamente mais direccionada para os excluídos dos direitos mais essenciais. As visitadoras do Posto de Protecção à Infância chegavam mesmo a quotizar-se para comprar e confeccionarem enxovais às crianças mais necessitadas. Sobre esta atividade das visitadoras dizia o diretor que *“Esta obra de beneficência que o Posto faz dia a dia é uma das melhores realizações e patenteia claramente a boa visão que as visitadoras têm da missão, simpática mas espinhosa, que lhes incumbe”*.⁸⁰⁷

No relatório de atividades de 1940, Maria da Anunciação Cortez, visitadora sanitária da Delegação do Norte da organização “Defesa da Família”, instituição que dependia da Direcção Geral de Saúde, expunha as dificuldades vividas pelas visitadoras sanitárias, relacionadas tanto com as carências dos serviços de saúde, como com as da própria população, considerando que o ano tinha sido de *“luta com poucos resultados favoráveis”*, devido ao *“pouco pessoal, deficiência de instalações e insuficiência de recursos”*. Do trabalho realizado pelas quatro visitadoras, salientava

⁸⁰⁷ JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1940**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941, p.16.

as 314 primeiras visitas feitas a famílias, as visitas de continuidade, o atendimento nas instalações a 8000 pessoas e a inscrição de um total de 3264 famílias no posto da Delegação do Norte da Defesa da Família. Queixa-se do elevado preço dos bilhetes dos elétricos, que as levava a percorrer longas distâncias a pé, deixando visitas por fazer, acabando por gastar “*em transportes boa parte do seu ordenado*”.⁸⁰⁸ Criticava, por isso, a Companhia Carris e a Câmara Municipal do Porto por cederem bilhetes gratuitos aos fiscais sanitários e não às visitadoras sanitárias, o que não deixava de exemplificar a baixa valorização pelo Estado das atividades “cuidadoras” face às actividades de carácter policial. Por outro lado, as instalações em que trabalhavam restringiam-se a uma única divisão, onde se fazia o atendimento, o secretariado e o apoio de serviço social. Apesar disso, dizia, “*naquela barraquinha trabalhou-se muito e com dedicação*”, dando destaque à ajuda do médico e funcionários do Posto de Desinfecção ao trabalho das visitadoras, nomeadamente através de consultas médicas, transporte de doentes e serviço de desinfecção, quando solicitados, visto que as instalações do Posto de Desinfecção eram contíguas às da Defesa da Família.⁸⁰⁹ Nesta linha, considerava desumanas as condições em que as pessoas aguardavam pelo atendimento⁸¹⁰

Era preocupação das visitadoras encontrar na comunidade instituições de apoio social para onde pudessem encaminhar os doentes pobres, cientes que estavam de que a pobreza e subalimentação eram determinantes no estado de saúde da população. Sobre a problemática a mesma autora citava uma intervenção do médico João Porto, que afirmava que, “*Pregar a higiene a pessoas sem recursos é alguma coisa porque há sempre um resultado a obter, mas o estômago vazio não cria boas disposições para escutar o que é mais bem dito, nem o que é dito com a maior bondade*”. A visitadora questionava se “*pode um pobre tuberculoso melhorar se apenas tiver o tratamento que lhe é feito pelo Dispensário não tendo a acompanhá-lo a necessária alimentação? Impossível!*”. Para melhorar a situação, propunha que se alojassem os tuberculosos das “ilhas” do Porto em casas salubres e que se auxiliassem com um subsídio em dinheiro, ou em géneros, os doentes desempregados.

⁸⁰⁸ CORTEZ, Maria da Anunciação G. – **Relatório do ano de 1940**. Porto: Organização Nacional Defesa da Família, Delegação do Norte, 1941.

⁸⁰⁹ Idem, p. 6.

⁸¹⁰ As visitadoras sanitárias preocupavam-se de forma muito clara com as condições de vida de muitas crianças e famílias: “*Os pobres esperavam a sua vez no Pátio de Desinfecção, à chuva e ao vento, causando dó ver, principalmente os infelizes tuberculosos naquele desconforto....muitas vezes as visitadoras os foram atender ao portão.*” “*O que se passa com as crianças! Grande maioria não tem nas suas casas o ar e luz de que tanto necessitam e na rua passam os seus dias, vegetando e estiolando as suas alminhas. São educadas entre o soco e o palavrão. Dormem como ninhada de animais numa tremenda promiscuidade. No Porto a obra de protecção à criança é grande mas ainda há muito para fazer*”

Reconhecia-se assim a necessidade de trabalhar em parceria com outras instituições “*é indispensável a colaboração das diversas entidades oficiais e particulares.*”

In CORTEZ, Maria da Anunciação G. – **Relatório do ano de 1940**. Porto: Organização Nacional Defesa da Família, Delegação do Norte, 1941, p. 5, p.10 e p.11.

A visitadora considerava prejudicial e antieducativo o recurso “à bicha de distribuição de sopas”, feita por algumas entidades no Porto, entre elas a Legião Portuguesa. Descrevia ainda as precárias condições de vida das crianças pobres do Porto, que, em 1940, “esgravatavam nos recipientes do lixo” para conseguirem comida.⁸¹¹ Defendia uma assistência aos mais pobres que envolvesse preocupações com a sua dignidade e integração social.

Apesar da sua diversidade e número, as várias instituições de saúde e apoio social eram poucas e acabavam por não comunicar entre si. A verdade é que, apesar do discurso oficial, as instituições privadas de solidariedade social, nomeadamente as Misericórdias, viviam com dificuldades económicas e nem sempre eram fáceis as relações entre público e privado, como já anteriormente referimos. Neste contexto as visitadoras sanitárias depararam-se com grandes dificuldades para tornar efetiva a sua ação, face à vastidão dos problemas e à insuficiência de recursos. Por solicitação das visitadoras sanitárias que trabalhavam em articulação com o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, cuja administração era presidida pelo médico Bissaya Barreto, ali foram internados 23 tuberculosos em 1940. Tinham também distribuído medicamentos e roupas para crianças, e conseguido que fossem concedidos subsídios pela Comissão de Assistência do Governo Civil a grávidas e a parturientes. Das atividades descritas, constava também um inquérito de saúde a desempregados da vila de Valongo. Ali se enumeram situações sociais muito difíceis, como o caso de uma criança de três semanas a dormir num berço “debaixo da cama de um tuberculoso acamado”, reforçando a autora do relatório que “milhares de pessoas se encontram a braços com a mais absoluta falta de recursos”.⁸¹²

Desconhecemos qual foi a reação dos dirigentes da instituição ao relatório desta visitadora, mas ele espelha bem as preocupações de índole social que assolavam as visitadoras em contacto com a grande precariedade de vida e saúde de muitos portugueses. Revela também o espírito crítico, e de intervenção social, que caracterizava a ação de algumas destas mulheres. Devido ao seu reduzido número, e escassez de serviços de saúde nas zonas rurais ou do interior, as visitadoras sanitárias e as enfermeiras visitadoras trabalharam essencialmente em contextos urbanos, embora um documento de 1934 identifique as alunas que se comprometiam a trabalhar na “província”, o que demonstra que havia, ao nível das preocupações, a intenção de aliviar os problemas do interior do país.

⁸¹¹ CORTEZ, Maria da Anunciação G. – **Relatório do ano de 1940**. Porto: Organização Nacional Defesa da Família, Delegação do Norte, 1941, p.10.

⁸¹² Idem, p.16.

Quadro 7: Alunas que em 1934 declararam prestar serviço na província.

U
Relação das alunas do Curso de Visitadoras Sanitárias (inscritas no Comissariado do Desemprego) que declararam desajar prestar serviço na Província

N.º da Aluna	Data da Prova	Nomes	Localidade	Habilidades	Local de preferência
148	1937	Álgebra Leinha Barros Fernandes	197	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
149	1938	Álgebra da Silva Barros	27	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
150		Álgebra Regina das Rêas	16	2.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
151		Álgebra Margarida Bandeira	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
152		Álgebra Maria Regina	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
153		Álgebra Amélia de Almeida Barros	24	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
154		Álgebra Maria Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
155		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
156		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
157		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
158		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
159		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
160		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
161		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
162		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
163		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
164		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
165		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
166		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
167		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
168		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
169		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---
170		Álgebra Maria Rosa Barros	14	1.º Leit. prim. - leitura, escrita, prof. jardins floridos	---

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

Apesar de tudo, era nas cidades que as crianças mais sofriam com as doenças infecto-contagiosas⁸¹³. As cidades não tinham estruturas urbanísticas que conseguissem aguentar o crescimento populacional provocado pelo êxodo rural, o que aliado às precárias condições de habitação motivava situações de verdadeira promiscuidade e de insalubridade⁸¹⁴ em cenários muito próximos dos provocados pelo êxodo rural do séc. XVIII e XIX na Europa industrializada.⁸¹⁵ O retrato das assimetrias habitacionais, e do que elas encerram de significativa diferenciação social, durante o período do Estado Novo até á atualidade, é analisado por Sandra Pereira, que demonstra, quer em termos de espaço e materiais, quer em termos de uso e distribuição do próprio espaço, no sentido de salvaguardar/separar (ou não) as dimensões da intimidade e do social, as diferenças entre os meios rurais e urbanos e o pobre e o burguês.⁸¹⁶

A ação das visitadoras sanitárias, conjugando os cuidados de saúde com apoio social/alimentar e o encaminhamento possível para instituições de solidariedade das crianças, e famílias com maiores dificuldades, tanto de saúde como económicas, revelava-se crucial num tempo de grandes carências. A pobreza, os maus indicadores de saúde, as precárias condições dos

⁸¹³ Fernando Rosas lembra que no final dos anos trinta as pessoas migravam para as cidades em busca de um trabalho nas fábricas, fugindo das difíceis condições de vida nas zonas rurais. In ROSAS, Fernando - **Portugal entre a Paz e a Guerra 1939-1945**. Lisboa: Editorial Estampa, 1990.

⁸¹⁴ PEREIRA, Sandra Marques – Cenários do quotidiano doméstico: modos de habitar. In MATTOSO, José (Dir.); ALMEIDA, Ana Nunes de (Coord.) - **História da Vida Privada em Portugal: Os Nossos Dias**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011. p.16-47.

⁸¹⁵ Idem; HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetria e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 207 (1948).

⁸¹⁶ PEREIRA, Sandra Marques – Cenários do quotidiano doméstico: modos de habitar. In MATTOSO, José (Dir.); ALMEIDA, Ana Nunes de (Coord.) - **História da Vida Privada em Portugal: Os Nossos Dias**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011. p.16-47.

serviços públicos, a falta de profissionais e desadequada distribuição, eram fatores que faziam da ação das visitadoras sanitárias uma exceção num ambiente hostil para os mais vulneráveis. Também em Espanha, Carmen Canalejo assinala que foram as necessidades de suavizar “as questões nacionais” associadas à saúde, que conduziram à criação de novas áreas para prática de Enfermagem. Para a autora a ação das enfermeiras acabava por atenuar as más condições de vida e saúde de muitos milhares de famílias.⁸¹⁷ No Reino Unido, as enfermeiras visitadoras assumiam, segundo Helen Sweet, um papel chave junto das famílias, contribuindo com a sua intervenção para melhorar o bem-estar das famílias e atenuar os efeitos das crises económicas e dos conflitos armados.⁸¹⁸

Quadro 8: Atividades das visitadoras sanitárias no Posto de Protecção à Infância de Lisboa (1940).

Serviços	De 1 de Julho de 1929 a 31 de Dezembro de 1933	1931	1935	1936	1937	1938	Total
Visitas domiciliárias	65.669	17.702	16.894	18.734	21.619	21.363	161.981
Pesagens e medições	70.697	23.346	24.714	28.059	27.066	22.722	196.604
Consultas médicas	41.505	15.016	14.961	18.213	18.079	15.266	123.040
Injecções anti-sifilíticas	3.837	1.539	1.433	1.380	1.311	1.132	10.632
Banhos de Luz	16.432	5.939	6.054	6.579	8.260	8.116	51.380
Vacinações anti-variólicas	6.788	1.996	2.306	2.242	2.602	2.146	18.080
Revacinações	1.301	986	1.498	1.225	2.171	306	7.487
Total dos serviços prestados	206.219	66.524	67.860	76.432	81.108	71.051	569.204

Fonte: JÚNIOR, Pina - Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1940. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941.

Além do trabalho desenvolvido nos dispensários materno-infantis, as visitadoras sanitárias exerceram também nos Dispensários de Higiene Social de quase todos os distritos do país. O

⁸¹⁷ CANALEJO, Carmen González – Cuidados y bienestar: El trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936). *Revista Dynamis*. 27 (2007) 211-235.

⁸¹⁸ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

médico Sousa Fialho, subdelegado de saúde de Setúbal, numa palestra aos formandos do II Curso de Aperfeiçoamento de Subdelegados de Saúde no ISHRJ, em Maio de 1946, relatava que, nessa cidade, o Dispensário de Higiene Social que dirigia contava com o trabalho de duas visitadoras sanitárias que participam nas atividades do dispensário. Entre elas, a profilaxia das doenças venéreas, do tracoma, da difteria e da febre tifoide, a luta contra o sezonismo, o acompanhamento de pessoas com lepra, a vacinação, a redação de inquéritos sociais, a “fiscalização das toleradas”, visitas às escolas, asilos e famílias, o controlo de epidemias e o acompanhamento de crianças em estreita articulação com a Subdelegação de Setúbal do Instituto Maternal, inaugurada em Dezembro de 1945.⁸¹⁹

O relatório de atividades do Posto das Francesinhas (designado “*Serviço de vigilância e tratamento antivenéreo das meretrizes da cidade de Lisboa*”) de 1958 não diferia em muito do de Setúbal, de 1946.

Ainda sobre a intervenção das visitadoras sanitárias no campo da saúde da criança e da família, não pode ser deixado de ser mencionado que o seu trabalho se poderia inserir numa certa corrente ideológica que defendia as teorias eugénicas de aperfeiçoamento da raça, ligadas a uma cada vez maior intervenção do Estado no controlo da assistência e saúde. A Constituição de 1933 assumia como atribuição do Estado a defesa da família enquanto garante do aperfeiçoamento da raça, embora depositasse na família a responsabilidade quase total por esse aperfeiçoamento.⁸²⁰ Embora o Estado Novo, ao contrário de outros regimes ditatoriais europeus, tenha investido numa política natalista de clara influência católica, os defensores das teorias eugénicas em Portugal criaram, na década de 30, a Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos.⁸²¹

As preocupações eugénicas presidiram a muitas políticas de assistência e controlo das condições sanitárias da população portuguesa, ainda que, a par delas, existisse a proibição do aborto, a não divulgação de métodos anticoncecionais e, por oposição, os prémios para as famílias numerosas. Escrevia o médico Francisco Homem que “*Será preciso regrar o funcionamento das creches e amas, a visitação e as vacinas, as consultas de pediatria e de puericultura, as inspeções das crianças pré-escolares,*

⁸¹⁹ Do trabalho realizado, que contou com a participação das duas visitadoras do dispensário, relata-se que “*em 1931 encontrámo-nos perante uma epidemia de varíola...vacinaram-se milhares e milhares de pessoas, houve que ir buscar doentes onde estivessem, e alguns encontrámos escondidos debaixo das camas e até em pocilgas*”. In FIALHO, Sousa - Palestra realizada no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge aos formandos do II Curso de Aperfeiçoamento de Subdelegados de Saúde em Maio de 1946. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1947.

⁸²⁰ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. (1933-03-19).

⁸²¹ PIMENTEL, Irene Flutser - Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo. Sexualidade e Planeamento Familiar. Lisboa: APF. 34 (Maio/Agosto 2002) 22.

etc. Em tudo não se poderá esquecer que há uma superior doutrina eugénica a executar...”⁸²². Poderemos afirmar, no entanto, que, ao contrário de outros regimes autoritários, de onde se destacava o regime nazi alemão com as medidas de esterilização obrigatória e de aborto eugénico, o Estado Novo, não confundiu higienismo com eugenismo. Contudo preconizava-se o aperfeiçoamento da “raça” através de uma política natalista e de tentativas de diminuição da mortalidade e morbilidade infantis. A este propósito Irene Pimentel defende que no ideário do Estado Novo, com clara influência católica, a família e a natalidade se sobrepunham a quaisquer conceções eugénicas, tendo a discussão sobre o assunto acabado por se restringir ao meio académico.⁸²³ Nesse sentido, o Estado Novo, apesar de afirmar o seu papel supletivo, fez questão de controlar através de abundante legislação todas as iniciativas públicas e privadas de proteção da saúde de forma a garantir que estas se inscreviam no seu ideário. Esta situação explica em parte o facto de as enfermeiras se terem constituído como defensoras e difusoras de um modelo de proteção à mãe e à criança.⁸²⁴

Não encontramos qualquer evidência de que as questões eugénicas tivessem estado na agenda das visitadoras. Aliás, a imprensa de enfermagem fazia questão de sublinhar, em 1939, que as conceções eugénicas eram contra a dignidade humana e por isso mesmo as enfermeiras não deveriam participar em atos que se revelavam contra a moral da classe.⁸²⁵ Pelo contrário, deveriam “combater em nome da moral e da dignidade humana, a aplicação de certos processos aconselhados, e mesmo por vezes impostos pela nova “religião eugénica””.⁸²⁶

Em termos de educação para a saúde, o trabalho das visitadoras assemelhava-se ao preconizado para as enfermeiras de saúde pública noutros países do mundo, nomeadamente nos EUA. Escrevia-se, a propósito, que “o ensinamento da higiene pessoal e comunitária, função primordial da saúde pública, é um processo lento. A enfermeira desempenha papel importante e activo nesse campo, não só em presença da doença mas, também, nas medidas que podem auxiliar a sua prevenção ou profilaxia.”⁸²⁷ Como campo de intervenção que privilegiava a educação para a saúde, as visitadoras sanitárias tinham a tarefa de através de “meios persuasivos” conseguir que mães, crianças, famílias e comunidades integrassem

⁸²² HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 207 (1948).

⁸²³ PIMENTEL, Irene Flutser - A assistência social e familiar no Estado Novo nos anos 30 e 40. Análise social. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. XXXIV:151-152 (Inverno 2000) 477-508.

⁸²⁴ CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: U. Porto Editorial, 2008.

⁸²⁵ INSTITUTO DE SERVIÇO SOCIAL - A atitude moral da enfermeira em face de certas teorias modernas. A enfermeira – Boletim do SF das Enfermeiras do Distrito de Lisboa. 2 (1938) 6-10. p.10.

⁸²⁶ Idem.

⁸²⁷ MCLAIN, M.Esther, GRAGG, Shirley Hawke - **Princípios científicos de Enfermagem**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1970, p.27.

modos de fazer e de estar mais saudáveis, numa ação que combinava saúde e valores ideológicos, entre os quais se contavam a glorificação da maternidade, o reforço do papel cuidador da mulher e a total responsabilização da família pelo bem-estar dos seus membros⁸²⁸.



Figura 22: Assistência materno-infantil no Centro de Saúde de Lisboa.

Fonte: CORRÊA, Beatriz de Mello - *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988*.

Analisando as funções das visitadoras sanitárias e as considerações teóricas sobre o tipo de intervenções que eram esperadas da enfermeira de saúde pública, verificamos que elas se justapunham, ou eram muito similares. Dos aspetos que caracterizavam a enfermagem de saúde pública, nas décadas de 1940/1950, destacavam-se o trabalho em equipa, a abordagem global dos problemas de saúde/doença, motivação para a promoção do bem-estar das pessoas e para a salvaguarda dos seus direitos, ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença com intervenção junto de famílias, indivíduos e grupos nos locais onde as pessoas vivem e trabalham, realçando o papel de educadora e a visita domiciliária.⁸²⁹

Podemos, pois, afirmar que a intervenção da enfermeira visitadora era, claramente, uma intervenção abrangente em termos de população alvo, embora dirigida para programas e/ou patologias específicas. O seu trabalho tinha uma vertente de intervenção social e comunitária, na linha das funções das “district nurses” britânicas e das “health visitors” que no Reino Unido, durante

⁸²⁸ PIMENTEL, Irene Fluser - *A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo*. Maia: Círculo dos Leitores, 2011.

⁸²⁹ COULTER, Pearl Parvin - *The nurse in the Public Health Program*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1954.

a década de 1930, tinham logrado conseguir a sua integração enquanto enfermeiras comunitárias, embora o papel das primeiras fosse mais amplo em termos de cuidados curativos.⁸³⁰

As visitadoras sanitárias portuguesas utilizavam a visita domiciliária como uma estratégia de intervenção privilegiada, quer para levantamento das necessidades de saúde e realidade social, quer como oportunidade para educação para a saúde e auxílio direto através da prestação de cuidados quer preventivos quer, muitas vezes, curativos. As visitas domiciliárias constituíam um momento propício para efetuar ensino individual, ou de grupo, sobre cuidados de saúde, com particular ênfase para as questões da higiene e alimentação. Apesar da menor preparação escolar e técnica, embora como verificámos existissem exceções, a intervenção das visitadoras sanitárias portuguesas esteve próxima daquilo que era a intervenção das enfermeiras visitadoras/enfermeiras de saúde pública inglesas e americanas.

UM RETRATO DAS VISITADORAS SANITÁRIAS

A partir dos dados recolhidos sobre as alunas dos cursos de visitadoras sanitárias da DGS relativas a 1933 e 1948⁸³¹, procurou-se estabelecer o seu perfil social e identitário. Este retrato abrange aspetos como a idade e estado civil, habilitações e ocupação antes da entrada para o curso e permite-nos identificar as mulheres que optavam por esta profissão que pressupunha uma prática de enfermagem diversa da mais comum, que era a de enfermeira cuidadora de doentes no espaço confinado do hospital.

IDADE E HABILITAÇÕES

Das candidatas admitidas ao curso de 1933, 126, ou seja, 56%, tinham entre 20 a 29 anos de idade, e eram, maioritariamente (88%) solteiras.⁸³² Cumpriam assim o estipulado no regulamento de 1931, que exigia que as candidatas tivessem entre os 18 e os 35 anos⁸³³.

De notar que a idade das alunas diminuiu acentuadamente entre 1933 e 1948, passando de 29% para 50% o número de candidatas entre os 20 e os 24 anos. O aumento da percentagem de

⁸³⁰ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁸³¹ Os dados foram recolhidos no Arquivo do INSA – Dossiers dos cursos de visitadoras sanitárias.

⁸³² *Idem*.

⁸³³ O regulamento de 1946 diminuiu o limite da idade de acesso, exigindo que as candidatas tivessem entre os 18 e os 30 anos.

estudantes do sexo feminino no ensino liceal verificado entre 1930 a 1940, de 24,6% para 40%⁸³⁴, terá tido algum reflexo no aumento de candidatas mais jovens.

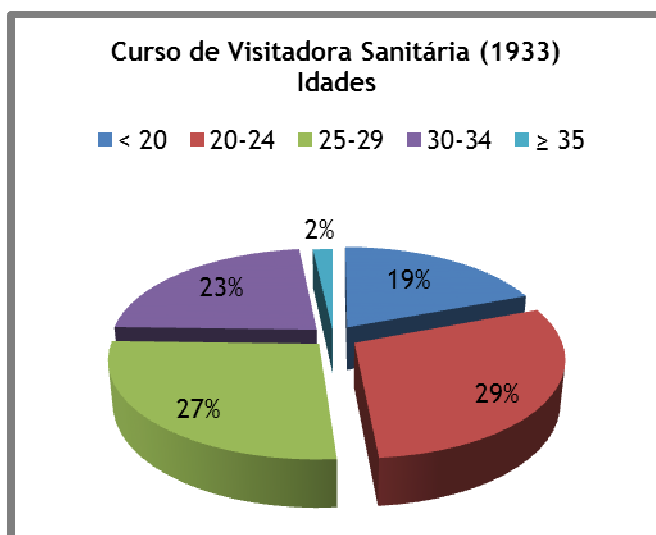


Gráfico 1: Idade das candidatas admitidas ao curso de 1933.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

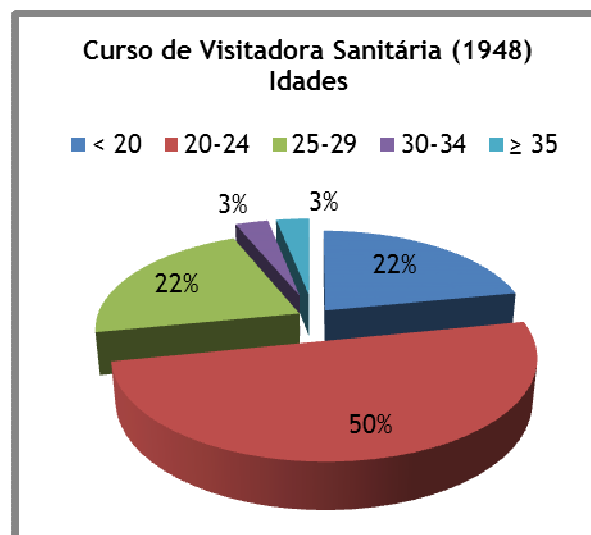


Gráfico 2: Idade das candidatas admitidas ao curso de 1948.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

Refira-se as idades-limite para entrada no curso eram semelhantes às dos cursos de enfermeiras visitadoras na Europa. Por exemplo, em França e na Hungria a idade de admissão das candidatas variava entre os 18 e 35 anos.⁸³⁵ Todavia, a escassez de enfermeiras e a necessidade premente de encontrar mulheres que, com um mínimo de preparação, assegurassem os cuidados de enfermagem nos serviços recém-criados, como dispensários materno-infantis, dispensários de higiene social, serviços de saúde escolar, dispensários antituberculosos e centros de saúde, permitiu que mulheres mais velhas se pudessem candidatar ao curso.

Em 1933 as habilitações das candidatas admitidas oscilavam entre a licenciatura e o ensino primário. 180 das candidatas detinham como habilitação o ensino primário, quatro a licenciatura e duas frequência universitária. De recordar que o regulamento dos primeiros cursos, publicado em 1931, previa além de outras condições, um exame de admissão, composto de prova escrita “ de

⁸³⁴ Em 1950 tinha já subido para 46,4%. In PIMENTEL, Irene - **A cada um o seu lugar: a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011. p.122.

⁸³⁵ DIAS, António de Carvalho – **Alguns serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural. Escolas de visitadoras sanitárias**. Lisboa: Imprensa Médica, 1940.

habilitações literárias não excedentes às do exame de instrução primária do 2º grau⁸³⁶ (atual 4º ano de escolaridade).⁸³⁷ Já o regulamento de 1946 exigia como habilitação mínima o 2º ciclo dos liceus.⁸³⁸ Entretanto, os requisitos em relação às habilitações académicas das candidatas tornavam-se mais exigentes, talvez influenciados pelo maior rigor que nesse sentido tinham algumas escolas de enfermagem. Por exemplo, em 1940, a ETE tinha como requisito de admissão o 2º ciclo do curso dos liceus.

As candidatas ao curso de 1948 detinham maiores habilitações literárias pois o regulamento o exigia. Encontramos duas candidatas licenciadas e a maioria, 21, com o equivalente ao 9º ano de escolaridade, maior habilitação do que aquela que era requerida para as escolas de enfermagem na altura. Recordemos que para o Curso Geral de Enfermagem, só em 1952 passou a ser pedido o 1º ciclo preparatório, excepção feita para a Escola Técnica de Enfermeiras, para a qual era exigido o 2º ciclo liceal.⁸³⁹

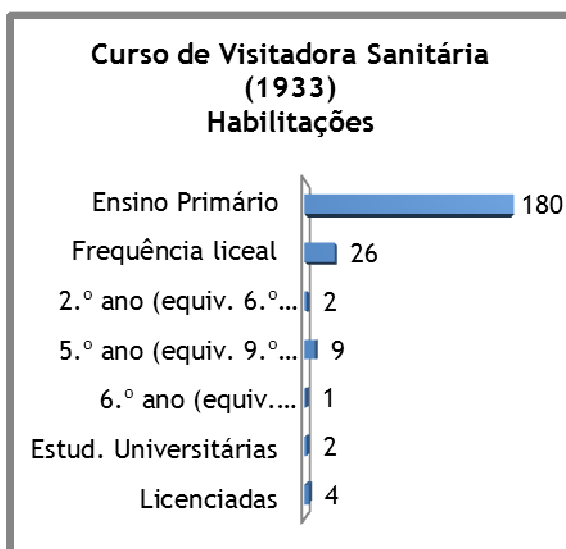


Gráfico 3: Habilitações das candidatas admitidas aos cursos de 1933.

Fonte: Arquivos do INSA.

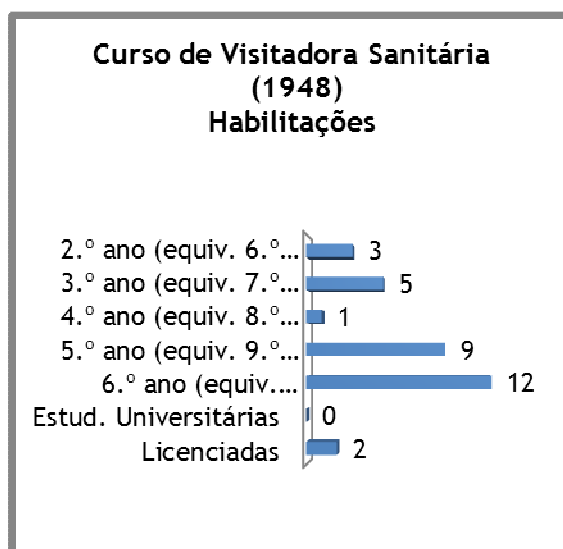


Gráfico 4: Habilitações das candidatas admitidas aos cursos de 1948.

Fonte: Arquivos do INSA.

⁸³⁶ DECRETO Nº 20375. “Diário do Governo. Série I”. 235 (1931-10-12) 2215, art.º 5.

⁸³⁷ Idem, art.º 9º.

⁸³⁸ Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*. Lisboa. Ano II:5 (1947) 72.

⁸³⁹ A este propósito ver AMENDOEIRA, José - *Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau, 2006; CORRÊA, Beatriz de Mello - *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988*. Lisboa: ed. do autor, 2010; NUNES, Lucília - *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003; SOARES, 1994.

O perfil de habilitações académicas das alunas do curso de visitadoras correspondia ao que Maria Elsa Máximo descreve como sendo a política educativa do Estado Novo em relação às mulheres: “...*não era desejável que a mulher fosse erudita...era, então exigido à mulher um nível cultural médio, apenas suficiente para um bom desempenho da sua missão social*”.⁸⁴⁰ Lembramos que a educação não tinha por intuito dotar as mulheres de qualquer tipo de saber científico, mas apenas e tão só de as preparar para os cuidados ao outro.⁸⁴¹

Deste modo, a par da desvalorização da própria mulher, desvalorizavam-se os cuidados propriamente ditos, no sentido em que a mensagem implícita era de que para “ajudar”, “educar”, “cuidar”, ou “tratar”, bastava ser mulher e aplicar os saberes que se presumia fazerem parte da natureza feminina. Isso teve consequências na própria representação e valorização das enfermeiras, como destaca Collière.⁸⁴²

Das habilitações literárias e ocupação das visitadoras sanitárias também nos dá conta, em 1946, a revista do ISHRJ, lembrando que até essa data “*das senhoras que têm o curso de Visitadoras Sanitárias da Direcção Geral de Saúde 5 são médicas, 13 são professoras e mais 2 são licenciadas*.”⁸⁴³ Apesar das baixas habilitações exigidas, a verdade é que se candidatavam e concluíam o curso mulheres com maior formação académica, cuja ação profissional se diferenciava pela qualidade e maior capacidade de intervenção no terreno.⁸⁴⁴ Sobre a ocupação anterior das alunas só conseguimos obter dados do curso de 1933: cento e sessenta e três eram “domésticas”, sendo de destacar a presença de duas enfermeiras parteiras, de uma enfermeira, de nove professoras, de sete empregadas do comércio e de trinta e cinco estudantes no curso.

Perguntamo-nos como seriam as aulas num curso que tinha um mesmo programa, e um mesmo nível de exigência, para mulheres com habilitações tão diversificadas. Talvez resida aqui uma das explicações para a elevada taxa de desistências.

⁸⁴⁰ MÁXIMO, Maria Elsa – A política educativa no Estado Novo em relação à mulher, no tempo do ministro António Faria Carneiro Pacheco (1936-1940): contributo para a História do género em Portugal. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. 2007. Dissertação de Mestrado em Didáctica da História, p.76.

⁸⁴¹ MÁXIMO, Maria Elsa – A política educativa no Estado Novo em relação à mulher, no tempo do ministro António Faria Carneiro Pacheco (1936-1940): contributo para a História do género em Portugal. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. 2007. Dissertação de Mestrado em Didáctica da História.

⁸⁴² COLLIÈRE, Marie-Françoise – Cuidar... a primeira arte da vida. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

⁸⁴³ CORREIA, Fernando Silva - Alguns apontamentos para a história do Instituto Central de Higiene. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano I (1946) 75.

⁸⁴⁴ Idem.

ESTADO CIVIL E OCUPAÇÃO ANTERIOR

Quanto ao estado civil o quadro abaixo não oferece dúvidas quanto à predominância dos solteiros entre as candidatas admitidas. De notar, em 1933, a admissão de duas mulheres divorciadas, o que se pode explicar pelo facto do regulamento não explicitar qualquer exceção a esse respeito. Também não vigorava ainda a Concordata, estabelecida em 1940 entre o Estado Português e a Igreja Católica, que acabou por proibir o divórcio dos casais casados pela igreja católica e fomentar uma imagem menos positiva das mulheres divorciadas.



Gráfico 5: Estado civil das candidatas admitidas ao curso de 1933.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

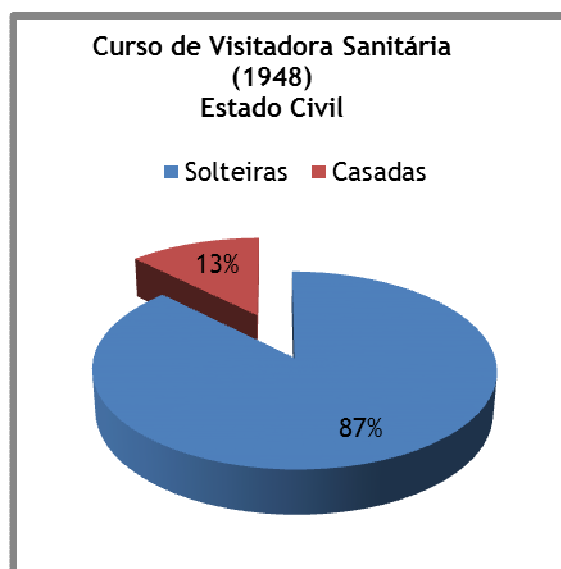


Gráfico 6: Estado civil das candidatas admitidas ao curso de 1948.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

O estado civil da maioria das alunas dos cursos de 1933 e 1948 continuava a ser “solteira” existindo apenas a diferença de 1% entre os dois. De salientar que em 1948 aumenta de 9% para 13% a percentagem de mulheres casadas a frequentar o curso.

Embora no regulamento do curso não estivesse prevista qualquer discriminação a propósito do estado civil das visitadoras sanitárias, não surpreende o domínio das mulheres solteiras. À época o trabalho feminino fora do lar não era bem considerado, uma ideia que era tanto acentuada pelo

Estado Novo,⁸⁴⁵ como pela literatura destinada às mulheres, que incutia “*constantemente nos espíritos das donzelas que o seu destino é fazerem a felicidade de um homem*”.⁸⁴⁶ Maria Manuela Tavares denomina o discurso do Estado Novo sobre as mulheres como um “*discurso de domesticidade*”, que constantemente acentuava os perigos do trabalho e da emancipação feminina e os benefícios que advinham da permanência da mulher no lar.⁸⁴⁷

Para o regime, a principal responsabilidade das mulheres era assegurar, por dever intrínseco, o bem-estar da família, que permitissem o desenvolvimento de *famílias exemplares*, uma tarefa a tempo inteiro. Às mulheres solteiras poderia ser facilitado o exercício de uma profissão, desde que “feminina” e que não colocasse em causa, nem fosse concorrencial, com o emprego masculino.⁸⁴⁸

Embora tivesse procurado apoios numa elite feminina⁸⁴⁹, Salazar elegeu como modelos de mulheres as mães de família e esposas, tendo o Estado Novo, quer através do discurso quer através da legislação, minorizado e infantilizado as mulheres. Demonstra-o o facto de o regime ter dado às mulheres direito ao voto restrito, nomeadamente para as eleições para as câmaras municipais onde apenas as mulheres chefes de família poderiam votar, enquanto a votação nas eleições nacionais estava reservada às mulheres detentoras do curso dos liceus ou ensino superior, exigências que não eram colocadas aos homens.⁸⁵⁰ Das medidas de “sujeição” feminina também faziam parte a proibição da mulher casada viajar sem autorização do marido, ou ainda o facto de este poder reclamá-la de volta ao lar em caso de tentativa de separação.⁸⁵¹

Mesmo os médicos consideravam que os compromissos familiares não deixariam às visitadoras a disponibilidade que lhes era exigida para o desempenho das suas funções. Sobre o assunto comentava um médico na década de 1940: “*Todos nós temos encontrado essas pessoas admiráveis...apenas saber que alguém sofre e necessita de auxílio atraí essas pessoas. Na grande maioria dos casos estas enfermeiras por devoção são mulheres solteiras.*”⁸⁵². Ou ainda, “*a enfermagem deve ser exercida por mulheres*

⁸⁴⁵ COVA, Anne; PINTO, António Costa – O Salazarismo e as Mulheres: uma abordagem comparativa. *Penélope*. 17 (1997) 71-94.

⁸⁴⁶ COMBES, Paulo – **O livro da esposa**. Porto: Editora Educação Nacional, 1948.

⁸⁴⁷ RIBEIRO, Maria Manuela Tavares (coord.) – **Outros Combates pela História**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.

⁸⁴⁸ A este propósito consultar a obra de PIMENTEL, Irene Fluser – **A cada um o seu lugar – a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011.

⁸⁴⁹ PIMENTEL, Irene Fluser – **História das organizações femininas do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2001 e COVA, Anne; PINTO, António Costa – O Salazarismo e as Mulheres: uma abordagem comparativa. *Penélope*. 17 (1997) 71-94.

⁸⁵⁰ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. (1933-03-19).

⁸⁵¹ Código Civil de 1867.

⁸⁵² LIMA, Pedro Almeida – Algumas considerações a propósito da Enfermagem. Separata da: *Revista Medicina Contemporânea*. Ano 64:10 (Outubro 1946) 415-432.

*juvens e solteiras. A enfermagem é uma profissão feminina.*⁸⁵³ Por todas estas razões ser solteira era quase condição *sine qua non* de inscrição nos cursos de visitadora sanitária.

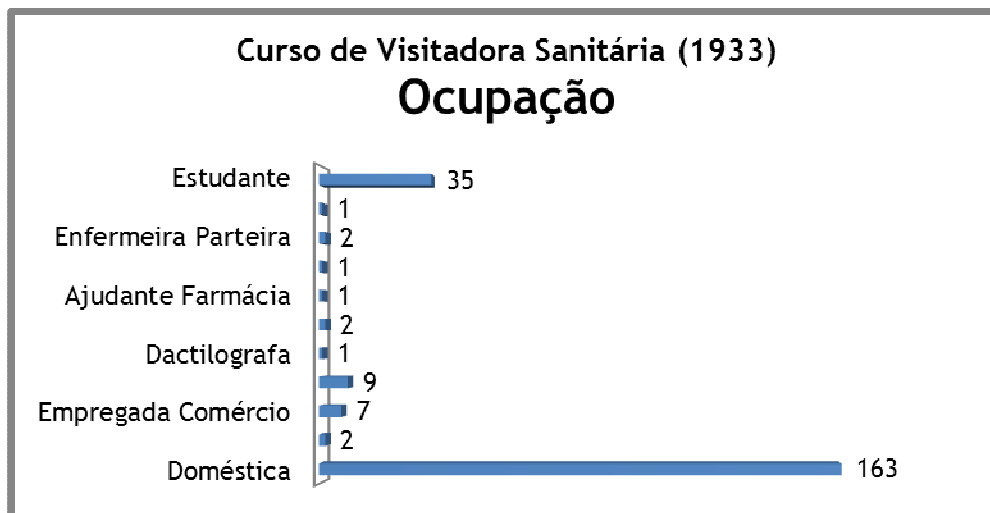


Gráfico 7: Ocupação anterior das candidatas admitidas o curso de 1933.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

As ocupações femininas que encontrámos nas alunas eram as que estavam, cultural e politicamente, atribuídas às mulheres. Ainda assim, o curso permitia-lhes melhores condições de vida e de autonomia. Em 1945 o Boletim da Mocidade Portuguesa escrevia que: *“Uma rapariga séria é aquela que faz do lar o centro da sua vida e dá à família o primeiro lugar no centro das suas atenções....Uma rapariga séria não se julga humilhada ou infeliz com uma vassoura na mão”*.⁸⁵⁴ O trabalho como visitadora sanitária fugia ao estereótipo da mulher idealizada pelo Estado Novo e pelas suas organizações, mãe, esposa e boa dona de casa, *“de vassoura na mão”*. O trabalho feminino no discurso do Estado Novo era socialmente desconsiderado. O discurso de Salazar acentuava precisamente esse facto:

“O trabalho da mulher fora do lar desagrega este, separa os membros da família, torna-os um pouco estranhos uns aos outros. Desaparece a vida em comum, sofre a obra educativa das crianças, diminui o número destas;

⁸⁵³ LIMA, Pedro Almeida – Algumas considerações a propósito da Enfermagem. Separata da: Revista Medicina Contemporânea. Ano 64:10 (Outubro 1946) 415-432.

⁸⁵⁴ Boletim da Mocidade Portuguesa Feminina. Lisboa. 62 (Maio de 1945) 6.

e com o mau ou impossível funcionamento da economia doméstica, no arranjo da casa, na preparação da alimentação e do vestuário, verifica-se uma perda importante, raro materialmente compensada pelo salário recebido”⁸⁵⁵

O Estado Novo não teve acanhamento em acentuar o carácter marcadamente patriarcal da sociedade portuguesa, vedando às mulheres, de forma por vezes dissimulada, o acesso a uma carreira profissional.⁸⁵⁶ A própria Constituição de 1933 fazia questão de acentuar que existia “*igualdade entre homem e mulher*” menos no tocante às funções e características específicas de cada um deles.⁸⁵⁷ Assim as visitadoras sanitárias eram uma das exceções numa sociedade que pretendia, pelo menos no discurso, que as mulheres fossem guardiãs do lar e da família e não detentoras de uma profissão, e da autonomia por esta proporcionada.

CONSTRUÇÃO OFICIAL DE UMA IMAGEM

A carreira profissional da visitadora sanitária, ou enfermeira-visitadora como era também designada, era considerada a “*la plus belle qu’une femme peut embrasser*.”⁸⁵⁸. A imagem da visitadora-sanitária era associada à de um anjo que deveria trazer a boa-nova da saúde e da higiene que permitiriam transformar positivamente a vida das famílias e da comunidade. Sobre ela Georges Risler, vice-presidente do Comité Nacional Francês contra a tuberculose, escrevia em 1930, que: “*L’infirmière-Visiteuse vient de entrer. Dans cette sombre et lugubre demeure, un rayon de soleil a pénétré*” e mais adiante “*elle personnifiera pour les enfants cet ange gardien qu’on leur a décrit*”⁸⁵⁹. Também Barnard, destacando o papel social da enfermeira-visitadora a descrevia como “*l’auxiliaire indispensable du médecin...il y a des choses qui seule une femme sait dire, sait comprendre. C’est une affaire de langage de coeur, d’afinité naturelle.*”⁸⁶⁰ e na mesma publicação Viporel reforçava ainda que a enfermeira visitadora era “*simple et généreuse, modeste et dévouée jusqu’au sacrifice, l’infirmière-Visiteuse est la sentinelle vigilante..., se dresse contre l’Hydra aux cent têtes des maladies sociales*”.⁸⁶¹

A enfermeira visitadora personalizava assim, dentro do contexto da Medicina Social e da Saúde Pública, o papel de auxiliar indispensável no controlo das doenças infecciosas, aliando a esta causa a sua “*linguagem de coração*”. Surgia como mediadora na relação Estado/Poder

⁸⁵⁵ SALAZAR, A. – **Discursos**. 4ª edição. Coimbra: Coimbra Editora Lda., 1948. Vol. I. p. 200-201.

⁸⁵⁶ GORJÃO, Vanda - **Mulheres em tempos sombrios: Oposição feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Ed. Imprensa de Ciências Sociais, ICS da Universidade de Lisboa, 2002.

⁸⁵⁷ DECRETO Nº 22241. “*Diário do Governo. Série I. Suplemento*”. 43 (1933-02-22) 227-236.

⁸⁵⁸ CALMETTE, A. - La noble tâche de L’infirmière-Visiteuse. *La Messagère de Santé*. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930, p. 8.

⁸⁵⁹ RISLER, Georges - La noble tâche de L’infirmière-Visiteuse. *La Messagère de Santé*. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930, p.10;13.

⁸⁶⁰ BARNARD, C. - La noble tâche de L’infirmière-Visiteuse. *La Messagère de Santé*. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930, p. 15.

⁸⁶¹ VIPOREL, Lucien – La valeur pratique de la tâche de l’infirmière-visiteuse. *La Messagère de Santé*. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930. p. 26-31. p. 31.

médico/Famílias e indivíduos, na tentativa de equilibrar, difundir e concretizar as medidas sanitárias superiormente decididas. Às suas qualidades deveria juntar o espírito de colaboração com as instituições comunitárias de apoio social, o segredo profissional, a diplomacia no contacto com outras instituições, a reserva quanto a opções religiosas e políticas. Devia ainda ser saudável, alegre, discreta, intuitiva, paciente, bondosa, curiosa, inteligente, interessada e preocupada em atualizar-se e cultivar-se permanentemente.⁸⁶²



Figura 23: Visitadora sanitária e famílias na comunidade.

Fonte: Arquivos do INSA - *La Messagère de Santé*, Comité National de Défense Contre la Tuberculose, Paris, 1930.

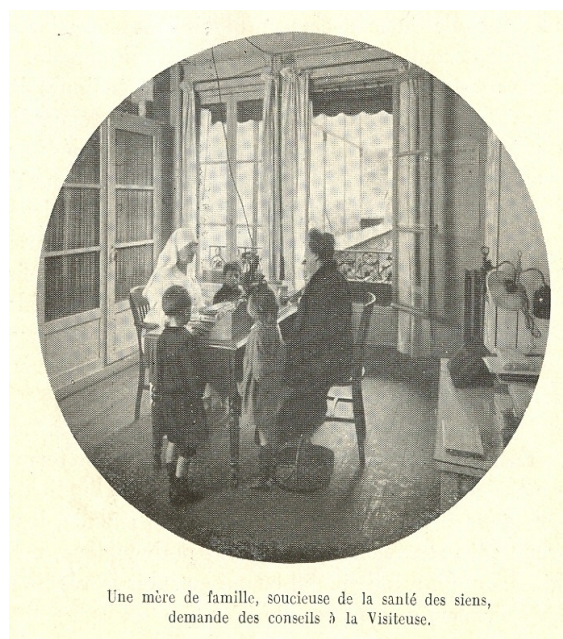


Figura 24: Visitadora sanitária e famílias no dispensário.

Fonte: Arquivos do INSA - *La Messagère de Santé*, Comité National de Défense Contre la Tuberculose, Paris, 1930.

Nas fotos acima podemos não só encontrar uma descrição imagética da visitadora, como alguns comentários à própria imagem onde sobressai um retrato de uma mulher, cuja mensagem se dirige a mulheres, essencialmente mães de família, e que está disponível para escutar tanto no dispensário como no domicílio ou na rua. Se atentarmos na forma de vestir temos uma imagem de sobriedade e simplicidade austeras. Esta sobriedade estava de acordo com o era preconizado, quer

⁸⁶² VALENZUELA, Joaquín – *Estudios sociales y de Puericultura para visitadoras y enfermeras*. Madrid: Editorial Pueyo S.L., 1942.

a nível internacional, quer nas escolas de enfermagem portuguesas. Em França, a forma de vestir das enfermeiras, tinha mesmo sido alvo de uma circular de 1 de Maio de 1903.⁸⁶³ Embora as fardas tenham evoluído conforme os progressos científicos e a moda, respeitavam a simplicidade higiénica e eram um contributo para o exercício de autoridade moral das enfermeiras visitadoras, devendo suscitar estima e respeito. Por outro lado os conceitos de higiene e de prevenção das doenças infecciosas, que cabiam à enfermeira respeitar e difundir, não lhe permitiam usar adornos onde os microrganismos se pudessem alojar.⁸⁶⁴

Das enfermeiras, esperava-se ainda, que tivessem uma alimentação adequada, praticassem exercício físico, tivessem uma postura física correta, cuidassem da limpeza corporal, repousassem o tempo devido e empregassem adequadamente os tempos livres e que nomeadamente na leitura tivessem uma *“maturidade emocional”* e uma *“atitude moral sadia”*.⁸⁶⁵ Devia ter *“o cabelo bem penteado, olhos limpos, pele bem cuidada e expressão alegre. O uniforme apresenta-se impecável e ajustado...salienta o conceito de limpeza, a capacidade de ajudar e compreender, e a satisfação pessoal que o público, usualmente associa à figura da enfermeira.”*⁸⁶⁶ Neste enquadramento, a farda era apenas mais uma imagem visual das características e qualidades que se pretendia tivesse a enfermeira, visto que era avaliada não só pela sua aparência, como pelas suas atitudes e personalidade.

Esta imagem estava também associada às qualidades morais e de obediência às ordens superiores que delas se esperava: respeito aos médicos, valorizando a sua ação junto dos indivíduos e das famílias que visitavam, e *“o respeito mútuo”*, que incluía a obrigação das visitadoras reforçarem a *“autoridade e força moral”* do médico.⁸⁶⁷ A visitadora nunca deveria expor a sua discordância em relação a qualquer decisão médica, devendo aceitar como benéficas todas as indicações dadas pelos médicos, colocando-se sempre às suas imediatas ordens.⁸⁶⁸ Assim, a condição feminina, que obrigava a mulher a subordinar-se às figuras masculinas na família, replicava-se na profissão de enfermagem.

⁸⁶³ LHEZ, Pierrette - **De la robe de bure à la tunique pantalon: études sur la place du vêtement dans la pratique infirmière**. Paris: InterEditions, 1995.

⁸⁶⁴ Idem

⁸⁶⁵ MCLAIN, M.Esther; GRAGG, Shirley Hawke - **Princípios científicos de Enfermagem**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1970.

⁸⁶⁶ Idem, p.26-27.

⁸⁶⁷ VALENZUELA, Joaquin – **Estudios sociales y de Puericultura para visitadoras y enfermeras**. Madrid: Editorial Pueyo S.L., 1942, p.17.

⁸⁶⁸ Idem.



Figura 25: Alunas do curso de visitadoras sanitárias de 1937-1938.

Fonte: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

Diversa era a visão das mulheres envolvidas. No relatório de atividades do Centro de Saúde de Lisboa de 1940, duas enfermeiras de saúde pública formadas nos EUA e a trabalharem no Centro de Saúde, escreviam que:

*“ A visitadora entra nas casas como professora, conselheira e amiga. Conhece a responsabilidade assumida ao entrar na casa de uma família...e prefere, sempre obter no que ensina a qualidade à quantidade...procura obter todas as informações necessárias para poder analisar os problemas com que essa família se debate....nunca devendo dissociar o aspecto físico do mental. O êxito da visita dependerá da personalidade da visitadora, dos seus conhecimentos científicos, da sua habilidade para ensinar, do seu poder de observação e do seu bom senso”.*⁸⁶⁹



Figura 26: Visitadoras sanitárias e enfª Maria Monjardino, do Centro de Saúde de Lisboa.

Fonte: CORRÊA, Beatriz de Mello - Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988. Lisboa: ed. do autor, 2010.

⁸⁶⁹ MONJARDINO, Maria; MORAIS, Maria Palmira Tito de; cit. por CORRÊA, Beatriz de Mello - **Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988**. Lisboa: ed. do autor, 2010.

A visão destas enfermeiras sobre a visitadora sanitária salientava as competências profissionais e a preocupação com a qualidade dos cuidados e a abordagem holística dos problemas de saúde. Talvez por ser uma visão de enfermagem de saúde pública, imbuída dos conhecimentos adquiridos numa formação universitária num país com uma história de investimento, acentuado e pioneiro, na formação de enfermeiras de saúde pública.

Somos assim confrontados com um discurso imagético e textual que, por um lado, nos retrata as visitadoras sanitárias como mulheres profissionais competentes, preocupadas em desenvolver a sua ação em favor da saúde das famílias e comunidade, com capacidade analítica e de decisão, e, por outro lado, como figura “angelical” ou guardiã da moral, dos bons costumes e da boa-nova da higiene que asseguraria o progresso da nação, a ordem instituída e o controlo sobre as questões da saúde e da doença.

Lembremos que apesar das iniciativas dos cursos de visitadoras terem partido de médicos, não deixou de existir de parte da classe alguma oposição à figura da “enfermeira visitadora”, o que foi comum tanto nos Estados Unidos como na Europa. Entre os argumentos usados estavam as implicações negativas que o trabalho desta enfermeira teria para a profissão médica e que iam desde perder doentes a perder influência social e económica.⁸⁷⁰ Foi preciso que se demonstrasse que as enfermeiras visitadoras funcionavam como “angariadoras” de doentes, facto que o médico espanhol Joaquin Valenzuela evidenciava, *“la enfermera no diagnostica ni prescribe, ... toda a familia asistida por una enfermera social está asistida también por un médico, y, por tanto, cuanto mayor sea el número de enfermeras visitadoras, mayor habrá de ser siempre el trabajo de los médicos”*.⁸⁷¹ Só depois a “enfermeira visitadora” teve o beneplácito médico.

O curso de visitadoras sanitárias da Direção Geral da Saúde acabou por ser extinto pelo Decreto-lei n.º 38884 de 28 de Agosto de 1952. Nessa altura foi dada às enfermeiras-visitadoras do Curso de Enfermeiras Visitadoras da Faculdade de Medicina do Porto - cuja formação se iniciou baseada no curriculum e experiência do curso ministrado no ISHRJ - e as visitadoras sanitárias da DGS - cujos cursos eram equiparados através de acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 19 de Junho de 1953 – a opção entre a carreira de auxiliares de Enfermagem ou a de auxiliares sociais. Excluída estava, no entanto, a hipótese de equiparação ao Curso de Enfermagem Geral.

⁸⁷⁰ VALENZUELA, Joaquin – **Estudios sociales y de Puericultura para visitadoras y enfermeras**. Madrid: Editorial Pueyo S.L., 1942.

⁸⁷¹ Idem, p.17.

Fernando Correia refere que o curso de visitadoras sanitárias continuou a ser lecionado no Instituto Ricardo Jorge “até ser fundido com os cursos de enfermagem”⁸⁷², ou seja, até 1951-1952.

No relatório de atividades de 1960, o então diretor do Instituto Ricardo Jorge fazia uma avaliação geral da sua atividade ao longo de quinze anos à frente da instituição e lamentava não ter conseguido “ambiente para a criação de cursos de visitadoras sanitárias em grau mais elevado do que o das visitadoras sanitárias que se limitavam à luta contra as doenças infecto-contagiosas e à puericultura (“assistentes de saúde pública”, correspondentes às “nurses of Public Health”) e “argumentar suficientemente, de modo a evitar que fosse extinto, aliás de surpresa, o curso de visitadoras em vez de aperfeiçoado”.⁸⁷³

Efetivamente, tanto pela ideologia e restrições em relação à formação e ao trabalho femininos, como pela política de padronizar por níveis baixos o ensino de Enfermagem, os cuidados de saúde não hospitalares tinham perdido a oportunidade de ter nos seus serviços enfermeiras com preparação especializada em saúde pública/comunitária.

Nesse sentido, podemos afirmar que apesar dos esforços de José Alberto Faria e do apoio da Fundação Rockefeller, a formação e a intervenção das visitadoras sanitárias não logrou obter o mesmo impacto que teve noutros países, nomeadamente da Europa e nos Estados Unidos, até pelo seu escasso número. O trajeto anterior da enfermagem influenciou o percurso das visitadoras, a conjuntura política e ideológica definiu uma imagem da enfermeira-mulher que tinha que se coadunar com a situação cultural e social da mulher portuguesa da época, maioritariamente analfabeta, sem voto e sem voz, dependente e subjugada ao poder masculino. As preocupações com o saber científico destas enfermeiras eram relegadas para segundo plano, assumindo-se que as qualidades consideradas intrínsecas à condição feminina bastavam para assegurar uma prática profissional adequada. Destacamos ainda o papel ambivalente dos médicos na relação com as enfermeiras visitadoras. Foram eles que exigiram ao poder central a sua criação, foram eles que as formaram, mas também foram eles a estabelecer os limites da ação e a definir formas de relacionamento dependente, que delimitavam claramente o espaço de intervenção e autonomia das visitadoras sanitárias.

⁸⁷² CORREIA, Fernando Silva - Relatório das actividades do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge no ano de 1958. Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: DGS. VI (1959) 572.

⁸⁷³ CORREIA, Fernando Silva - Relatório das actividades do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge no ano de 1960. Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: DGS. VIII (1961) 171-172.

A formação destas enfermeiras seguiu, pois, um modelo de feminização dos cuidados às famílias e comunidade, pretendendo responder às necessidades de uma nova área de atuação onde não existiam enfermeiras especializadas. Foram as primeiras mulheres a assumir a profissionalização na área específica da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade. É para nós evidente que no contexto político e social por elas vivenciado não deixaram de ser divulgadoras e guardiãs da biopolítica própria do Estado Novo, mescla de moral, de disciplina sobre os corpos e de preocupações sanitárias. Nesse sentido contribuíram para a divulgação, e até imposição, de um determinado modelo social e moral. Não deixaram no entanto de orientar a sua ação por preocupações de ordem social, que como já vimos anteriormente, faziam parte dos princípios inerentes à prática de enfermagem comunitária.

Constituíram um dos “braços” da expansão da Medicina Social e da Saúde Pública em Portugal e ajudaram a consolidar uma prestação de cuidados voltada essencialmente para o apoio à natalidade, combate à mortalidade materna e infantil, doenças infecciosas e controlo sanitário das classes mais desfavorecidas.

Sendo a enfermagem de saúde pública na década de 1970 entendida como a prestação de cuidados dirigidos à família, indivíduos e grupos, em casa, nos locais de trabalho, escolas e instituições de saúde comunitárias, numa abordagem pluridisciplinar e multisectorial⁸⁷⁴, existem razões para admitir que as visitadoras sanitárias iniciaram em Portugal a prática da enfermagem comunitária e a construção de uma identidade profissional própria baseada na relação com o outro no seu espaço e na comunidade, assente em estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, com uma preocupação clara com as várias determinantes de saúde, fazendo da família e dos grupos os seus clientes preferenciais.

Convém no entanto notar que se as visitadoras sanitárias/enfermeiras visitadoras, enfermeiras laicas com formação específica ocuparam lugar relevante enquanto pioneiras na prática organizada da enfermagem comunitária, também se integravam num grupo mais vasto que entretanto foi surgindo. Um grupo com grande diversidade, quer de origens, quer de formação.

⁸⁷⁴ FREEMAN, Ruth - **Enfermeria de Salud Pública**. México: Interamericana, 1970.

3.4. ENFERMEIRAS COMUNITÁRIAS - DIVERSIDADES

A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Não podemos deixar de frisar aqui o impacto que tiveram na formação de enfermeiros em saúde pública as bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller a enfermeiras portuguesas entre meados da década de 1930 até à década de 1960. Iniciado nos anos 20, o apoio ao desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Pública pela Fundação Rockefeller, em meados dos anos trinta do século XX, era uma realidade nos países europeus, na América Central e do Sul, no Canadá e nos Estados Unidos. Na Europa, destaca-se o apoio à Escola de Enfermagem da Universidade de Lyon, e às Escolas de Enfermagem de Saúde Pública em Praga e Zagreb.⁸⁷⁵

O trabalho em Portugal ocorreu no contexto da colaboração com o Director Geral da Saúde, José Alberto de Faria, que em 1935 desencadeou o estudo sobre condições da profissão no país, para um futuro programa de acompanhamento no sentido de desenvolver a Enfermagem de Saúde Pública⁸⁷⁶. Um relatório de 1939, informava que três enfermeiras portuguesas estudavam Enfermagem de Saúde Pública, em universidades americanas, como bolseiras da Fundação Rockefeller: Maria Angélica Lima Basto Hansen, Maria Palmira Tito de Morais e Maria de Medina Monjardino.



Figura 27: As três primeiras enfermeiras de Saúde Pública bolseiras da Fundação Rockefeller:

Fonte: CORRÊA, Beatriz de Mello - *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988*⁸⁷⁷.

⁸⁷⁵ THE ROCKEFELLER FOUNDATION – *The Rockefeller Foundation annual report*. New York: The Rockefeller Foundation, 1935. p. 51.

⁸⁷⁶ *Idem*, p. 53.

⁸⁷⁷ CORRÊA, Beatriz de Mello - *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988*. Lisboa: ed. do autor, 2010.

Maria Medina Monjardino filha de um médico, professor na Faculdade Medicina de Lisboa e antigo deputado da Primeira República, a primeira bolseira portuguesa da Fundação Rockefeller frequentou a Escola de Enfermagem da Case Western Reserve University. Fez a sua formação específica em saúde pública na Columbia University, de 1935 a 1938 e colaborou na organização do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública do Centro de Saúde de Lisboa, onde desempenhou funções até ao seu encerramento. Foi igualmente docente no último curso de visitadoras sanitárias da DGS e consultora técnica do Centro de Assistência à Maternidade e à Infância e da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Deixou de exercer após o casamento, mas colaborou como voluntária nas atividades do Centro Paroquial de S. Mamede, em Lisboa, entre 1966 e 1990, envolvendo-se em projetos de apoio a idosos, tendo ocupado cargos de direção.⁸⁷⁸

Maria Angélica Lima Basto Hansen era oriunda de uma família da alta burguesia lisboeta. Com uma educação eclética, que contemplava desde a música ao canto e à pintura, estudou no Liceu Camões e em 1936 obteve, através da DGS, uma bolsa de estudo da Fundação Rockefeller para fazer o Curso Superior de Enfermagem na escola onde Maria Medina Monjardino tinha cursado. Frequentou, depois, o Curso de Enfermagem de Saúde Pública na Universidade de Toronto, também com bolsa da mesma fundação. Lima Bastos foi escolhida para organizar a ETE em colaboração com a enfermeira da Fundação Rockefeller, Elisabeth Crowell, integrando a comissão executiva.⁸⁷⁹

Maria Palmira Tito de Moraes partiu para os EUA com Maria Angélica Lima Basto, tendo frequentado a mesma universidade e especializando-se em Enfermagem de Saúde Pública também na Universidade de Toronto. Em 1939 integrou a equipa fundadora do Centro de Saúde de Lisboa, tendo estabelecido uma relação de grande cumplicidade com o seu diretor e a restante equipa, denotada aliás pela participação de João Maia de Loureiro em diversas atividades por si organizadas na Associação Feminina Portuguesa para a Paz, de que chegou a ser dirigente.⁸⁸⁰ Foi a enfermeira responsável pelos serviços de enfermagem deste Centro de Saúde, entre 1939 e 1949 e também docente na ETE. Participou na Fundação do Centro de Assistência de Maternidade e à Infância D^a Sofia Abecassis, em 1945, e fez parte do seu conselho consultivo. Como consultora da DGS na Madeira, em 1947, organizou os Serviços de Enfermagem de Saúde Pública do Centro de Saúde do Funchal. Empenhada feminista e militante política, fez parte do Movimento da Unidade Democrática

⁸⁷⁸ Em 1991, recebeu o grau de Comendador de Mérito pelo Presidente da República. Faleceu em 1998. Ver FREITAS, Marília Pais Viterbo de – **Vidas de enfermeiras**. Loures: Lusociência, 2012.

⁸⁷⁹ Faleceu precocemente em 1944. Ver MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem**. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999.

⁸⁸⁰ GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002.

(MUD) e da Associação Feminina Portuguesa para a Paz, onde exerceu cargos de direção. Em virtude das suas atividades oposicionistas foi demitida da ETE e do Centro de Saúde de Lisboa e impedida de exercer qualquer cargo público.⁸⁸¹

Foi nomeada consultora da OMS, em 1951, tendo exercido esse cargo até 1972. Regressou a Portugal em 1977, sendo reintegrada como professora na ETE.⁸⁸² Originária de uma família burguesa de Lisboa, republicana e oposicionista, detinha além das habilitações em Enfermagem, uma licenciatura em Ciências Históricas e Filosóficas, pela Universidade de Lisboa, e um mestrado em Sociologia e Filosofia da Educação que obteve já em 1960 na Columbia University.⁸⁸³

Para além destas três mulheres, também Rosélia Ribeiro Ramos foi bolseira da Fundação Rockefeller. Filha de um industrial, iniciou a sua formação em Enfermagem Comunitária, com o curso de visitadora sanitária, que frequentou no ano 1937/38. Trabalhou depois como visitadora sanitária no Centro de Saúde de Lisboa e, em 1944, terminou o Curso de Enfermagem na ETE, sendo admitida como docente naquela escola. Assumiu pouco depois a direção do Centro de Assistência à Maternidade e à Infância D^a Sofia Abecassis. Em 1948 foi-lhe concedida uma bolsa de estudo pela Fundação Rockefeller e fez a formação em Enfermagem de Saúde Pública na Universidade de Toronto. Regressou em 1950 e reassumiu as funções anteriores, tanto no Centro como na ETE. Foi grande entusiasta da Saúde Mental Infantil, influenciada pela formação realizada nos EUA e pelo Dr. João dos Santos, um pedopsiquiatra que desenvolvia prática clínica no Centro de Assistência à Maternidade e à Infância D^a Sofia Abecassis. Foi um dos membros fundadores da APE⁸⁸⁴. Deixou de exercer como docente na ETE em 1974 e trabalhou como técnica de enfermagem no IPO com funções de assessoria entre 1974 e 1977.⁸⁸⁵

Os percursos profissionais das primeiras enfermeiras com formação pós-graduada em saúde pública em Portugal são testemunho da influência que teve a formação proporcionada pela Fundação Rockefeller. As suas primeiras bolseiras constituíram-se como verdadeiras pioneiras no campo da enfermagem comunitária, implicando-se no desenvolvimento da sua prática e ensino. Foi, no entanto, um caminho árduo, aquele que percorreram.

⁸⁸¹ GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002.

⁸⁸² FREITAS, Marília Pais Viterbo de – **Vidas de enfermeiras**. Loures: Lusociência, 2012.

⁸⁸³ MASCARENHAS, João; NEVES, Helena; CALADO, Maria – **O Estado Novo e as mulheres – o género como investimento ideológico e de mobilização**. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa; Biblioteca Museu República e Resistência, 2001. Foi agraciada com o grau de comendador de Grande Oficial da Ordem do Infante D. Henrique em 1980 e com o grau de comendador da Ordem da Liberdade em 1987. Faleceu em 2003.

⁸⁸⁴ Ver FREITAS, Marília Pais Viterbo de – **Vidas de enfermeiras**. Loures: Lusociência, 2012.

⁸⁸⁵ Faleceu em 2003.

Os percursos de vida destas enfermeiras permitem-nos identificar algumas características comuns às das pioneiras anglo-saxónicas da enfermagem comunitária: cultas e inconformadas, socialmente comprometidas, defensoras dos direitos dos mais vulneráveis. Características que lhes advinham da sua identidade, no sentido atribuído por March e Olsen⁸⁸⁶, incluem aspetos ligados ao ser e ao comportamento, características como a origem social, interesses, normas e valores, consideramos que a ação destas mulheres nas instituições por onde passaram foi profundamente marcada pela sua identidade.

Particularmente significativa para o desenvolvimento da Enfermagem Comunitária foi a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) em Lisboa, criada e financiada pela Fundação Rockefeller. Entre singularidades que a caracterizavam, destacam-se: o grau de escolaridade exigido para ingresso; a duração do curso superior à dos cursos de outras escolas; a inclusão da Enfermagem de Saúde Pública no currículo; a direção da escola era assumida por uma Enfermeira e o ensino das disciplinas era também realizado por enfermeiras. Paralelamente, a Fundação Rockefeller continuava a atribuir bolsas de estudo às estudantes no sentido de aumentar a sua formação, quer para a docência de enfermagem, quer para a administração de serviços de saúde⁸⁸⁷.

O impacto da formação proporcionada pela ETE, nomeadamente o facto de preparar enfermeiras designadas “polivalentes” para o desempenho de funções em hospitais e em serviços de saúde comunitários, teve repercussões na forma de entender os cuidados de saúde na comunidade e a imagem e papel da enfermeira comunitária. Viam-na como cuidadora de famílias e grupos, agindo tanto em situações de doença, como na promoção da saúde e com uma intervenção que permitisse desenvolver as capacidades dos mais vulneráveis. Papel esse que as “*enfermeiras Rockefeller*” se vão esforçar por divulgar através do ensino, da intervenção social e política, movendo as influências que a sua formação e proveniência social lhes permitiam. Lembremos que estas pioneiras tinham uma educação e uma proveniência social que não condiziam com a imagem de enfermeira humilde e com escassas habilitações literárias. Todas elas eram oriundas da média ou alta burguesia e detinham um capital educativo raro à época, ainda mais em mulheres.

Ao constituírem-se como um grupo diferenciado, tanto a nível cultural, como nos padrões de desempenho, vão difundir um novo padrão de prestação de cuidados de enfermagem na comunidade. No entanto, era clara a distância entre estas, poucas, enfermeiras de elite, cultas e

⁸⁸⁶ MARCH, J.; OLSEN, J. – The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review*. 78:3 (1984), p. 734-749.

⁸⁸⁷ CORRÊA, Beatriz de Mello - **Imagens e Memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988**. Beatriz de Mello Corrêa: Lisboa, 2002.

“bem-nascidas”, e a maioria das enfermeiras comunitárias com escassa formação escolar e profissional e sem formação específica em saúde pública. Esta realidade, associada aos constrangimentos políticos e culturais, dos poderes instituídos e de outros atores, levantariam dificuldades ao desejado desenvolvimento da enfermagem comunitária, acalentado por estas mulheres.

Segundo Ferraz de Oliveira o desejo destas enfermeiras de um maior investimento na formação de enfermeiras de saúde pública não vingou, pois a saúde pública e os CSP eram conceitos distantes e imprecisos na mente dos sucessivos governos e dos médicos que dominavam a profissão de enfermagem e insistiam na formação hospitalar.⁸⁸⁸ Claramente, as assimetrias de poder, os esquemas cognitivos divergentes dos diferentes atores, o entendimento diverso sobre as questões da política de saúde em relação aos cuidados de proximidade e à enfermagem comunitária, tal como os diferentes objetivos de ação, dificultaram a intervenção destas mulheres no processo de institucionalização da enfermagem comunitária no Estado Novo. No entanto, a evolução do ensino de Enfermagem provocara alterações na formação específica em Enfermagem Comunitária.

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Em 1933 “A Voz do Enfermeiro” fazia eco das ambições dos enfermeiros. Entre elas a de que a profissão fosse regulamentada, no sentido de proibir o exercício de funções a quem não estivesse habilitado com o curso das escolas profissionais de enfermagem; a reforma do ensino de enfermagem e a obrigatoriedade de admissão exclusiva de enfermeiros diplomados nas instituições de saúde e a elaboração de um Código Profissional de Enfermagem, que definisse funções, direitos e responsabilidades dos profissionais. Se à época, a situação da formação em enfermagem era repleta de lacunas, os entraves à formação em Enfermagem Comunitária eram também significativos. Por um lado, considerava-se que não era necessário que as enfermeiras detivessem grandes conhecimentos, por outro argumentava-se com a realidade cultural do país que não permitia a aplicação de melhores modelos de formação.

⁸⁸⁸ OLIVEIRA, Ferraz L.N. – Nota Introdutória. In MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem**. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999, p.11.

A partir de 1942 existiu, segundo Amendoeira e Nunes, uma preocupação efetiva por parte do Estado em regular a prática de Enfermagem e evitar o exercício ilegal da profissão⁸⁸⁹. A reforma do ensino e da prática de enfermagem encetada nesse mesmo ano impôs a proibição do casamento às enfermeiras hospitalares⁸⁹⁰, uma medida que só seria revogada em 1963.⁸⁹¹ O Curso de Auxiliares de Enfermagem surgiu em 1947 para colmatar rapidamente as necessidades das novas unidades de saúde, como hospitais e dispensários. Fundaram-se novas escolas de Enfermagem e foi aumentada a escolaridade básica para ingresso no Curso Geral. José Amendoeira refere que entre 1947 e 1975 os dois níveis de formação - curso de auxiliares e curso de enfermagem geral - levaram à existência de um número muito superior de auxiliares de enfermagem em relação ao número de enfermeiros. Aliás, os debates sobre a formação e profissão não envolviam apenas enfermeiras mas também políticos e médicos⁸⁹², considerando estes que o modelo de formação em enfermagem do tipo anglo-saxónico não se coadunava com o baixo nível de vida dos doentes, que tinham “*limitadas exigências*”, nem sequer com o baixo nível cultural das enfermeiras, com o comodismo dos médicos e com as exíguas disponibilidades financeiras. Estes factores obrigavam a que se tivesse que “*reduzir às nossas medidas e posses os modelos alheios*”.⁸⁹³ E essa adaptação à realidade acentuava a centralidade dos cuidados curativos em meio hospitalar na prática profissional das enfermeiras.⁸⁹⁴

A perspetiva veiculada neste discurso funcionou como uma dificuldade acrescida para a formação específica das enfermeiras comunitárias. A valorização dos cuidados curativos e a perspetiva biomédica dos cuidados de enfermagem tornava essa formação irrelevante, ou desnecessária, aos olhos dos decisores.

⁸⁸⁹ AMENDOEIRA, José - **Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX**. Coimbra: Formasau, 2006; NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

⁸⁹⁰ DECRETO Nº 32612. “Diário do Governo. Série I”, 302 (1942-12-31) 1712-1713.

⁸⁹¹ DECRETO-LEI Nº 44923. “Diário do Governo. Série I”, 65 (1963-03-18) 270.

⁸⁹² “*A enfermagem é sem dúvida um grande problema social que transcende os limites puramente técnicos e profissionais. Como em todas as questões sociais a solução das dificuldades locais nunca está na aplicação de figurinos estrangeiros. Às modestas proporções da nossa assistência assentariam certamente mal as avantajadas medidas dos modelos anglo-americanos. A adopção da organização inglesa da enfermagem, universalmente aceita como a melhor, não seria, entre nós, apenas ineficiente sobre certos aspectos: seria ridícula.*” In LIMA, Almeida – Algumas considerações a propósito da enfermagem. Separata de: A Medicina Contemporânea. LXIV:10 (Outubro de 1946) 415-432.

⁸⁹³ LIMA, Almeida – Algumas considerações a propósito da enfermagem. Separata de: A Medicina Contemporânea. LXIV:10 (Outubro de 1946) 415-432. p. 416.

⁸⁹⁴ “*A formação das enfermeiras só se pode fazer á cabeceira do doente. É mais importante que a enfermeira aprenda como dar o caldo a um doente do que saiba os nomes dos vários tipos de fossas higiénicas. A escola de Enfermagem separada do hospital é menos do que ineficaz, é ridícula.*”. In LIMA, Almeida – Algumas considerações a propósito da enfermagem. Separata de: A Medicina Contemporânea. LXIV:10 (Outubro de 1946) 415-432. p.428

Nesse sentido, Pedrosa⁸⁹⁵ salienta que até 1952 os Planos de Estudos dos Cursos de Enfermagem em Portugal estavam mal delineados, pois não ofereciam aos estudantes a oportunidade de valorizarem a Saúde. A preparação para a prevenção da doença e para a promoção da saúde era reduzida, sendo os alunos conduzidos para o estudo da Patologia, para o tratamento do doente dentro do Hospital e para as técnicas de Enfermagem. As exceções eram os Planos de Estudos da ETE e da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo⁸⁹⁶.

A reforma do ensino de enfermagem de 1952⁸⁹⁷ regulou o funcionamento dos cursos de enfermagem, do serviço social e da administração hospitalar e aprovou o regulamento das Escolas de Enfermagem. A partir desta reforma a formação em Enfermagem organizou-se em três cursos: o de Auxiliares de Enfermagem, de Enfermagem Geral e de Enfermagem Complementar⁸⁹⁸. O Curso Geral passou a ter uma duração de três anos, tendo como requisito prévio o primeiro ciclo; ao Curso de Auxiliares, anteriormente apenas de um ano, foram acrescentados seis meses de estágio, e o Curso Complementar afirmou-se como um novo espaço de formação, com o objetivo de preparar enfermeiros, professores e chefias. Com a aplicação desta legislação foram também extintos os cursos de visitadoras sanitárias e de auxiliares de serviço social.⁸⁹⁹

A necessidade de formação específica das enfermeiras para o trabalho nos serviços de saúde não hospitalares foi sendo lentamente reconhecida, o que era justificado pelo facto de os hospitais absorverem as enfermeiras que formavam nas suas escolas.⁹⁰⁰ Em 1954 o Subsecretário de Estado da Assistência, José Guilherme de Mello e Castro, referia que: “ *A Enfermagem de Saúde Pública, de que, entre nós começa a falar-se, pode conceber-se como uma especialização sobre a enfermagem geral...corresponde à necessidade de levar a enfermeira, na preparação e no exercício, a sair do hospital. Levá-la à compreensão das necessidades comunitárias, familiares e individuais, para além das simples técnicas a prestar a um doente hospitalizado.*”⁹⁰¹ Para o mesmo político, uma enfermeira preparada de forma polivalente

⁸⁹⁵ PEDROSA, Aliete – A Enfermagem Portuguesa: Referências Históricas. *Referência*. 11 (Março de 2004) 69-78. p. 75.

⁸⁹⁶ NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003; SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.

⁸⁹⁷ DECRETO-LEI N.º 38884. “Diário do Governo. I Série”. 190 (1952-08-28) 875-877; revoga o Decreto n.º 20376 e o Decreto-lei n.º 36219.

DECRETO-LEI N.º 38885 “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 878-880. p. 878.

⁸⁹⁸ NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusodidacta, 2003. p. 80 – 81.

⁸⁹⁹ DECRETO-LEI N.º 38884. “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 875-878; DECRETO-LEI N.º 38885 “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 878-880.

⁹⁰⁰ AMENDOEIRA, José - **Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX**. Coimbra: Formasau, 2006.

⁹⁰¹ CASTRO, José Guilherme de Mello e – **O Problema da Enfermagem. Discurso do Subsecretário de Estado da Assistência Social, Senhor Dr. José Guilherme de Mello e Castro, na sessão inaugural do ano lectivo da escola**

permitiria que a família não fosse “*enfadada e desiludida por agentes diversos*”. Preconizava que a enfermeira se constituísse como elemento principal nos cuidados de saúde à família nos serviços de saúde de proximidade⁹⁰². Propunha um modelo de prática de enfermagem comunitária, que sendo já uma realidade noutros países, era completamente inovador à época e que não teve consequências em termos de políticas públicas de formação na década de 1950, até porque o político foi substituído no cargo um ano depois.⁹⁰³

Teve, no entanto influência na formação de enfermeiras de saúde pública, através da criação e implementação do Curso “*Estágio teórico-prático para educadoras de saúde pública*”, de 990 horas distribuídas por oito meses. O curso iniciado em 1958, na Misericórdia de Lisboa, quando era seu provedor precisamente o ex-subsecretário de estado José Guilherme de Melo e Castro, esteve em vigência ao longo de 10 anos.⁹⁰⁴ O seu curriculum integrava as disciplinas de Saúde Pública, Enfermagem de Saúde Pública, Educação Sanitária, Psicologia, Sociologia, Deontologia, Métodos Visuais, além de estágios, preferencialmente em serviços de visitação domiciliária, dispensários e serviços de pediatria ou obstetrícia.⁹⁰⁵

Na década de 1960 acentuaram-se as dificuldades provocadas pela coexistência de diferentes formações no desenvolvimento da profissão⁹⁰⁶. Aliás a então diretora da ETE, Beatriz Mello Correa, considerava ser necessário que, no geral, os enfermeiros possuíssem maiores habilitações académicas, uma vez que só elas permitiriam maior desenvolvimento pessoal e a

de Enfermagem do hospital de S. Marcos, em 4 de dezembro de 1956. Braga: Edição da Santa Casa da Misericórdia e Hospital de S. Marcos de Braga, [1957].

⁹⁰² “*a enfermeira polivalente, mormente em meios rurais, pode ocupar-se de toda, ou quase toda, a protecção da família – fará a educação sanitária, o parto, a puericultura, tratará o doente, estabelecerá o processo familiar e proporá o socorro social adequado.*” Idem, p.18.

⁹⁰³ José Guilherme de Melo e Castro foi advogado, juiz, membro da União Nacional, governador civil do distrito de Setúbal, provedor da Misericórdia de Lisboa e deputado em várias legislaturas desde 1949 a 1972. Tinha um perfil ideológico imbuído de preocupações sociais comprovadas aliás pela tipologia das suas intervenções na Assembleia Nacional. Estas versaram temas como a promoção das condições de vida das populações rurais, a modernização dos serviços de saúde, medidas de apoio aos mais pobres e uma oposição frontal à legislação que proibiu o casamento das enfermeiras hospitalares em 1942. Considerado o mais liberal membro da União Nacional, foi responsável pela integração das listas à Assembleia Nacional da ala liberal composta por Sá Carneiro e outros em 1969. In UNIDADE TÉCNICA PARA A REORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO TERRITÓRIO - José Guilherme Rato de Melo e Castro. [Consult.Julho de 2012] Disponível internet:

app.parlamento.pt/PublicacoesOnLine/DeputadosAN_19351974/html/pdf/c/castro_jose_guilherme_rato_de_melo_e.pdf.

⁹⁰⁴ SANTOS, Maria Adelina Bandeira Correia dos - Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação.

⁹⁰⁵ Idem.

⁹⁰⁶ CORREA, Beatriz de Mello – A enfermagem de hoje e as suas características no nosso país: intervenção na II Semana de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 44 (Junho de 1961) 26.

possibilidade de intervenção social e domínio das questões profissionais e de qualidade de cuidados.⁹⁰⁷

A reforma do ensino de enfermagem de 1965 introduziu nos currícula dos cursos mais teoria e prática de enfermagem comunitária⁹⁰⁸, aproximando, neste aspeto, o ensino em Portugal, das orientações internacionais do ICN e da OMS para uma formação mais equilibrada e polivalente.⁹⁰⁹ Na mesma altura a formação dos enfermeiros de saúde pública da Misericórdia de Lisboa passou para a alçada da DGS. E foi desta passagem que nasce, segundo Adelina Bandeira Santos⁹¹⁰, a Escola de Enfermagem de Saúde Pública de Lisboa. Apesar da reforma nem todas as escolas integravam desde logo estágios em serviços não hospitalares, pois os enfermeiros insistiam, ainda no final da década de 1960, que fosse introduzido, além da preparação teórica, um estágio de saúde pública nos cursos de enfermagem geral. Apontavam-se como vantagens, além da referida formação polivalente, a consolidação dos conhecimentos e a formação de enfermeiras com preocupações sociais, que incluía o bem-estar e saúde da comunidade e dos seus membros.⁹¹¹ Em Setembro de 1967 foi finalmente criada a Escola de Enfermagem de Saúde Pública⁹¹², tendo iniciado a sua atividade com os cursos de Enfermagem de Saúde Pública e de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública (CASP).

A depender da Direção Geral de Saúde a direção da Escola de Enfermagem de Saúde Pública era assegurada por enfermeiros e por um Conselho de orientação pedagógica, presidido pela Dr.^a Maria Luísa Van-Zeller, diretora geral de saúde. Faziam também parte do Conselho, o Dr. Carvalho da Fonseca, diretor geral da Assistência; o Prof. Dr. Francisco Cambournac, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical; o Dr. Gonçalves Ferreira, diretor do Instituto Ricardo Jorge; o Dr. Arnaldo Sampaio, diretor do Departamento do Exercício de Medicina e Profissões Auxiliares da DGS; a Dr.^a Maria Manuela Silva inspetora do Gabinete de Estados da Direção Geral da Assistência; a Enf^a Mariana Diniz de Sousa, da Inspeção de Enfermagem da Direção Geral dos Hospitais; a Enf^a Maria Zélia Quintas Alves, chefe dos serviços técnicos do

⁹⁰⁷ CORREA, Beatriz de Mello – A enfermagem de hoje e as suas características no nosso país: intervenção na II Semana de Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 44 (Junho de 1961) 29.

⁹⁰⁸ NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

⁹⁰⁹ VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.

⁹¹⁰ SANTOS, Maria Adelina Bandeira Correia dos - Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação.

⁹¹¹ A este propósito ver RIBEIRO, Maria Gabriela Alves (Enfermeira de saúde pública na Misericórdia de Lisboa) – Vantagens de um Estágio de Saúde Pública no Curso geral de Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 6 (1967) 10-22.

⁹¹² PORTARIA N^o 22874. “Diário do Governo. Série I”. 208 (1967-09-06) 1596.

Instituto Maternal; a Enf^a Rosélia Ramos, diretora do Serviço de Enfermagem do Centro de Enfermagem de Assistência à Maternidade e Infância (Sofia Abecassis) e professora da ETE, e pelas Enf^a Maria Arlete Teixeira de Sousa e Enf^a Maria de Lurdes Salgueiro Girbal.

Se atendermos à composição deste conselho e ao momento de criação desta escola encontramos um grupo com algumas características que importa referenciar. A médica Maria Luísa Van-Zeller, diretora geral da saúde, católica, que várias vezes tinha intervindo nas sessões da Camara Corporativa a favor das enfermeiras, e tinha sido uma das responsáveis pela criação do IM; com ela, Manuela Silva, defensora de uma maior intervenção do Estado no plano social. Por seu turno, Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio eram grandes defensores dos serviços públicos não hospitalares, nomeadamente dos centros de saúde, detendo o último, formação pós-graduada em Saúde Pública realizada nos EUA. Ou seja, integravam este grupo defensores da enfermagem comunitária e dos cuidados de saúde não hospitalares.

As enfermeiras do grupo, formadas pela ETE, distinguiam-se pela formação específica em saúde pública: Rosélia Ramos tinha sido discípula de Palmira Tito de Morais como visitadora sanitária do Centro de Saúde de Lisboa, bolseira da Fundação Rockefeller; Mariana Diniz de Sousa com a formação pós-graduada em enfermagem de saúde pública na Universidade de Yale com bolsa da Fundação Rockefeller; Maria de Lurdes Salgueiro Girbal, detinha formação superior em enfermagem realizada como bolseira na Universidade de Louvaine e era técnica de Enfermagem da DGS.

A Escola contou com a colaboração de médicos e enfermeiras profundamente implicados nas questões da saúde e enfermagem comunitária e marcados pela formação pós-graduada em Saúde Pública obtida fora do país. Iniciado em Agosto de 1967, o Curso de Enfermagem de Saúde Pública exigia como habilitação de acesso, o 2º ciclo liceal e tinha a duração de dois anos letivos⁹¹³, o que era explicado com a necessidade urgente de enfermeiros para os serviços.⁹¹⁴ E, segundo o ministro da saúde, Francisco Pereira Neto de Carvalho, tratava-se de uma medida provisória, “destinada a terminar” quando as enfermeiras formadas com o curso geral “conseguissem responder às necessidades do país”⁹¹⁵. O curso terminou em 1972⁹¹⁶. A legislação previa também o curso de auxiliar de enfermagem de saúde pública com a duração de um ano letivo e para o qual só era exigido o 1º ciclo de estudos liceais. As enfermeiras tinham oficialmente uma formação

⁹¹³ DECRETO Nº 47843. “Diário do Governo. Série I”. 187 (1965-08-11) 1448.

⁹¹⁴ Idem.

⁹¹⁵ Discurso do Ministro da Saúde na inauguração da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 6:6 (Dezembro 1967) 276-281. p.276.

⁹¹⁶ DECRETO Nº 346/72. “Diário do Governo. Série I”. 202 (1972-08-30) 1233-1234.

direcionada para a enfermagem comunitária, mas não uma especialização, o que só ocorreria na década de 1970.

PRÁTICAS E ESPECIFICIDADES DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A diferença entre a prática de enfermagem comunitária e a prática hospitalar era acentuada não só pela diferenciação dos locais de prática, no caso exterior ao espaço hospitalar, mas também pelos “meios” empregues. Embora se reconhecessem técnicas comuns entre as várias enfermeiras esperava-se que a enfermeira de saúde pública, além do tratamento e recuperação dos doentes e prevenção do contágio, tivesse na sua prática profissional objetivos amplos, que incluíam a educação para a saúde, o “empoderamento” dos seus clientes, o trabalho com a comunidade e com as famílias, tendo como preocupação atingir um bem maior: a saúde⁹¹⁷.

Durante o Estado Novo as enfermeiras comunitárias tiveram experiências de intervenção muito diversificadas. Um dos exemplos foi a sua participação na Primeira Jornada das Mães de Família. O subsecretário Diniz da Fonseca, responsável pela legislação que reformou o ensino de ensino em 1942 e proibiu o casamento das enfermeiras, foi o responsável pela iniciativa que tinha como objetivo ajudar a combater “a vergonhosa taxa da mortalidade infantil” e “exaltar a maternidade” como a “mais nobre função de toda a mulher saudável”.⁹¹⁸ A Jornada baseou-se essencialmente em estratégias de divulgação dos cuidados a seguir na gravidez, promovendo ao mesmo tempo uma política natalista. Utilizando palestras, filmes e a imprensa, pretendia-se combater a “ignorância” considerada como uma das grandes responsáveis pelo insucesso das iniciativas realizadas no âmbito da saúde materna e infantil.⁹¹⁹

A maneira como foi recebida e aceite esta atividade pelas enfermeiras comunitárias, incluindo as visitadoras, é revelada pela sua ativa e profícua colaboração entre 13 e 14 de Junho de 1942 nas atividades das Jornadas, onde participaram, ou organizaram palestras sobre o tema, que incluíam o ensino sobre a gravidez e a necessidade de vigilância da saúde da grávida,

⁹¹⁷ DOCK, Lavinia; NUTTING, M. Adelaide – **A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses**. New York, London: G.P. Putnam's Sons, 1907; DOCK, Lavinia cit. por PORTNOY, Frances L.; DUMAS, Linda – Nursing for the public good. *Nursing Clinics of North America*. 29:3 (September 1994) 371-375; SIMEÃO, Maria José – O exercício da enfermagem de saúde pública. *Revista de Enfermagem*. 46-47 (Out.-Dezembro de 1961) 54-59.

⁹¹⁸ GARRET, A. Almeida; FREIRE, L. Castro; ALMEIDA, Lúcio de; SOUSA, Carlos Salazar de – A primeira jornada das mães de família. *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura*. V (1942) 113-123. p.113.

⁹¹⁹ Idem.

independentemente do estatuto social. Às enfermeiras cabia exaltar o casamento e a família como o ambiente próprio para a conceção, assim como os benefícios do parto no domicílio, com acompanhamento médico ou de enfermagem, visto que “*a procura das maternidades tem grandes inconvenientes sob o ponto de vista moral e social*” e deveria ser reservada para os “*partos anormais e custosos*”.⁹²⁰

A divulgação do aleitamento materno era outro dos objetivos, recomendando-se às mães lactantes o recurso aos lactários em caso de necessidade. As palestras versavam também questões da higiene, entendida como “*Limpeza de corpo e alma*”, devendo abranger não só a própria grávida ou mãe mas todos os elementos da família e o ambiente envolvente “*casa limpa, marido limpo, filhos limpos*”.⁹²¹

A década de 1950 foi de desenvolvimento e afirmação da Enfermagem. A I Reunião Nacional dos Profissionais de Enfermagem aconteceu em 1950 e, quatro anos mais tarde, a Enfermagem portuguesa fez-se representar, na Reunião Internacional de Enfermagem realizada na Turquia. Na mesma década, Maria Palmira Tito de Morais passou a integrar os quadros da OMS e Fernanda Alves Diniz foi nomeada enfermeira consultora regional da mesma organização. As enfermeiras de Saúde Pública portuguesas alcançavam reconhecimento internacional, apesar de Palmira Tito de Morais ter sido proibida de exercer no país. Em termos de imagem, a enfermeira passou a ser considerada, não mais como simples auxiliar mas como colaboradora indispensável do médico.⁹²²

Em relação ao desenvolvimento da Enfermagem Comunitária, o médico João Porto, diretor dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, admitia que “*os excelentes resultados obtidos pelas enfermeiras isoladas nas vilas ou aldeias provam bem que elas podem acumular, e com êxito os cuidados preventivos e curativos*.”⁹²³ Cremos que esta sua convicção estava ligada ao facto de conhecer o trabalho das enfermeiras e alunas de enfermagem, nas Brigadas de Educação da Família dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que ele próprio criou em 1950, e que se dedicavam essencialmente à prestação de cuidados no domicílio. A enfermeira Nídia Salgueiro lembra a sua participação nestes grupos, como uma das suas experiências de intervenção comunitária mais significativas, tanto ao nível técnico e de relação com

⁹²⁰ GARRET, A. Almeida; FREIRE, L. Castro; ALMEIDA, Lúcio de; SOUSA, Carlos Salazar de – A primeira jornada das mães de família. *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura*. V (1942) 113-123. p.116.

⁹²¹ *Idem*. p.119.

⁹²² NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

⁹²³ PORTO, João – A Enfermeira, militante da saúde e colaboradora do médico. Separata do: *Boletim da Assistência Social*. 12:115-116 (Janeiro a Junho de 1954) 13.

as pessoas cuidadas, como pela autonomia detida pelas enfermeiras no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados.⁹²⁴ Certamente, também o impacto positivo da acção das enfermeiras nos dispensários e delegações de saúde contribuía para que fossem cada vez mais valorizada a acção das enfermeiras comunitárias.

As funções da enfermeira, segundo preconizado pela OMS, integravam a prestação de cuidados no hospital, domicílios, escolas, locais de trabalho, atendendo às necessidades das pessoas. Faziam também parte das suas atribuições serem educadoras/conselheiras em saúde junto de indivíduos, famílias, grupos e comunidade, constituir-se como elo de ligação entre os vários profissionais de saúde e sociais e entre instituições, garantir a circulação da informação e o apoio efetivo às pessoas; avaliar constantemente as necessidades em cuidados de enfermagem, seleccionar e orientar o pessoal auxiliar necessário e participar com outros membros da equipa de saúde em estudos e planeamento dos cuidados de saúde⁹²⁵.

A elite da enfermagem comunitária portuguesa estava consciente que o espectro de acção profissional era amplo e de que a profissão podia ser um instrumento a favor da saúde da população, e do reforço da imagem positiva da enfermeira e do seu espaço de intervenção. A sua própria experiência de trabalho desenvolveu-se em instituições pioneiras na área da saúde pública em Portugal e estava convicta dos bons resultados do seu trabalho. Tinha, pois, interesse em divulgar essa visão e em dignificar e valorizar o exercício da enfermagem. Assim a II Semana da Enfermagem, realizada de 4 a 11 de Março de 1961, foi uma oportunidade para os enfermeiros discutirem a profissão e ao mesmo tempo darem visibilidade e divulgarem o seu trabalho à população e ao poder político. Demonstrando uma forte dinâmica de mobilização em torno da relevância da prática de enfermagem na comunidade, foram conferencistas as enfermeiras de saúde pública Maria José Simeão, Maria Louise da Cunha Telles, Maria da Conceição Alpoim Aranha e Rosélia Ribeiro Ramos. Todas elas se mostravam conscientes da relevância das questões da saúde nas políticas globais considerando não ser a saúde *“apenas um bem superior a defender, mas uma das maiores forças com que economicamente contam as nações e que, portanto, deve constituir, para os governos, uma preocupação central.”*⁹²⁶

⁹²⁴ SALGUEIRO, Nídia – Serviço Domiciliário Hospitalar: das Brigadas de Educação Sanitária da Família ao Serviço Domiciliário dos HUC. Referência. 1 (Setembro de 1998) 85-87.

⁹²⁵ OMS cit. por CORREA, Beatriz de Mello – A enfermagem de hoje e as suas características no nosso país: intervenção na II Semana de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 44 (Junho de 1961) 37.

⁹²⁶ CORREA, Beatriz de Mello – A enfermagem de hoje e as suas características no nosso país: intervenção na II Semana de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 44 (Junho de 1961) 29.

Já na III Semana da Enfermagem, realizada de 7 a 13 de Maio de 1962, organizada pelos Sindicatos Nacionais de Enfermagem de Lisboa, Porto e Coimbra, voltou a ser focada a enfermagem de saúde pública e as suas atividades. Maria Teresa Forjaz salientava que cabia à enfermeira de saúde pública que exercia nos dispensários materno-infantis a prestação de cuidados à grávida que incluíssem atenção à sua situação de *saúde física, mental e preparação moral*.⁹²⁷

Aconselhava-se a desmitificação de algumas crenças sobre a gravidez e parto, e o apoio à grávida no sentido de aumentar a sua autoestima e competências parentais. No mesmo encontro eram sublinhadas as responsabilidades das enfermeiras de saúde pública na saúde ocupacional. Delas constavam a prestação de primeiros socorros e cuidados curativos, a prevenção dos acidentes e doenças profissionais, a verificação da higiene do ambiente de trabalho e da higiene alimentar, a colaboração com o médico e a interligação com a família.⁹²⁸

Destacavam-se também os cuidados de enfermagem nos programas de saúde que tivessem como população alvo pessoas com doenças crónicas e idosos⁹²⁹, intervenção para a qual se aconselhava o trabalho em parceria com outros profissionais e com as famílias. Também era considerado essencial o contributo da enfermeira para a saúde infantil. Para além de ter em conta o ambiente familiar e socioeconómico das famílias, a enfermeira de saúde pública deveria estar atenta ao desenvolvimento da criança, velar para que fosse cumprido o esquema vacinal previsto, promover a vigilância médica de saúde da criança, proporcionar acompanhamento domiciliário, tanto em situações de vigilância como em situação de doença⁹³⁰.

Sobre a ação da enfermeira no programa de saúde escolar, Maria Palmira Bruto da Costa evidenciava a colaboração com o médico escolar nos rastreios, na observação e consulta. A ação da enfermeira escolar deveria estar centrada na promoção de saúde dos alunos, para a vacinação e prevenção de surtos epidémicos e vigilância das condições de higiene e segurança do espaço escolar⁹³¹. Competia-lhe ainda colaborar com professores e famílias com vista ao bem-estar e desenvolvimento adequado dos alunos, assim como a articulação com outras instituições e o acompanhamento de situações de doença na escola. Deveria também assegurar trabalho em equipa entre ela, os restantes profissionais de saúde e os professores.

⁹²⁷ FORJAZ, Maria Teresa Bastos Pereira – Papel da enfermeira de saúde pública na higiene da maternidade. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 211-214.

⁹²⁸ SIMEÃO, Maria José – Funções e responsabilidades da enfermeira para com os indivíduos na idade adulta e na anciania. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 221-226.

⁹²⁹ Idem.

⁹³⁰ FORJAZ, Maria Teresa Bastos Pereira – Papel da enfermeira de saúde pública na higiene da maternidade. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 211-214.

⁹³¹ COSTA, Maria Palmira Bruto da – A ação da enfermeira na saúde escolar. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 218-220.

Em síntese, a heterogeneidade das intervenções, a abrangência do campo de ação e a relevância que o trabalho das enfermeiras comunitárias podia ter na melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas e comunidade, ficaram bem evidenciadas neste encontro. As enfermeiras comunitárias com maior formação mobilizavam-se para tornar mais visível o que faziam. Protagonistas incansáveis na pretensão de serem reconhecida a relevância social do seu trabalho, pretendiam não só melhorar as condições do exercício profissional como da formação em enfermagem comunitária. Estavam decididas a juntar apoios à sua causa.

Em 1966, na revista *Semana Médica*, Fernando Namora, médico e escritor, escrevia sobre as enfermeiras lembrando que até há poucos anos a enfermagem era uma atividade humilde, “*serva do doente e serva da medicina*”, grupo constituído por pessoas “*sem qualquer preparação intelectual e sem pruridos sociais – gente boçal para tarefas boçais – nem tinham qualquer brio a defender nem quaisquer ambições por que lutar.*” Reconhecia o autor que a realidade em 1966 era outra, pois as enfermeiras tinham uma outra cultura, outra formação escolar e profissional, outra conduta constituindo-se como uma profissão “*técnica e socialmente*” perfeitamente individualizada.⁹³² Lembrava os pruridos da “*aristocrática medicina, tal como os clubes de golf, não aceita de bom grado que lhes desfaçam os tabus*”, mas considerava que tinham sido os próprios médicos exigir uma enfermagem mais “*esclarecida, nobre e eficaz*”. E para ilustrar o quanto as intervenções de enfermagem eram relevantes para os doentes, tanto no hospital como no domicílio, destacava a intervenção das enfermeiras do serviço de visitação domiciliária do IPO, serviço no qual desempenhara também fun es, considerando que ali “*a mão do médico   de pouco préstimo*”, ao contrário da das enfermeiras, “*que completa e excede para lá dos limites técnicos da profissão*”. “*Sempre que eu assistia   entrada de uma dessas enfermeiras no cubículo do doente nem sei se a minha admira o era surpreendida pela impecável segurança técnica, se pela ternura, se pela comunhão humana*”.⁹³³ O apoio de outros atores, nomeadamente de médicos, teve o mérito de conseguir cada vez maior unanimidade em torno da ideia de desenvolvimento da enfermagem comunitária.

Finalmente, tornando-se clara a autonomiza o da área de interven o da enfermagem na comunidade, em Dezembro de 1967, estabeleceram-se as carreiras de enfermagem em três áreas de atua o: hospitalar, saúde pública e ensino, especificando as fun es do enfermeiro em cada uma delas.⁹³⁴ A carreira de enfermagem de saúde pública introduzia várias categorias, auxiliares de

⁹³² NAMORA, Fernando – *Semana Médica*, 1966.

⁹³³ *Idem*.

⁹³⁴ DECRETO-LEI N  48166. “*Diário do Governo. Série I*”. 299 (1967-12-27) 2514-2516.

enfermagem de 1ª e 2ª classe, enfermeiros de saúde pública, subchefe de serviço de enfermagem regional e chefe de serviço de enfermagem regional.

A criação da Escola de Enfermagem de Saúde Pública, assim como da carreira específica de enfermagem de saúde pública, foram conquistas significativas das enfermeiras comunitárias na década de 1960. Atrevemo-nos a dizer que resultaram tanto da influência e persistência das enfermeiras, como do apoio de outros profissionais e decisores políticos, que reconheciam como significativa e necessária a sua intervenção. Lembremos aqui que a atmosfera política, económica e social se tornara também mais propícia a uma maior intervenção do Estado na saúde e que, em consequência disso, se tinham também multiplicado as estruturas assistenciais não hospitalares que necessitavam de enfermeiras.

De facto a escassez de enfermeiras comunitárias foi uma realidade durante todo o período que decorreu entre 1926 e 1968, como referia, em 1936, o médico Almerindo Lessa alargando essa falta ao número de médicos. Nesse ano existiam, a nível nacional, 200 enfermeiras visitadoras, e trabalhavam nos serviços públicos de saúde não hospitalares 334 médicos delegados de saúde, 692 médicos municipais e 78 médicos escolares, além de 90 fiscais de trabalho.⁹³⁵ Apesar de estarem em minoria, não foram tomadas atempadamente medidas que pudessem contribuir para aumentar o número de enfermeiras nem melhorar as suas condições de trabalho, formação e salários.⁹³⁶ Esta situação levava a Federação das Casas do Povo do distrito de Évora a relatar, em 1965, que através do fundo comum que tinha criado, conseguira pagar a deslocação do médico uma vez por semana e *“sob orientação do clínico e sua responsabilidade, conseguiu-se arranjar “uma auxiliar do médico” que ministra injeções e presta outros pequenos tratamentos aos sócios e familiares, quer residam na localidade quer residam nas redondezas.”*⁹³⁷

As campanhas tentando aliciar jovens para a profissão não traziam os resultados esperados, como se deduz das palavras de Joaquim Pacheco Neves, no jornal “Comércio do Porto”, em 1967: *“As remunerações dos enfermeiros são irrisórias e nada convincentes...Não basta pôr uma figureta muito bem afiabrada num cartaz e dizer umas quantas palavras capazes de convencer os mais hesitantes...com tão grandes exigências e tão discretas remunerações não há boa vontade que resista...”*⁹³⁸. Entretanto, os dirigentes sindicais insurgiam-se contra a ideia, que consideravam generalizada, de que o altruísmo e a

⁹³⁵ LESSA, Almerindo de Vasconcelos – **Livro de Higiene**. Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936.

⁹³⁶ *idem*

⁹³⁷ FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE ÉVORA - **Relatório de Actividades e Contas: 1964**. Évora: Minerva, 1965.

⁹³⁸ NEVES, Joaquim Pacheco - Comércio do Porto. (1967-08-12).

solicitude dos enfermeiros excluía o reconhecimento de que estes também tinham necessidades, nomeadamente de ordem “material, espiritual e social”.⁹³⁹

Isso contribuiu para que apesar da criação da carteira profissional, que procurava controlar o exercício profissional,⁹⁴⁰ continuou a persistir nos serviços de saúde não hospitalares a prestação de cuidados por curiosos sem qualquer formação, o que provocou indignação de enfermeiros, dirigentes sindicais e médicos. O médico Luís Adão não se coibia de, já na década de 1950, criticar a situação lembrando aos responsáveis das instituições de saúde que era necessário acabar com “a vergonhosa promoção de criadas a enfermeiras”.⁹⁴¹

No entanto, o fenómeno não era exclusivamente nacional. Em 1962, a enfermeira Maria Ofélia Leite Ribeiro, do Bureau Regional da Europa da OMS, revelava na III Semana de Enfermagem, a situação por toda a Europa em 1962: nos 28 países que nessa altura integravam a Região Europeia da OMS existiam disparidades significativas, desde a existência de um enfermeiro para 271 habitantes, até um para 16149 habitantes. A mesma enfermeira oferecia os préstimos da OMS para ajudar na resolução do problema da enfermagem em Portugal.⁹⁴²

A escassez de enfermeiros, provocada pela pouca adesão dos jovens à carreira, pelo abandono da profissão por muitas mulheres após o casamento,⁹⁴³ pelas magras remunerações e pela formação insuficiente e não adequada às necessidades, assim como pela inexistência de uma política pública para a enfermagem, tiveram consequências negativas para os serviços de cuidados de saúde de proximidade durante este período. A partir de 1968 a designada “Primavera marcelista” traria mudanças significativas, quer nas políticas para os CSP quer na enfermagem comunitária.

⁹³⁹ JÚNIOR, Manuel Luís da Fraga – A escolha de uma profissão. *Revista de Enfermagem*. 7:5 (1968) 35-39, p.37.

⁹⁴⁰ REGULAMENTO DA CARTEIRA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. “*Diário do Governo. II Série*”. 18 de Outubro de 1947.

⁹⁴¹ ADÃO, Luís – **O problema da Enfermagem**. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956.

⁹⁴² *Revista de Enfermagem*. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 218-220.

⁹⁴³ *idem*

SÍNTESE ANALÍTICA DA PRIMEIRA PARTE

As origens dos CSP, enquanto cuidados de proximidade, adaptados à situação concreta de cada país, visando promover a saúde, prevenir a doença, cuidar dos doentes nos seus locais de vida e acompanhar na morte, poderão ser localizadas em Portugal, como em qualquer outro espaço do Ocidente Medieval, à remota Idade Média, num tempo em que em território luso se iniciava a nacionalidade. Os cuidados com os leprosos, os peregrinos, os epidemiados e os doentes **estão** documentados desde essa altura.⁹⁴⁴ Mais tarde a vigilância das fronteiras e dos portos, as preocupações com as doenças transmissíveis, com o controlo sanitário das prostitutas e de outros grupos vulneráveis e o acompanhamento na doença começaram lentamente a impor-se, também porque as autoridades se aperceberam a importância da saúde das populações.

O ambiente político, cultural e ideológico, proporcionado pela perspetiva iluminista de crença na razão e nas possibilidades do homem intervir e alterar o meio que o rodeava, assim como a afirmação dos Estados e as revoluções sociais e políticas empreendidas no mundo ocidental, contribuíram para uma outra perceção sobre as possibilidades da medicina. Tinha-se o entendimento que esta se poderia tornar, na expressão de Palmira Costa, “*um dos alicerces da racionalização da vida política e social*”.⁹⁴⁵ Assim, o desenvolvimento de estruturas de cuidados não hospitalares de proximidade insere-se num contexto histórico e social de uma progressiva medicalização da sociedade, mais acentuada a partir do século XVIII.⁹⁴⁶ Assumiram-se novas formas de controlo social através dos cuidados de saúde, desenvolvendo-se um novo poder, resultante do uso político das estratégias biomédicas, o biopoder, disciplinador da vida e dos comportamentos.⁹⁴⁷

⁹⁴⁴ DUVIVIER-THÉNARD, Franck – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012.

⁹⁴⁵ COSTA, Palmira Fontes da – Ribeiro Sanches e o primado da conservação da saúde pública. In SAKELLARIDES, Constantino; ALVES, Manuel Valente, ed, lit. - **Lisboa, Saúde e Inovação – do Renascimento aos dias de hoje**. Lisboa: Edições Gradiva, 2008. p.82.

⁹⁴⁶ DUVIVIER-THÉNARD, Franck – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012.

⁹⁴⁷ FOUCAULT, Michel - **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

Podemos dizer que em Portugal, apesar da precoce intervenção do Estado nas questões da saúde e assistência, aliás bem documentada nos vários estudos de Laurinda Abreu⁹⁴⁸, foi no início do século XX que se deu o efetivo nascimento de uma política pública que propunha uma organização concertada e ampla de cuidados de saúde de proximidade.

Em 1901, apelando aos benefícios que advinham de um melhor nível de saúde, Ricardo Jorge destacava o papel que poderia ser assumido pelas instituições e profissionais de saúde no combate às epidemias e à miséria que assolavam o país, recentemente saído de um século turbulento em termos sociais e políticos. A rede de cuidados, por ele desenhada, assentava numa organização de cuidados de saúde de proximidade que permitiria a cobertura assistencial da população portuguesa, através de estruturas descentralizadas.

Com o apoio do poder político liberal e a ascensão do poder médico pressionado pelo crescimento demográfico⁹⁴⁹ e urbanização, foi possível implementar algumas medidas planeadas por Ricardo Jorge tanto mais que se queria aproximar o país dos modelos estrangeiros.⁹⁵⁰ Tal como defendem os analistas, o momento foi favorável⁹⁵¹ para o nascimento de uma política pública organizada para os cuidados de saúde de proximidade. Na nossa opinião os CSP, enquanto ideia de cuidados de saúde de proximidade, organizados numa rede a nível nacional com base numa distribuição geográfica concelhia, tiveram origem neste enquadramento.

No entanto as convulsões sociais, políticas e económicas⁹⁵² trazidas pela implantação da República, agravadas pela participação na I Guerra Mundial, deixaram os planos de Ricardo Jorge muito distantes da realidade. Os homens da Primeira República e do Estado Novo tinham um entendimento diverso sobre o papel do Estado nas questões da saúde e acabaram por criar uma outra política para os CSP. Constatamos que, além dos contextos de dificuldades sociais e económicas, o que Mayntz e Sharp designam como *matriz cognitiva e normativa* de motivações dos

⁹⁴⁸ Ver por exemplo, ABREU, Laurinda - Políticas de caridade e assistência no processo de construção do Estado Moderno: alguns elementos sobre o caso português. In MILLÁN, José Martínez; LOURENÇO, Maria Paula Marçal - **Las relaciones discretas entre las monarquias Hispana y Portuguesa: las Casas de las Reinas (siglos XV –XIX): Vol. II.** Madrid: Polifemo, 2008.

⁹⁴⁹ COSME, João – As Preocupações higieno-sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do século XX). In Revista da Faculdade de Letras: História. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. III:7 (2006) 181-195.

⁹⁵⁰ REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. “Diário do Governo”. 292 (1901-12-26) 1031-1070.

⁹⁵¹ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

⁹⁵² COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011.

atores⁹⁵³ foi aqui decisiva no sentido de não implementação de uma política pública de saúde onde o Estado assumisse um papel preponderante.

As origens da enfermagem comunitária remontam à prestação de cuidados na comunidade por enfermeiros religiosos que desde do século XIII foram assumindo um papel progressivamente mais interventivo. A prática de enfermagem nas Misericórdias portuguesas por enfermeiros laicos, nomeadamente na visita domiciliária aos pobres e enfermos, constitui um importante marco da enfermagem comunitária em Portugal.

A criação da Congregação das Filhas da Caridade em França, no século XVII, por S. Vicente de Paulo foi, no processo evolutivo, um momento de maior relevo.⁹⁵⁴ A intervenção das enfermeiras desta congregação caracterizava-se pelos objectivos claros, atendendo uma população definida, com prioridades identificadas, além de preocupações formativas aliadas a uma grande autonomia na prestação de cuidados. Chegaram a no século XIX, assumindo um papel preponderante nos cuidados na comunidade, fundando instituições de apoio às populações mais vulneráveis, exercendo em dispensários, nos domicílios e asilos.

Este processo de expansão da prática religiosa da enfermagem comunitária ocorreu num momento em que a Igreja estava sob contestação e ressentiu-se disso.⁹⁵⁵ Depois de se terem fragmentado as experiências de cuidados de enfermagem na comunidade por enfermeiras religiosas, ainda durante o século XIX e já no início do século XX, coube aos médicos a responsabilidade pela formação de enfermeiras laicas para a prestação de cuidados de enfermagem não hospitalar. A criação de novos serviços públicos e privados, assim como a consolidação de uma nova área de atuação médica, a medicina social, aumentaram a relevância e indispensabilidade dos cuidados de enfermagem.

As novas concepções sobre a saúde e o papel do Estado, o interesse médico, no caso dos médicos higienistas, e a necessidade de recursos humanos resultantes da expansão dos serviços, foram determinantes para a criação de uma nova área de intervenção em enfermagem. Não sendo nova para os enfermeiros, constituiu-se, no final da década de 1920 e início da década de 1930, como área de conhecimento e intervenção específica na profissão a partir dos primeiros cursos de

⁹⁵³ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*, 14:55 (2001) 95-123.

⁹⁵⁴ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

⁹⁵⁵ CATROGA, Fernando – A Maçonaria, as congregações e a questão religiosa (séc. XIX-XX). In ABREU, Luís Machado; FRANCO, José Eduardo - **Ordens e congregações religiosas no contexto da I República**. Lisboa: Gradiva, 2010. p. 91-108; CLEMENTE, Manuel – **Igreja e sociedade portuguesa: do Liberalismo à República**. Porto: Assírio Alvim, 2012; VILARES, Artur - **As congregações religiosas em Portugal (1901-1926)** – Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, FCT, 2003.

visitadoras sanitárias e enfermeiras visitadoras. Deste modo parece adequado considerar que o poder médico, especialmente através dos médicos higienistas, teve em Portugal, um papel fundamental no desenvolvimento da enfermagem comunitária. Foi por iniciativa de José Alberto Faria, diretor geral da saúde, que se criaram as primeiras formações na área, nomeadamente os cursos de visitadoras sanitárias. Podemos dizer que, neste período de génese mas também a partir dele, os CSP se constituíram como fator de recursos⁹⁵⁶ para os atores, no sentido em que criaram novos espaços de desenvolvimento para a ação de médicos e enfermeiras.

Entende-se que as circunstâncias do processo de génese dos CSP e da enfermagem comunitária se ancoram em perspetivas inovadoras, tanto em termos ideológicos sobre o papel do Estado na saúde, como na relevância atribuída ao trabalho multidisciplinar no sentido de potenciar uma ação que se acreditava poder melhorar as condições de vida e o bem-estar das populações. Na génese dos cuidados de saúde não hospitalares e da Enfermagem Comunitária e em linha com o que Palier e Surel designam como os “três i”⁹⁵⁷, consideramos estarem as instituições, os interesses dos vários atores, que aqui agregam os interesses políticos, sociais e profissionais, e as ideias sobre a saúde e ação do Estado.

Elementos que influenciaram o seu desenvolvimento posterior bem como o da enfermagem comunitária, mas sob um outro entendimento. De forma evidente, o Estado Novo, promoveu um Estado Corporativo que delegava nos cidadãos e na iniciativa privada o apoio social e os cuidados de saúde.

Nesta óptica o regime tentou, através do sistema de assistência corporativa, assegurar não só a paz e a ordem social, mas também a reprodução dos seus próprios valores e ideias.⁹⁵⁸ Nesse sentido as instituições de saúde constituíram-se muitas vezes como espaços de controlo e divulgação ideológica do regime. Foi o que aconteceu com aquelas que enquadravam os pescadores, os trabalhadores do setor terciário ou os agricultores, onde o sistema de apoios às famílias, as pressões sobre a procriação ou a “catequização” funcionavam como mecanismos efetivos de regulação sobre a vida e a saúde.

⁹⁵⁶ PALIER, Bruno; SUREL, Yves – Les “trois i” et l’analyse de l’État en action. *Revue Française de science politique*. 55:1 (février 2005) 7-32.

⁹⁵⁷ Idem.

⁹⁵⁸ LUCENA, Manuel – As casas dos Pescadores revisitadas. In GARRIDO, A. (coord.) - **A pesca do bacalhau – História e memória**. Lisboa: Editorial Notícias, 2001; GARRIDO, Álvaro – **O Estado Novo e a Campanha do Bacalhau**. Rio de Mouro: Círculo dos Leitores, 2004.

Através delas se instavam as famílias a viverem de acordo com um padrão moral e social que potenciava o poder masculino, a reprodução como fim principal da família, a obediência, o conformismo perante a adversidade, o *respeito* pelos poderes instituídos e os designados *valores cristãos*. Os esquemas de controlo social existentes nas Casas do Povo e nas Casas dos Pescadores, ou no Instituto Maternal, foram protótipos representativos desse biopoder. Até porque segundo Manuel de Lucena, a prática das instituições corporativas portuguesas foi de submissão ao Estado, afastada afinal da teoria corporativa inscrita na lei, num sistema que se distinguiu por *“oscilar entre o estatismo e a liberalização”*⁹⁵⁹.

Num movimento que tentava responder às necessidades de saúde da população a que o Estado ou as instituições corporativas não respondiam, foram criadas muitas instituições privadas assentes em preocupações solidárias, a maioria delas de iniciativa de mulheres de elite. Apesar do aparente entusiasmo e interesse do regime nestas organizações viveram com sérias dificuldades tanto ao nível do financiamento como na adequação dos recursos humanos. Os subsídios previstos na lei traduzia o reconhecimento do Estado de que tinham um relevante papel mas depois não eram efectivadas.

No entanto, algumas destas organizações, como as Misericórdias, lograram alcançar um lugar de destaque, enquanto detentoras de poder e influência significativa na área da saúde. O seu poder, constituído ao longo de séculos, permitiu-lhes sobreviver a inúmeras adversidades e mudanças políticas.

A organização dos serviços de saúde públicos assentou numa estrutura já existente, privilegiou funções mais policiais e curativas que promotoras de saúde, entre elas os serviços de vigilância e controlo de epidemias, a vacinação, o combate à tuberculose, à sífilis e à mortalidade materna e infantil.

As câmaras municipais, através dos médicos, e as delegações de saúde, procuraram assegurar, ainda que com muitas dificuldades, os cuidados aos mais pobres. A ANT, o Instituto Maternal, os dispensários de higiene social, os dispensários de materno-infantis ou de puericultura, corporizaram algumas das políticas públicas de saúde que, contudo, não logravam alcançar nem equidade em termos de acesso, nem os resultados pretendidos. A exiguidade dos seus recursos e a descoordenação existente entre as várias instituições eram os principais responsáveis pela situação.

⁹⁵⁹ LUCENA, Manuel – Salazar, a “fórmula” da agricultura portuguesa e a intervenção estatal no sector primário. *Análise Social*. Vol.XXVI:110 (1991) 97-206, p. 101.

São de destacar neste período algumas experiências inovadoras no setor público, como por exemplo a fundação dos primeiros centros de saúde, nas décadas de 1930 e 1940. Com eles pretendeu-se, de certa forma, levar para a alçada do Estado a responsabilização pela área dos CSP, propondo-se a criação de uma rede de centros de saúde concelhios que prestassem cuidados de saúde curativos e de promoção de saúde. A experiência baseava-se em experiências estrangeiras e na consciência de que era necessário coordenar esforços e serviços no sentido de melhorar os indicadores de saúde da população portuguesa. Em termos geográficos e organizacionais apoiava-se nas delegações de saúde. A experiência mais marcante foi a do Centro de Saúde de Lisboa, criado em 1939 e encerrado na década de 1950.

Os primeiros centros de saúde não conseguiram sobreviver face às conceções ideológicas que tinham estado na origem da sua criação e funcionamento, profundamente divergentes das do Estado Novo. Correspondiam ao pressuposto de que, pelo menos, o Estado se devia responsabilizar pela prestação de CSP e tinham uma visão integradora dos cuidados de saúde, considerados como um direito e condição de desenvolvimento e bem-estar. Princípios que não se coadunavam com a perspetiva corporativa e assistencialista do regime e por isso ficaram suspensos.

Diremos que a situação da ação⁹⁶⁰, constituída pelo ambiente político e social da ditadura, não permitiu a implementação e disseminação de um outro modelo assistencial em CSP. É de sublinhar também que os esquemas cognitivos do governo, divergentes daqueles que detinham os altos funcionários públicos da saúde, acabaram por prevalecer sobre os dos últimos. Recordemos o caso de José Alberto de Faria, diretor geral da saúde entre 1928 e 1946, que progressivamente “abandonou” a ideia da disseminação nacional dos centros de saúde, ideia por ele acalentada durante vários anos.

A legislação de 1945 afigurou-se como uma nova etapa de envolvimento do Estado na prestação de cuidados de saúde, tentando-se então uma política centralizada e coordenada de serviços sob a alçada do poder político, favorecendo a existência de argumentos para que, dentro dos próprios partidários do Estado Novo se levantassem vozes contra as alterações previstas. Tal como os centros de saúde, também acabou por não se concretizar da forma prevista.

⁹⁶⁰ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004; HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – *La science politique et les trois néo-institutionnalismes*. Revue française de science politique, 3-4 (1997), p. 469-496.

Dentro das singularidades mais marcantes do período 1926 -1968 distinguimos a luta pelo *poder do cuidar* entre as várias instituições, o subfinanciamento de algumas instituições corporativas e o autofinanciamento das instituições privadas, que viviam da benevolência dos benfeitores e de atividades para angariação de fundos.

Por outro lado, apesar do seu *papel supletivo* na saúde, o Estado Novo exerceu forte controlo sobre todo o tipo de instituições de saúde, públicas, corporativas ou privadas, tentando através delas difundir a sua ideologia e acentuar/manter o seu poder. Vale a pena focar que não existiu durante este período uma política clara em relação aos CSP, antes várias medidas muitas vezes contraditórias, que não lograram alcançar sucesso.⁹⁶¹

No entanto, este período cronológico foi determinante para a história da enfermagem comunitária. Foi durante este tempo que foram criados cursos de enfermeira visitadora e visitadora sanitária (no final da década de 1920 e início da década de 1930), se fez a formação de enfermeiras de saúde pública com o apoio da Fundação Rockefeller (durante as décadas de 1930, 1940 e 1950), se assumiu o trabalho e protagonismo das enfermeiras no Instituto Maternal e nalgumas iniciativas pioneiras privadas e públicas, nomeadamente no Centro de Saúde de Lisboa, no Centro de Assistência à Maternidade e à Infância e na Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

O processo de formação específica em enfermagem comunitária surgiu com os cursos de visitadoras sanitárias, no Instituto Ricardo Jorge, e de enfermeiras visitadoras, na Universidade do Porto, no final da década de 1920 e início da década de 1930. Inspirada nos modelos existentes em alguns países europeus e norte-americanos, esta formação ficou, no entanto, aquém em termos de duração e conhecimentos proporcionados, impedindo o desenvolvimento e maior autonomia das enfermeiras visitadoras e uma atuação mais abrangente em termos de prestação de cuidados de enfermagem. Podemos dizer que, ao mesmo tempo que criavam oportunidades de ação para as enfermeiras, o poder médico e as instituições também limitavam os seus saberes, cerciando a participação das enfermeiras. A este propósito Foucault assinala as implicações do saber no poder, acentuando as relações de dominação implícitas.⁹⁶²

A formação das enfermeiras realizada teve um previsível impacto na situação nacional. Era, no entanto, uma elite marcadamente distanciada da realidade social da maioria das enfermeiras

⁹⁶¹ Aliás Delpuech e Vigour acentuam as dificuldades existentes nesta coerência afirmando que as instituições apenas refletem de forma parcial as intenções iniciais dos que as instituíram. In DELPEUCH, Thierry; VIGOUR, Cécile – *Création et changement institutionnels*. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010. p. 188-195, p.193.

⁹⁶² FOUCAULT, Michel – **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Edição Livros do Brasil, 2006.

comunitárias, pela disparidade de formação e pela origem social, por isso mesmo teve dificuldades com a sua liderança, quer pelo seu reduzido número, quer pela situação da ação, que incluía os estereótipos sobre o “ser feminino”, existindo ainda condicionamento do seu acesso poder estabelecido pelas normas institucionais e pela própria divisão do trabalho, como é claro nas análises de Mayntz e Scharpf.⁹⁶³

A influência da Fundação Rockefeller fez-se sentir particularmente na formação proporcionada pela Escola Técnica de Enfermeiras, fundada com o seu apoio financeiro e pedagógico, e das práticas de enfermagem exercidas em algumas instituições de referência. No entanto, essa formação não logrou alcançar os objetivos previstos em parte devido à escassez de enfermeiras comunitárias, escasso número de enfermeiras formadas pela ETE e/ou com o Curso Geral de Enfermagem, inexistência de formação especializada, fragmentação dos serviços e da formação das enfermeiras (diversidade e multiplicidade de formações), dificuldades de acesso das enfermeiras ao poder formal, visto que nem o poder político, nem o poder médico estavam dispostos a ceder-lhes “espaço”.

Apesar disso, as transformações nas políticas de saúde para os CSP durante este período permitem-nos identificar situações de grande impacto positivo nos enfermeiros ao nível da sua visibilidade e autonomia. Instituições de CSP, como o Instituto Maternal, o Centro de Assistência à Maternidade e à Infância, a Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, ou os centros de saúde anteriores a 1971, foram importantes para os enfermeiros tanto pessoalmente como profissionalmente. Um exemplo significativo foi o trabalho realizado pelas enfermeiras comunitárias no Centro de Saúde de Lisboa, até pelo envolvimento nessa experiência piloto de enfermeiras com licenciatura e formação pós-graduada obtida no estrangeiro, as designadas “enfermeiras Rockefeller”. Designamos essas enfermeiras como pioneiras da enfermagem comunitária em Portugal, quer pela sua intervenção quer pela formação específica.

O Instituto Maternal proporcionou, igualmente, às enfermeiras grande liberdade de ação dentro de uma normatividade aparentemente muito estrita. Muito do seu trabalho era de intervenção comunitária mediante avaliação que as próprias faziam das necessidades das pessoas/famílias de quem cuidavam. Esta instituição, até pela sua forte aposta na formação das enfermeiras e pela

⁹⁶³ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) 95-123.

centralidade atribuída aos cuidados de enfermagem⁹⁶⁴, foi um espaço de desenvolvimento da enfermagem comunitária.

Registe-se que nas primeiras instituições de cuidados de saúde não hospitalares, a enfermeira, embora quase inteiramente subordinada ao poder médico, tornava a sua prática profissional reflexo da sua identidade e colocava as suas aptidões pessoais, adquiridas noutros contextos, ao serviço das pessoas de quem cuidava. Exemplo disso foi a confeção de enxovais para crianças e a participação em atividades de angariação de fundos.

Nas instituições cooperativas as enfermeiras assumiram-se como agentes do biopoder do Estado Novo, ainda que as suas intervenções se desenvolvessem com preocupações de índole social. O escasso número de enfermeiros, a inexistência de uma política de formação, assim como a centralização do poder médico ou administrativo, impediram o desenvolvimento dos enfermeiros nas instituições corporativas de saúde. Nas instituições públicas e privadas de solidariedade os enfermeiros tiveram mais espaço de liberdade.

Analisando o percurso das enfermeiras comunitárias neste período, torna-se claro que na constelação de múltiplos atores nos CSP, elas contaram com o apoio de outros atores. Entre eles destacam-se alguns políticos, como Guilherme de Melo e Castro, ou médicos, nomeadamente Maria Luísa Van Zeller ou João Maia de Loureiro, que publicamente defendiam a maior autonomia e/ou formação das enfermeiras comunitárias. Esta situação que também ocorreu na enfermagem comunitária britânica, acentua a influência do apoio de outros atores como Sweet e Dougall referem.⁹⁶⁵

Um dos aspetos claramente limitador do desenvolvimento da enfermagem foi a questão do género, pois toda a ação esteve condicionada pela condição feminina da profissão e pelos estereótipos associados ao papel da mulher, aliás como de resto em termos gerais na profissão, como vários estudos têm salientado.⁹⁶⁶ Exemplo disso foi a não admissão/exclusão de homens enfermeiros em algumas das instituições como o IM, ou o princípio que não era necessária muita formação para a prestação de cuidados pois todas as mulheres tinham uma “*génese cuidativa*”. Situações que marcaram a dependência, desvalorização e invisibilidade do trabalho das

⁹⁶⁴ CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.

⁹⁶⁵ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

⁹⁶⁶ MORAIS, Maria Carminda Soares – **Formação, Género e Vozes de Enfermeiras**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Educação; ESCOBAR, Lúcia – **O sexo das profissões: Género e identidade socioprofissional em Enfermagem**. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento, 2004.

enfermeiras. As concepções do Estado Novo sobre o papel da mulher acentuaram a diferenciação social e diminuíram as possibilidades de intervenção das enfermeiras comunitárias. Esta situação de ação desfavorável,⁹⁶⁷ caracterizada pelas concepções em torno do papel da mulher, e até sobre o papel do Estado na saúde, condicionou o progresso da enfermagem comunitária.

Na verdade, muitas vezes as normas institucionais delimitaram e/ou impediram o acesso dos enfermeiros à formação e aquisição de saberes e às estruturas de poder dentro das instituições. As baixas habilitações académicas exigidas para a frequência dos cursos de visitadoras sanitárias e de enfermeiras visitadoras são exemplos disso mesmo, mas também a lentidão do processo de criação da especialidade em enfermagem de saúde pública, as dificuldades colocadas às primeiras enfermeiras com formação superior em enfermagem feita no estrangeiro, e as referências à necessidade de obediência das enfermeiras ao poder médico.

Esta limitação do acesso das enfermeiras a recursos de formação é notória, até porque o Estado Novo tendo feito algumas experiências pioneiras ou não as sedimentou ou não permitiu que se desenvolvessem. Incluímos aqui a formação das visitadoras sanitárias, a formação superior das enfermeiras, e a formação pós-graduada em Enfermagem Comunitária em instituições estrangeiras. De certa forma verifica-se o que Maria Carvalho considera ter sido o desenvolvimento das instituições burocráticas em torno da baixa remuneração e da subordinação da mulher.⁹⁶⁸ Como lembram os estudos de Lucília Escobar e de Maria Carminda Morais, a condição feminina marcou de forma indelével o desenvolvimento das enfermeiras.⁹⁶⁹

Se os atores devem dominar as regras do jogo institucional e saber manipular os símbolos dos reportórios ideológicos existentes,⁹⁷⁰ julgamos que, pela sua própria identidade, as enfermeiras tiveram dificuldades em fazê-lo. Poderemos afirmar que os fatores culturais e históricos ligados à profissão e à feminização dos cuidados influenciaram também a ação dos enfermeiros, num processo que foi de clara dependência do percurso profissional realizado até então. Entende-se que a problemática da identidade enfermeira, fortemente feminizada, e as trajetórias anteriores da

⁹⁶⁷ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

⁹⁶⁸ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

⁹⁶⁹ ESCOBAR, Lúcia – **O sexo das profissões: Género e identidade socioprofissional em Enfermagem**. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento, 2004. MORAIS, Maria Carminda -

⁹⁷⁰ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

profissão, quer religiosas quer laicas, acabaram por ser centrais nos condicionamentos que tiveram que ser enfrentados pelas enfermeiras comunitárias.

A sua ação foi, neste contexto, determinada pelas oportunidades dadas pelas instituições, pelo poder político, numa adaptação contínua às estruturas. No entanto, quer pela maior formação detida, quer a partir dos seus próprios interesses e preferências, ou modelos ideológicos, conseguiram exercer de forma inovadora e autónoma, pois se as instituições condicionam a ação dos atores, não a determinam completamente.⁹⁷¹

Tendo presente que as instituições e as pessoas são influenciadas pelo contexto histórico e que os percursos já realizados condicionam determinadas trajetórias⁹⁷², na segunda parte deste trabalho, estudamos como os percursos realizados durante este período condicionaram a concretização de um outro modelo organizacional de prestação de cuidados e o desenvolvimento da enfermagem comunitária.

⁹⁷¹ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) 95-123.

⁹⁷² PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

PARTE II
DA PRIMAVERA MARCELISTA AO NOVO MILÉNIO

Capítulo 1

GRANDES ESPERANÇAS

*“O Captain! my Captain! our fearful trip is done;
The ship has weathered every rack, the prize we sought is won.”*

Walt Whitman⁹⁷³

Iniciando-se este capítulo no ano da morte de Salazar em 1968 ele abarcará todo o período até 1982. A entrada de Marcelo Caetano no governo deu início a um período de desanuviamento conhecido como *“Primavera Marcelista”*.⁹⁷⁴ Num primeiro momento o regime deu francos sinais de abertura à mudança, com vista a uma transição calma para um regime democrático, como faziam antever a autorização de regresso de alguns exilados, como o Bispo do Porto ou Mário Soares, a autorização de reuniões políticas da oposição, como o II Congresso Republicano, em Aveiro em 1969. No entanto, a continuação da guerra colonial, sem resolução à vista, a frustrada revisão constitucional, o abandono da Assembleia pela ala liberal e a continuada repressão da PIDE acabaram por frustrar esperanças, assistindo-se a um aumento da agitação social que culminou em 25 de Abril 1974 com a Revolução dos Cravos.⁹⁷⁵ A revolução que deu origem a um regime democrático, depois das primeiras vicissitudes do processo revolucionário. A consequente implementação de um Estado Providência, de que a criação do Serviço Nacional de Saúde de modelo *beveridgeano* é uma das expressões mais emblemáticas, acentuou a relevância dos CSP na promoção da equidade em saúde. As sucessivas mudanças políticas desde 1974 não puseram em causa a existência dos CSP, mas provocaram várias alterações na sua estrutura organizacional, fruto da diversidade de conceções sobre o direito à saúde e o papel do Estado, a organização dos serviços e a identidade das profissões.

⁹⁷³ Walt Whitman, poeta norte-americano, exerceu como enfermeiro voluntário na guerra civil norte-americana, este é um excerto do seu poema *“O Captain! my Captain!”*, integrado na sua obra *“Leaves of grass”*.

⁹⁷⁴ BRITO, J.M. Brandão de (coord.) - **Do Marcelismo ao fim do Império**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

⁹⁷⁵ AMARAL, Diogo Freitas do – **O antigo regime e a revolução: memórias políticas (1941-1975)**. Venda Nova: Bertrand/Nomen, 1995.

1.1. A REFORMA DE 1971 – A LEGISLAÇÃO DE GONÇALVES FERREIRA

As novas oportunidades institucionais e profissionais proporcionadas pela abertura do regime sob a liderança de Marcelo Caetano, provocaram profundas alterações nos CSP, em resultado da forma como se pensava o direito aos cuidados de saúde. Em 1971 o movimento dos CSP, ainda embrionário, ganhava um protagonismo inédito numa cultura de saúde com uma visão hospitalocêntrica e biomédica.⁹⁷⁶

A legislação desse ano, os Decretos-Lei n.º 413 e 414 de 1971, que criou uma rede nacional de centros de saúde e reconheceu pela primeira vez o direito à saúde aos portugueses, é um marco indelével na história dos CSP em Portugal,⁹⁷⁷ constituindo-se como uma tradução dos anseios de mudança que alguns profissionais, a oposição e políticos do regime mais liberais, desejavam para a área da saúde. A combinação de maior abertura política, como a vontade de mudança e personalidades únicas como Baltazar Rebelo de Sousa, ministro da Saúde, Gonçalves Ferreira, secretário de Estado, e Arnaldo Sampaio, diretor geral da saúde, permitiram um momento único na história da saúde pública em Portugal. Também, o médico Francisco António Gonçalves Ferreira, multifacetado homem da saúde pública, coadunava em si as facetas de investigador, professor e político, aliadas ao que poderemos designar como uma convicta militância no sentido de melhorar a organização e gestão dos serviços de saúde em Portugal em 1960.⁹⁷⁸⁹⁷⁹

Em 1960 no jornal “O Médico” Gonçalves Ferreira assumindo claramente a defesa de alguns princípios de organização inovadora, e controversa, dos CSP, assentes na unificação dos serviços de saúde e de previdência sob a alçada do Ministério da Saúde, reorganização dos serviços alargando o âmbito da sua intervenção, maior investimento do Estado nos serviços de saúde, a criação de centros de saúde nos concelhos, como “*instituição de base*” dos cuidados de saúde, “*polivalente e genérica*”, servindo entre dez a trinta mil habitantes e podendo, quando necessário, ramificar-se em “*postos sanitários*”, cooperação e conjugação de esforços entre hospitais e centros de saúde.⁹⁸⁰ Na prática tinha já delineadas as ideias sobre a organização dos

⁹⁷⁶ CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge – **O Percurso da Saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011; SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

⁹⁷⁷ Idem.

⁹⁷⁸ Nascido em 1912, em Dornelas, no concelho de Aguiar da Beira, distrito da Guarda, licenciou-se em Medicina em 1936 e, imediatamente a seguir, fez os Cursos de Medicina Sanitária e de Medicina Tropical. Em 1944 era doutorado em Medicina pela Universidade de Coimbra. Foi assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra e, posteriormente o responsável pela organização da delegação regional do Porto do Instituto Nacional de Saúde, em 1954.

⁹⁷⁹ COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.

⁹⁸⁰ FERREIRA, Gonçalves - Perspectivas e tendências em Saúde Pública. Separata de: O Médico. Porto 468 (1960).

serviços de saúde não hospitalares, onze anos antes da reforma que iria implementar. Não se tratava de algo completamente inovador, como já vimos, pois reorganizar os serviços, colocá-los sob a alçada de um só Ministério e criar centros de saúde como unidade básica do sistema de saúde, também tinha sido o desejo de José Alberto Faria nas décadas de 1930 e 1940. Aliás Gonçalves Ferreira atribuía o desaire das primeiras experiências de centros de saúde ao facto de terem sido “*deixadas ao abandono*”.⁹⁸¹

Ao lado de Gonçalves Ferreira na defesa dos centros de saúde⁹⁸², estavam os médicos Arnaldo Sampaio, Cristiano Nina, Aloísio Coelho, Luiz Cayolla da Mota e José Lopes Dias. Todos eles tinham feito formação em Saúde Pública, alguns no Reino Unido e Estados Unidos, e/ou eram docentes na Escola Nacional de Saúde Pública, ou tinham trabalhado no Instituto Nacional de Saúde⁹⁸³. Ou seja, existia uma base de apoio constituída essencialmente por uma elite de médicos de saúde pública, intencionalmente formada, nomeadamente em termos de organização dos serviços não hospitalares, nas ideias e exemplos veiculados quer pela Fundação Rockefeller, quer pelas organizações internacionais de saúde, como a OMS. Aliás a influência destas organizações e das suas antecessoras, como o Office International d' Hygiene Publique, ou a League of Nations Health Organisation (LNHO), na configuração de modelos organizacionais para os cuidados de saúde primários na Europa, está amplamente documentada em vários estudos.⁹⁸⁴ Assinale-se também que o “*Relatório das Carreiras Médicas*”, iniciado em 1958, mas publicado pela Ordem dos Médicos em 1961, já propunha alterações na formação e condições de trabalho dos médicos e a reforma dos serviços de saúde, numa perspetiva integradora e de organização nacional.⁹⁸⁵

A ideia dos centros de saúde foi retomada em 1967, no Projeto do III Plano de Fomento que previa a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência, sob orientação do ministro Neto de Carvalho, considerando o centro de saúde como “*elemento base para proteção e fomento da saúde das comunidades rurais*”⁹⁸⁶, ou seja, como a associação de todos os serviços de

⁹⁸² FERREIRA, Gonçalves - Perspectivas e tendências em Saúde Pública. Separata de: O Médico. Porto 468 (1960). CAYOLLA DA MOTA, Luiz - Perspectivas e tendências em Saúde pública. Separata de: O Médico. Porto 494 (1961).

⁹⁸³ COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.

⁹⁸⁴ RODRIGUEZ-OCAÑA, Esteban – **Salud pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX**. Granada: Universidad de Granada, 2005; BOROWY, Iris – Crisis as opportunity: International health work during the economic depression. *Dynamis*. 28 (2008) 29-53; THEODOROU, V.; KARAKATSANI, D. - Health policy in interwar Greece. *Dynamis*. 28 (2008) 53-75.

⁹⁸⁵ GUERRA, J. P. Miller; TOMÉ, F. - A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência. *Análise Social*. 2:7-8 (1964) 623-651. Sobre este assunto Rui Pinto da Costa publica em 2007 o artigo: A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo. *História*. Porto. III:8 (2007) 355-381.

⁹⁸⁶ Projecto do III Plano de Fomento – O sistema de médico do dispensário será substituído pelo de médico assistente. *Diário de Lisboa*. (24 de Dezembro de 1967), p.12 e p.20.

saúde pública, atuando de modo convergente com o objetivo de promover a saúde das populações rurais. O Plano previa a criação de uma rede de centros de saúde localizados nas sedes dos concelhos mas houve necessidade de esperar mais quatro anos, e uma nova equipa ministerial, para que fosse implementado. Previa-se também que os médicos dos dispensários e dos Serviços de Previdência (Serviços Médico Sociais (SMS) e outros), fossem substituídos por médicos clínicos gerais, com o estatuto de médico assistente. Este teria a seu cargo um determinado número de beneficiários a quem asseguraria a assistência tanto nos postos como no domicílio. Era o projeto embrionário de uma carreira de clínica geral.⁹⁸⁷

Entretanto, em 1968, Gonçalves Ferreira foi convidado por Baltazar Rebelo de Sousa, na altura nomeado Governador-geral de Moçambique, para assumir na mesma colónia o cargo de Secretário Provincial de Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência, cargo que desempenhava enquanto durou a governação de Baltazar Rebelo de Sousa. Quando, em 1970, o governador voltou a Portugal para ocupar, cumulativamente, as pastas dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, convidou novamente o seu colaborador. De 1970 a 1973 Gonçalves Ferreira foi Secretário de Estado da Saúde e Assistência⁹⁸⁸, passando a colocar em prática as suas ideias sobre a organização dos serviços de saúde. Contou com o apoio político do então ministro e formou um grupo de trabalho que rapidamente fez a inventariação dos recursos de saúde existentes no país, quer em termos de organizações (tipo, instalações, e localização), quer de recursos humanos (distribuição por grupo profissional, tipos de formação, e distribuição regional).⁹⁸⁹ Em 1970, o ministro anunciava a criação de centros de saúde modelo em Guimarães, Vizela, Taipas e Pevidem.⁹⁹⁰ A nova política de saúde que então emergia, pretendia, tal como acentuou num discurso de 1971 o então secretário de estado, *“serviços de saúde que visam a cobertura sanitária da população em geral, a fim de assegurar-lhe os benefícios da aplicação dos meios preventivos e de fomento da saúde, a prestação necessária de cuidados médicos e a integração dos indivíduos portadores de deficiência...”*⁹⁹¹

⁹⁸⁷ *Diário de Lisboa*. 24 de Dezembro de 1967, p.12 e p.20.

⁹⁸⁸ REBELO DE SOUSA, Baltazar - Gonçalves Ferreira - o homem, o cientista, o político. In COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995. p. 69-75.

⁹⁸⁹ *Idem*.

⁹⁹⁰ ASSEMBLEIA NACIONAL - Diário de 30 de Abril de 1970: Sessão de 29 de Abril de 1970. *Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. p.938-939.

⁹⁹¹ FERREIRA, Gonçalves - Discurso em 19 de Janeiro de 1971, em Lisboa, na cerimónia de inauguração de dois postos clínicos da Caixa de Previdência e Abono de Família e dos Serviços Médico-sociais do Distrito de Lisboa. In *Boletim de Documentação da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família*. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971).

Ao invés de uma política em que o Estado assumia um papel supletivo, visão tantas vezes sublinhada pelos anteriores protagonistas das políticas de saúde em Portugal, Gonçalves Ferreira preconizava a responsabilização total do Estado⁹⁹². De salientar que o conjunto de condições que tinham permitido criar o Estado Social na maior parte das democracias do norte e centro da Europa estavam quase reunidas em Portugal no final da década de 1960.⁹⁹³

De facto o crescimento económico e a abertura política do regime de Marcelo Caetano deram oportunidade para que alguns atores sociais, até aí pouco considerados e sem oportunidade de influenciar o poder político, ganhassem um novo espaço de influência. A abertura às ideias de democratização e de redistribuição social permitiram que nascesse o embrião do Serviço Nacional de Saúde.⁹⁹⁴ Neste contexto o apoio político proporcionado pelo então ministro da tutela, foi determinante para que a legislação se tornasse uma realidade e fosse possível a sua implementação no terreno. Politicamente Baltazar Rebelo de Sousa assumia que desejava *“uma sociedade portuguesa aberta a todos, na plena igualdade dos seus filhos perante a lei, serviços, deveres e benefícios; uma sociedade portuguesa na busca de um desenvolvimento integrado, em que a uma visão bipolar dos problemas sociais se substitue uma justiça social cada vez mais efectiva; uma sociedade em que essa justiça signifique amplo reajustamento na repartição de rendimentos, de forma a promover a níveis apreciáveis de vida os indivíduos e sectores mais vulneráveis.”*⁹⁹⁵

Embora o lema de Marcelo Caetano, explícito no seu discurso de tomada de posse fosse de *“renovação na continuidade”*⁹⁹⁶, Baltazar Rebelo de Sousa quebrou, em termos concretos, a continuidade, embora publicamente sempre apoiasse a política do referido governo. Estava consciente de que era difícil coadunar os pontos de vista diversos em relação à política a seguir, pois o seu próprio partido, designado como Ação Nacional Popular, se dividia *“entre os que acentuavam o pendor para o “continuismo” e os que colocavam o acento tónico no carácter evolutivo do processo iniciado em 1968.”*⁹⁹⁷ O ministro da saúde defendia que a evolução da sociedade portuguesa exigia novos modelos políticos. Pretendia Rebelo de Sousa, que dentro dos “marcelistas” era um dos

⁹⁹² FERREIRA, Gonçalves - Discurso em 19 de Janeiro de 1971, em Lisboa, na cerimónia de inauguração de dois postos clínicos da Caixa de Previdência e Abono de Família e dos Serviços Médico-sociais do Distrito de Lisboa. In Boletim de Documentação da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971).

⁹⁹³ ESPING-ANDERSEN, G. - Orçamentos e democracia: o Estado-Providência em Espanha e Portugal, 1960-1986. Análise Social. XXVIII:122 (1993) 589-606.

⁹⁹⁴ ESPING-ANDERSEN, G. - Orçamentos e democracia: o Estado-Providência em Espanha e Portugal, 1960-1986. Análise Social. XXVIII:122 (1993) 589-606.

⁹⁹⁵ SOUSA, Baltazar Rebelo de - **Estado Social: doutrinação, acção política, participação**. In CONGRESSO DA ACÇÃO NACIONAL POPULAR, Tomar, 1973 - Comunicação apresentada à 1ª secção do Congresso da Acção Nacional Popular. Tomar, 1973.

⁹⁹⁶ CAETANO, Marcelo - Discurso de tomada de posse. In **Pelo futuro de Portugal: colectânea de discursos proferidos entre 1968-1969**. Lisboa: Verbo, 1969.

⁹⁹⁷ Idem, p. 6.

*reformistas mais ousados*⁹⁹⁸, renovação tanto na participação política como na justiça social, no desenvolvimento económico, no assegurar de direitos e liberdades fundamentais, nas políticas de saúde e de segurança social e até na organização do próprio Estado, argumentando que cabiam na “*fórmula consagrada de Marcelo Caetano diferentes e ricas manifestações de uma ampla reforma da sociedade portuguesa*”.⁹⁹⁹

Manifestando-se contra o neoliberalismo, que considerava inimigo da salvaguarda dos direitos sociais, mas também contra o marxismo e todos os modelos políticos “radicais”, o ministro defendia o primado da pessoa, a salvaguarda dos seus direitos e o estado social. Este assentaria num contrato social que salvaguardasse os direitos individuais e a existência comunitária, em que o Estado assegurasse a todos, através de clara intervenção económica e social, o acesso à saúde, à educação, à segurança social. Advogava que o Estado deveria tomar a seu cargo atividades de interesse coletivo, como as atrás mencionadas, e intervir na coordenação de toda a vida económica e social, com vista a garantir a equitativa repartição de recursos, a promoção social da pessoa e o estímulo e enquadramento da iniciativa privada.¹⁰⁰⁰

Assim à continuidade preconizada por Marcelo Caetano¹⁰⁰¹, Baltazar Rebelo de Sousa contrapôs ruturas. Estas foram claramente assumidas nas políticas que implementou na área da saúde e segurança social, que iam contra o Estado corporativo e supletivo, previsto na Constituição de 1933, que continuava em vigor. Só esta determinação do ministro tornou possível a criação de uma rede pública de cuidados de saúde, que correspondeu não só à idealização de Gonçalves Ferreira, mas à sua vontade de concretizar uma política social que considerava adequada.

Na linha do que é defendido pelos institucionalistas históricos a reforma de 1971 é já um exemplo claro de como o apoio político, a determinação e influência dos atores, e toda a situação social e institucional se conjugaram e tornaram possíveis decisões políticas que conduziram à transformação dos CSP.¹⁰⁰² Efetivamente, a legislação de 1971 traduzia uma rutura clara, e não apenas mais um momento crítico de reforma, com as políticas para as CSP, de natureza supletiva,

⁹⁹⁸ ROSAS, Fernando – O Marcelismo ou a falência da política de transição no Estado Novo. In BRITO, J.M. Brandão de (coord.) - **Do Marcelismo ao fim do Império**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

⁹⁹⁹ SOUSA, Baltazar Rebelo de - **Estado Social: doutrinação, acção política, participação**. In CONGRESSO DA ACÇÃO NACIONAL POPULAR, Tomar, 1973 - Comunicação apresentada à 1ª secção do Congresso da Acção Nacional Popular. Tomar, 1973.

¹⁰⁰⁰ Idem, p. 25.

¹⁰⁰¹ A este propósito consultar ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.

¹⁰⁰² BÉLAND, Daniel - Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. In Social Policy and Administration. 39:1 (February 2005) 1-18.

ideologicamente corporativista e de espírito caritativo que até aí tinham sido construídas pelo regime, apesar de se basear em anteriores experiências de centros de saúde que, ao contrário do que tinha acontecido noutros países europeus, não se tinham conseguido consolidar. O Decreto-lei 413/71 propôs a reconversão orgânica dos serviços de saúde para que estes pudessem assegurar a toda a população um “*nível aceitável*” de cuidados e lançou, pela primeira vez no nosso país, as bases para a criação de um sistema de saúde de carácter nacional em que os cuidados de saúde não hospitalares foram encarados como tendo um papel primordial na melhoria da saúde das populações.¹⁰⁰³ O referido decreto mencionava como objetivo da política de saúde: “*o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações*” e visava o “*estabelecimento de um sistema nacional de saúde e a integração da política de assistência no contexto mais vasto da política social...*”¹⁰⁰⁴

Trata-se pois de um acontecimento marcante num sistema de saúde pulverizado até aí em múltiplas instituições desarticuladas e, na maior parte das vezes, subfinanciadas. O Estado assumia a necessidade de integração e dava os primeiros passos para a criação de um serviço nacional de saúde. Estava legalmente reconhecido que o Estado tinha o propósito de assegurar o bem-estar das populações, propósito previamente concretizado através de um sistema de saúde de âmbito nacional, assente numa rede de centros de saúde concelhios. Isto constituiu uma revolução, não só na forma como alterou a organização da prestação de cuidados de saúde na comunidade, como no desenvolvimento de uma consciência de cidadania também assegurada pelos cuidados de saúde enquanto direito formalmente assumido em letra de lei. Aliás, a legislação era clara quanto a isso: “*A política de saúde e assistência social visa garantir o direito à saúde, considerado como direito de personalidade, bem como cooperar na segurança promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais e valer aos seus estados de carência*”¹⁰⁰⁵

A ideia de constituição de uma rede nacional de centros de saúde granjeou o apoio da população e de vários deputados, como se pode depreender do apoio manifestado por alguns deles na Assembleia Nacional.¹⁰⁰⁶ Os responsáveis por alguns serviços públicos de saúde eram também adeptos dos centros de saúde, como Aureliano da Fonseca, diretor do Dispensário e Higiene Social do Porto que definia centro de saúde como: “*o ponto onde convergem todas as acções que tenham por*

¹⁰⁰³ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

¹⁰⁰⁴ DECRETO-LEI N.º 413/71. “Diário do Governo. I Série”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

¹⁰⁰⁵ Art.º 2 do DECRETO-LEI N.º 413/71. “Diário do Governo. I Série”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

¹⁰⁰⁶ Exemplo disso é a intervenção do deputado Castro Salazar em Abril de 1970 sobre a criação de centros de saúde no concelho de Guimarães, “*não podemos deixar de manifestar aqui a nossa gratidão aos Srs. Ministro e Secretário de Estado da Saúde e Assistência, pela oportunidade das medidas preconizadas e rapidez das que já foram tomadas*”. In SALAZAR, Castro - Intervenção na Assembleia Nacional, Abril de 1970. Diário das Sessões da Assembleia Nacional.

*finalidade velar pela saúde da população; ser o lugar onde a mesma população irá buscar forças e meios para manter ou obter a saúde; ser o local onde se encontram, interliga e definem as diversas missões promotoras da saúde e onde, obviamente, as diferentes ações serão intensas e ativas”.*¹⁰⁰⁷

Dos princípios estabelecidos na reforma dos serviços de saúde de 1971 faziam parte, além do desenvolvimento dos conhecimentos técnicos e científicos, a investigação sobre os resultados obtidos com a execução das alterações organizacionais previstas, o planeamento e programação das medidas a implementar em cada local - planeamento central e execução descentralizada, a integração de todas as atividades de saúde a nível local e regional, a unidade de esforços nas equipas de conceção e execução das medidas previstas, o reconhecimento do direito de todos à saúde, a pluridisciplinaridade, ou seja considerava-se *imperativo recorrer a múltiplas formações disciplinares específicas no âmbito da saúde, tanto ao nível da conceção (investigação) e da organização (planeamento) da política de saúde como no da sua execução*¹⁰⁰⁸.

Em síntese, os centros de saúde foram criados para serem, assumidamente, a unidade em que assentava o sistema de cuidados primários em Portugal¹⁰⁰⁹, sete anos antes da declaração de Alma-Ata. Procurava estabelecer-se o sentido de unidade na prestação de cuidados em regime ambulatorio, e garantir que o Estado velava para que fossem cumpridos os requisitos mínimos de interligação e complementaridade entre as várias instituições, visto que se incluíam nos problemas detetados a duplicação de serviços em alguns locais e/ou a sua inexistência noutros¹⁰¹⁰. Determinava-se que o diretor do centro de saúde, o delegado de saúde local, desempenhasse também a orientação técnica de todas as atividades públicas e privadas que existissem.

Dos objetivos da legislação de 1971 podemos destacar o desenvolvimento das atividades de saúde pública e promoção da saúde, a integração dos serviços públicos de saúde comunitária e a coordenação das atividades dos privados. Eram também apresentados como propósitos o desenvolvimento da formação e aperfeiçoamento técnico dos profissionais de saúde, a organização dos quadros de pessoal do Ministério da Saúde e a criação de carreiras para os profissionais de

¹⁰⁰⁷ FONSECA, Aureliano da – Esboço de Planificação de um centro de saúde. In Separata de: O médico. LVI:990 (1970), p.1.

¹⁰⁰⁸ BARBOSA, Pedro Morais - Política de Saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. 1 (1972) 37- 46; FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990; DECRETO-LEI Nº 413/71. “Diário do Governo. Série I”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

¹⁰⁰⁹ Intervenção em reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973 por COELHO, Aloísio et al - Cuidados primários ou de base e a orgânica da cobertura médico-sanitária do país. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 45-55.

¹⁰¹⁰ BARBOSA, Pedro Morais - Política de Saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. 1 (1972) 37- 46; FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990;

saúde. As metas que objetivavam a coordenação dos serviços e o papel central dos CSP no sistema de saúde português eram apresentadas em linhas gerais. Delas faziam parte a integração da política de saúde no âmbito da política social nacional, o assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados de saúde, o trabalho conjunto com os sectores social e hospitalar e o investimento prioritário nos CSP como forma de rapidamente melhorar a situação de saúde dos portugueses.¹⁰¹¹

Todas estas reformas pretendiam evitar “*gastos desnecessários, duplicação de esforços e conseguir o rendimento máximo dos meios disponíveis*”, de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde das pessoas e famílias, atendendo à “*dignidade da pessoa humana*” e “*à família como instituição básica do desenvolvimento integral do homem*”.¹⁰¹² A nova legislação instituiu também um Gabinete de Estudos e Planeamento, com o propósito de colher e analisar dados que permitissem planejar programas e estruturas de saúde a propor à tutela, permitindo-lhe tomar decisões fundamentadas. Atribuiu ainda ao Instituto Superior de Saúde Dr. Ricardo Jorge novas funções relacionadas com a investigação, o controle de medicamentos e a recolha e divulgação de toda a informação científica, assim como as funções de laboratório nacional de saúde pública.

A estrutura de administração e gestão dos serviços de saúde foi descentralizada em *regiões* (cada uma abrangia um conjunto de distritos, preconizando-se a existência de uma inspeção coordenadora constituída por representantes das três direções gerais: assistência, hospitais e de saúde); *distritos* (com conselhos distritais de coordenação, onde tinham assento representantes dos centros de saúde, dos serviços hospitalares e dos serviços médico-sociais e outros, coordenados pela autoridade sanitária), e *concelhos*, cuja comissão coordenadora era chefiada pela autoridade sanitária local integrando um representante do município e um representante das várias instituições concelhias.

A coordenação das atividades dos vários serviços de CSP e hospitalares era feita através de *unidades de saúde* a quem cabia orientar todas as organizações de saúde públicas e privadas da área do centro de saúde e que seriam dirigidas pela autoridade sanitária.¹⁰¹³ Este processo foi designado por Arnaldo Sampaio como “*planeamento central e descentralização na execução*”.¹⁰¹⁴

¹⁰¹¹ DECRETO-LEI Nº 413/71. “Diário do Governo. Série I”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

¹⁰¹² *Idem*.

¹⁰¹³ *Ibidem*.

¹⁰¹⁴ SAMPAIO, Arnaldo - **Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-1945 e suas consequências**. IV CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA, Lisboa, 1980. In Participação do INSA no IV Congresso Nacional de Medicina. Separata dos: Arquivos do Instituto Nacional de saúde. Lisboa. V (1981) 75-84. p.79

Tratava-se de pensar a política de saúde para os CSP de forma global exercendo, o que a partir da década de 1990 se designa como uma verdadeira “governança”¹⁰¹⁵, no sentido de ter uma política de saúde nacional, que envolvia os vários atores, integrando-os no que a OMS designa como *modelo colaborativo*. Este enquadra um modelo de gestão do qual faz parte o Estado, e uma multiplicidade de atores com interesses nas questões das políticas de saúde.¹⁰¹⁶ Era efetivamente uma grande mudança num regime em que o Estado centralizava todas as decisões e o total controlo das instituições.

A orientação de integração dos serviços, no sentido de rentabilizar os recursos existentes, assegurando um espectro alargado de cuidados no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários pelos serviços públicos, revelou-se uma inovação. Era uma preocupação, também a coordenação de entidades públicas e privadas sob a alçada de um único organismo que fosse capaz de evitar as duplicações ou a não cobertura assistencial.¹⁰¹⁷ Uma outra originalidade foi o protagonismo assumido pela DGS, que assim atuaria no sentido de rentabilizar e orientar tecnicamente os diversos serviços públicos e privados. Os CSP ganharam um relevo que até aí nunca tinham tido.

Na direta dependência da Direção Geral de Saúde, os centros de saúde dividiam-se em *concelhios* (os que não se localizavam no concelhos sedes de distrito) e *distritais*, que abrangiam a área do concelho sede de distrito. Os primeiros dependiam administrativamente e financeiramente dos centros de saúde distritais, que tinham autonomia técnica, enquanto a autonomia administrativa em termos financeiros abrangia apenas as despesas com material, pagamento de serviços e alguns encargos. Estava também previsto que os centros de saúde se poderiam subdividir em postos de saúde ao nível da freguesia ou grupo de freguesias, se assim se justificasse, tendo os distritais autonomia para celebrar acordos com entidades públicas ou privadas de forma a assegurar os necessários cuidados de saúde.¹⁰¹⁸

A legislação de 1971 integrou nos centros de saúde os médicos municipais as delegações e subdelegações de saúde e os dispensários de Higiene Social. O Instituto Superior de Saúde Dr. Ricardo Jorge passou a designar-se Instituto Nacional de Saúde, sendo alargado o seu âmbito de

¹⁰¹⁵ LE GALÉS, Patrick – *Gouvernance*. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010.

¹⁰¹⁶ OMS-BUREAU RÉGIONAL DE L' EUROPE – *Cadre Politique et stratégie Santé 2020*. Copenhague: OMS-BUREAU RÉGIONAL DE L' EUROPE, 2012.

¹⁰¹⁷ FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

¹⁰¹⁸ DECRETO-LEI Nº 413/71. “Diário do Governo. Série I”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

intervenção. Extinguiu as comissões regionais de assistência, os Institutos de Assistência à Família, de Assistência aos Menores e de Assistência aos Inválidos, integrando-os no novo Instituto da Família e Ação Social. Os serviços do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT), o Instituto de Assistência aos Leprosos e o Instituto de Assistência Psiquiátrica passaram a depender da Direção Geral de Saúde, enquanto o Instituto Maternal viu absorvidas as suas funções pelos centros de saúde e pela Direção de Serviços de Saúde Materno-infantil da Direção Geral de Saúde (DGS).¹⁰¹⁹

Para executar a tarefa de implementar os centros de saúde a nível nacional Gonçalves Ferreira contou com a ajuda de um punhado de médicos e de enfermeiras animados de espírito de missão. Os futuros diretores dos centros de saúde foram pessoalmente convidados e tiveram uma preparação prévia de curta duração, na então Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical.¹⁰²⁰ Na altura era diretor geral de saúde Cristiano Nina, que foi posteriormente substituído por Arnaldo Sampaio, ambos acérrimos defensores dos centros de saúde. Arnaldo Sampaio foi o principal responsável pela implementação dos centros de saúde no terreno.¹⁰²¹ Baltasar Rebelo de Sousa, Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, juntaram o pensamento político e a determinação, a capacidade organizativa e de concretização, tornando possível o desenho embrionário de um serviço nacional de saúde em Portugal ainda no tempo de ditadura.¹⁰²² Num processo que contudo, não esteve isento de dificuldades.

A CRIAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1970 – VOLUNTARISMO EM AMBIENTE ADVERSO

A Comissão Instaladora dos Centros de Saúde, constituída por José Lopes Dias, Melo Caeiro e Leonel Barreira¹⁰²³ instituída logo em 1970 na Direção Geral de Saúde, foi responsável

¹⁰¹⁹ DECRETO-LEI Nº 413/71. “Diário do Governo. Série I”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

¹⁰²⁰ Foi assim criado e difundido um esquema cognitivo comum, no sentido atribuído por Pierson, considerado ser necessário tempo e investimento na formação destes entendimentos comuns sobre as reformas institucionais, para que estas resultem. PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

¹⁰²¹ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

¹⁰²² SOUSA, Baltasar Rebelo de - Gonçalves Ferreira: o homem, o cientista, o político. In COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.

FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990; Reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973, intervenção de SAMPAIO, Arnaldo - Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974).

¹⁰²³ PORTARIA de 22 de Julho de 1970. “Diário do Governo. II Série”. (1970-08-12).

pela concretização do plano de Gonçalves Ferreira, inscrito na legislação de 1971. Pouco depois da experiência piloto de Guimarães já existiam vários centros de saúde espalhados pelo país.¹⁰²⁴ Apesar da nova política de saúde contar com apoio, os centros de saúde enfrentaram graves dificuldades. Em 1973, numa reunião internacional sobre Institutos Nacionais de Saúde, realizada no Instituto Nacional de Saúde em Novembro, Arnaldo Sampaio afirma que: *“Os serviços nacionais têm sido e continuam a ser competitivos, não complementares...a estrutura moderna de serviços, baseada nos centros de saúde, constitui uma ideia nova, e as ideias novas levam tempo a pôr em marcha porque têm que ir contra rotinas estabelecidas. Os responsáveis pelo funcionamento dos Centros de Saúde deveriam ter varinhas mágicas, mas as Misericórdias não as passaram. Os Centros de Saúde têm tido grandes dificuldades porque embora haja a lei que os criou ninguém quer abdicar das rotinas do passado.”*¹⁰²⁵

Como se depreende da ironia que perpassa na observação de Arnaldo Sampaio a propósito das “varinhas mágicas” das Misericórdias, nem sempre as relações entre os serviços públicos de saúde e estas instituições foram pacíficas durante a mudança. Por outro lado, a dependência do percurso anterior dos serviços de saúde influenciava e dificultava a reforma empreendida. As dificuldades prendiam-se com a resistência à integração dos diferentes serviços nos Centros de Saúde, com a falta de instalações físicas, com a escassez de profissionais de saúde e com a necessidade de iniciar uma prática clínica inovadora e global¹⁰²⁶. Pretendia-se que o centro de saúde integrasse cuidados de promoção de saúde, preventivos, curativos e de âmbito social, assim como de saúde do ambiente, com preocupações especiais com os indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade. Tudo isto, em articulação com o sector privado e com os hospitais. Era também uma preocupação que, onde existissem condições se criassem centros de saúde com internamento desenvolvendo sinergias com as Misericórdias.¹⁰²⁷

Este novo paradigma de intervenção de serviços e de cuidados de saúde exigia maior disponibilidade dos profissionais. A mudança estava condicionada pela realidade das práticas profissionais no terreno. Enquanto alguns profissionais de saúde reconheciam ser necessário alterar a organização dos serviços de molde a rentabilizar os escassos recursos, melhorar a qualidade dos

¹⁰²⁴ FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

¹⁰²⁵ Reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973, intervenção de SAMPAIO, Arnaldo - Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 125.

¹⁰²⁶ Reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973 por COELHO, Aloísio et al - Cuidados primários ou de base e a orgânica da cobertura médico-sanitária do país. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 45-55.

¹⁰²⁷ NINA, Cristiano - Problemas de Saúde Pública: sobre Centros de Saúde. Separata de: O médico Porto. LVIII:1019 (Fevereiro de 1971) 825-833.

cuidados e evitar a duplicação e pulverização de instituições, outros não queriam prescindir dos seus espaços de poder próprio, e dos rendimentos que usufruíam pela prestação de cuidados em várias instituições.¹⁰²⁸ A resistência à mudança prendia-se assim não só com a própria resiliência institucional, originada pela dependência do anterior percurso, mas também com uma orientação da ação de alguns profissionais motivada por interesses individuais e pelas diferentes percepções sobre a bondade das alterações previstas.

Entretanto o anúncio público sobre a criação de centros de saúde por todo o país levantou reações de vários quadrantes. As Misericórdias consideravam-no um perigo para a sua autonomia, tal como as organizações corporativas, como as Casas do Povo, Pescadores e Federação das Caixas. O médico Cristiano Nina, um dos entusiastas da legislação de 1971, queixava-se de que: *“nem os apelos do Governo, nem o bom senso e isenção dos bem-intencionados, conseguiram até agora despertar uma lúcida convergência de opiniões que facilitem uma rápida e imperiosa unificação. Por arreigada tradição se duvida que possam ser assistidos nas mesmas instalações os doentes das caixas, das casas dos pescadores ou do povo, do IANT, do IM, do IAP e de todos os outros...”*¹⁰²⁹

A mudança em curso previa que os pequenos hospitais concelhios das Misericórdias, até aí denominados de sub-regionais, ficassem sob a alçada dos centros de saúde, o que só veio a acontecer após 1974.¹⁰³⁰ Por tudo aquilo que significava as Misericórdias mostravam-se contra essa integração, sobrepunham-se à vontade de reforma os seus interesses organizacionais e o percurso histórico.

De facto a ideia de instalar os serviços dos novos centros de saúde nos hospitais concelhios das Misericórdias era assumida pelos serviços do Ministério da Saúde, como é claro na intervenção do deputado Cancellia de Abreu em 1972: *“verifiquei, com muito agrado, que o Centro de Saúde da Mealhada, depois de acordo já estabelecido com o respetiva Santa Casa, passará a funcionar no rés-do-chão do edifício do novo hospital. Desejo assinalar a judiciosa orientação, em geral preconizada, de se instalarem os centros de saúde nos hospitais sub-regionais. É esta, certamente, uma das maneiras mais consequentes e lógicas de se aproveitarem as esplêndidas instalações da grande maioria dos novos hospitais deste tipo, cujo rédito, do ponto de vista médico - sanitário, tem, por razões diversas, deixado bastante a desejar”*.¹⁰³¹

Muitas Misericórdias não tinham nem dinheiro nem condições técnicas que lhes permitissem aproveitar devidamente os seus espaços físicos. Assim foram renitentes à criação dos

¹⁰²⁸ Idem.

¹⁰²⁹ NINA, Cristiano - Problemas de Saúde Pública: sobre Centros de Saúde. Separata de: O médico Porto. LVIII:1019 (Fevereiro de 1971) 825-833. p.11.

¹⁰³⁰ Idem.

¹⁰³¹ ABREU, Cancellia - Sessão de 21 de Março de 1972. Diário das Sessões da Assembleia Nacional. (22 de Março de 1972) 3429.

centros de saúde. Foi o caso de Sesimbra, onde: “o Provedor da Santa Casa da Misericórdia não queria o Centro de Saúde, queria dominar tudo, ele tinha as chaves do Centro de Saúde. Isso foi uma guerra comigo, ele só cedeu aquilo com a condição de ter direito a entrar lá, se tivesse a chave. O que era absolutamente incrível, não é? Ele tinha as chaves do Centro de Saúde!”¹⁰³²

Apesar de tudo o processo conseguiu alcançar sucesso graças, essencialmente, ao empenho dos dirigentes locais e dos profissionais de saúde.

Os serviços de cuidados de saúde não hospitalares apresentavam, em 1971, uma considerável dispersão por vários tipos de instituições, sendo grande o fosso entre a dimensão quantitativa de serviços não públicos e públicos de saúde.

Quadro 9: Serviços de cuidados de saúde sem internamento em 1971.

Entidades a que pertencem	Estabelecimentos de saúde sem internamento					
	Total	Postos médicos	De higiene e profilaxia			
			Dispensários e postos materno-infantis	Dispensários antituberculosos	Dispensários e postos antivenéreos	Estações e postos antissezonáticos
Entidades a que pertencem						
Estado	500	223	145	95	20	17
Corpos e autoridades administrativas	98	59	37	--	2	--
Organismos corporativos	886	856	30	--	--	--
Organismos de previdência	1.038	1.038	--	--	--	--
Misericórdias	95	46	41	8	--	--
Particulares	233	156	76	1	--	--
Total nacional (Continente e Ilhas Adjacentes)	2.850	2.378	329	104	22	17

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1971¹⁰³³

Também a integração de outros organismos na Direção Geral da Saúde se fez lentamente, como foi o caso do IANT, que só ocorreu em 1975, passando a designar-se Serviço de Luta Antituberculosa (SLAT)¹⁰³⁴. Isto determinou o encerramento de vários dispensários antituberculosos e a integração progressiva dos antigos serviços como programa nos centros de saúde, com a

¹⁰³² Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues.

¹⁰³³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Estatísticas da Saúde, Continente e Ilhas Adjacentes, 1971, pág. 11

¹⁰³⁴ DECRETO-LEI Nº 260/75. “Diário do Governo. I Série”. 121 (1975-05-26) 729-730.

denominação de “Programa Nacional de Controlo da Tuberculose em Portugal”, embora continuando a existir um coordenador distrital do SLAT.¹⁰³⁵

Entretanto, em 1973, prosseguiram as inaugurações de Casas do Povo, tal como referimos em anterior capítulo. De certa maneira, a postura das organizações corporativas em termos de abertura de novos serviços de saúde após a legislação de 1971 deixava transparecer uma atitude concorrencial com os serviços públicos, que não se coadunava com o espírito integrador que a legislação preconizava.

Tomando em consideração estes dados, entendemos que os dirigentes dos organismos corporativos/previdência se esforçaram, num momento crítico de reforma institucional, para assegurar a continuidade das “suas” instituições. Como afirma Pierson, existem consequências imprevistas nos processos de mudança institucional e entre elas as relacionadas com a rigidez das próprias instituições e até com os diversos processos cognitivos de interpretação da mudança¹⁰³⁶. A situação da ação¹⁰³⁷, ou seja, o próprio ambiente político e social, acabava por trazer estímulos antagónicos para os atores envolvidos.

Lembremos que à época a discussão sobre a bondade de algumas reformas empreendidas nem sempre tinha o apoio político esperado¹⁰³⁸. E constituirá um dos maiores problemas quando se deu a efetiva integração de serviços de CSP, o que só veio a concretizar em 1983. Registe-se que em 1972 dos 6803 médicos que exerciam clínica não hospitalar 5735 exerciam funções nos postos dos SMS. Aos 1076 profissionais de enfermagem dos serviços públicos de saúde contrapunham-se 2693 dos SMS. No mesmo ano, os serviços de saúde estatais dispunham de 247 dispensários e centros de saúde, enquanto os SMS contavam com 1533 postos.¹⁰³⁹

A desproporção entre centros de saúde e SMS era muito significativa, existindo uma desigualdade clara de poder e influência entre a fortíssima organização corporativa, baseada em seguros obrigatórios, e com um grande número de beneficiários e de profissionais de saúde, e o ainda incipiente serviço público de saúde com limitações orçamentais e com escassos recursos

¹⁰³⁵ DESPACHO MINISTERIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS: REGULAMENTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM PORTUGAL. “Diário da República. II Série”. 266 (1977-11-17).

¹⁰³⁶ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004; MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L’ institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) 95-123.

¹⁰³⁷ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L’ institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) 95-123.

¹⁰³⁸ AMARAL, Diogo Freitas do – **O antigo regime e a revolução: memórias políticas (1941-1975)**. Venda Nova: Bertrand/Nomen, 1995.

¹⁰³⁹ Intervenção na reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973 por CRUZ, Domingos Braga da - Sistemas nacionais e cobertura geral da população. In *Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde*. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. Lisboa. III (1974) 23-26.

humanos, que não tornava fácil a concretização das atividades que estavam previstas para os centros de saúde:

Quadro 10: Programas e atividades de apoio dos Centros de Saúde.

VALÊNCIAS E ACTIVIDADES DE APOIO	CENTRO DE SAÚDE CONCELHIO	CENTRO DE SAÚDE DISTRITAL
Higiene do meio ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho	X	X
Higiene materno-infantil, pré-escolar e escolar	X	X
Profilaxia das doenças evitáveis e centros de vacinação	X	X
Saúde mental	X	X
Enfermagem de saúde pública com visitação domiciliária polivalente	X	X
Cuidados médicos elementares incluindo os cuidados domiciliários	X	X
Educação sanitária	X	X
Serviço social	X	X
Registos estatísticos	X	X
Profilaxia da cárie dentária, da cegueira, da surdez e do cancro		X
Laboratório distrital de saúde pública		X

Fonte: DECRETO-LEI 413/71. ¹⁰⁴⁰

Como vemos os centros de saúde distritais tinham funções que aí estavam centralizadas, facto justificado pela necessidade de utilização de equipamentos e técnicos especializados nessas atividades. Apesar do legalmente previsto, as atividades iniciais dos centros de saúde limitavam-se, aos programas de saúde materna e infantil, cuidados médicos de base¹⁰⁴¹, vacinação, às funções da autoridade sanitária (pelas quais eram responsáveis os delegados e sub-delegados de saúde) e à visitação domiciliária de enfermagem.¹⁰⁴² Os cuidados curativos estavam essencialmente a cargo das Caixas de Previdência.

Não obstante a proliferação de legislação e recomendações oficiais a verdade é que existiam algumas consequências imprevistas no processo de institucionalização dos centros de

¹⁰⁴⁰ DECRETO-LEI Nº 413/71. "Diário do Governo. Série I". 228 (1971-09-27) 1406-1434.

¹⁰⁴¹ Os cuidados médicos de base eram cuidados médicos e de enfermagem a pessoas que faziam parte de grupos de risco, nomeadamente diabéticos e hipertensos, incluíam também a vigilância de saúde de pessoas que trabalhavam em estabelecimentos de restauração ou na venda de produtos alimentares. A estas últimas era exigido o cartão de sanidade, onde estava registado a vigilância anual e as vacinas realizadas.

¹⁰⁴² Intervenção na reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973 por COELHO, Aloísio et al - Cuidados primários ou de base e a orgânica da cobertura médico-sanitária do país. In *Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde*. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 45-55.

saúde. Como vimos a questão de terem ficado claramente divididos os tipos de prestação de cuidados, preventivos e de promoção de saúde nos centros de saúde, e curativos nos SMS, praticamente sem interpenetração ao invés de uma prática integrada de cuidados, acabou por ser consequência de um processo de resistência associado ao percurso anterior das próprias instituições.

A experiência da criação dos primeiros centros de saúde foi-nos relatada por alguns dos profissionais de saúde que entrevistámos. Ernesto Tocantins Rodrigues foi convidado para diretor do Centro de Saúde de Sesimbra e fez, na então Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical, em Lisboa, o curso destinado a delegados de saúde, que já incluía a preparação para a direção dos centros de saúde.¹⁰⁴³ Existiu a intenção clara de que os gestores dos futuros centros de saúde partilhassem os mesmos esquemas cognitivos através de uma aprendizagem partilhada que permitisse estratégias de atuação coerentes e que assegurassem o êxito do projeto.

Os primeiros centros de saúde foram instalados conforme as possibilidades locais, tentando não condicionar a sua criação à existência de instalações ideais. Sobre esta questão um dos nossos entrevistados refere que *“Para nós virmos para cá, o Delegado de Saúde Distrital, que era o Dr. Sendas, fez um acordo com o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra para nos ceder aquelas duas primeiras salas da escada...”*¹⁰⁴⁴. Este é um dos exemplos da maioria das instalações dos centros de saúde nos primeiros tempos. Tratava-se de, considerando o ambiente político e a oposição de alguns sectores, conseguir levar por diante o mais rapidamente possível uma política de saúde que assentava num modelo ideológico bastante diferente.

Com todas estas limitações, mas animados pela mudança por participarem *“na criação dos Centros de Saúde que era uma coisa nova, portanto realmente, revolucionária em relação à saúde, na altura”*¹⁰⁴⁵, os profissionais dos centros de saúde iniciaram o seu trabalho. *“Fizeram-se umas obras ali e nós começamos a funcionar, havia uma consulta de Higiene Infantil, de Higiene Materna e havia consulta de cuidados médicos de base, chamava-se a isso Cuidados Médicos de Base, que eram onde se viam as pessoas que tinham diabetes, que tinham patologias endémicas...Eu fazia tudo...e o Dr. Campos fazia também a mesma coisa. Éramos só os dois a trabalhar. Fazíamos Saúde Materna, Saúde Infantil e depois a consulta de cuidados médicos de base e, depois, quando comecei a ser delegado de saúde, fazia tudo aquilo que era o trabalho de um delegado de saúde. E havia duas enfermeiras, eram só duas, faziam também a vacinação, a saúde escolar...”*

As atividades desenvolviam-se conforme as maiores necessidades, e segundo os recursos humanos disponíveis, registando-se em mapas estatísticos próprios, que eram mensalmente

¹⁰⁴³ Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues.

¹⁰⁴⁴ Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues.

¹⁰⁴⁵ Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues.

enviados para a Comissão Instaladora dos Centros de Saúde, na Direção Geral de Saúde.¹⁰⁴⁶ Importava que os primeiros Centros de Saúde apresentassem resultados e a partir deles divulgar e tornar possível a expansão nacional do modelo.

A opção pelas atividades de saúde materna e infantil estava claramente relacionada com as elevadas taxas de mortalidade infantil e materna e com o facto de os centros de saúde terem integrado os serviços do Instituto Maternal. No espaço de escassos anos estes indicadores desceram de forma acentuada.

Quadro 11: Taxas de mortalidade materna e infantil entre 1960 e 1975 (‰)

Indicadores de saúde	1960	1965	1970	1975
Taxa de mortalidade materna	115,5	84,6	73,4	42,9
Taxa de mortalidade infantil	77,5	64,9	55,5	38,9

Fonte: PORDATA.¹⁰⁴⁷

No entanto, existiam outras adversidades, algumas originadas pelos próprios profissionais de saúde que, por motivos de ordem pessoal ou ideológica, discordavam da forma como foram criados os centros de saúde. Um dos casos é narrado por Maria Eduarda Cabral Tinoco, uma das nossas entrevistadas: *“eu tive a pouca sorte que o delegado de saúde na altura, de quem eu depois fiquei a depender, que era o Dr. X, tinha uma relação muito conflituosa com o Professor Arnaldo Sampaio. Ele queria os centros de saúde, mas era muito complicado, muito complicado... diziam-lhe assim “Olhe, arranje o edifício para instalarmos o Centro de Saúde”, por exemplo. Continuávamos com a Delegação de Saúde e com o antigo Dispensário Materno-Infantil. Para se juntar tudo...nunca conseguiu...ele ia ver um edifício, “é bom mas depois tem estes problemas, tem estes, tem estes”...resultado, eram mais os problemas, eram mais os contras do que os prós. E então lá em baixo (na DGS) quando se falava na zona, vinha sempre “à baila” o Dr. X, e eu às vezes tinha que dizer ao Dr. Arnaldo Sampaio “Senhor Professor não é bem assim, olhe que o homem...”, tentar defender também o que estava cá... enquanto em Viana do Castelo as colegas de lá tiveram o Dr. Pinho da Silva que, a nível da Direção Geral de Saúde, era o “Menino Jesus” e tinham uma relação muito boa. Porque esse senhor era um homem para a frente e era da Saúde Pública...a porta estava sempre aberta...”¹⁰⁴⁸*

Mesmo dentro dos fundadores e dirigentes dos primeiros centros de saúde existiam divergências, embora geralmente ultrapassadas pela dinâmica imposta por Arnaldo Sampaio, que

¹⁰⁴⁶ DOSSIER DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE A DGS E O DIRECTOR DO CENTRO DE SAÚDE DE SESIMBRA. Arquivo da ARSLVT. (1972-1976).

¹⁰⁴⁷ PORDATA. Disponível Internet: <http://www.pordata.pt/>.

¹⁰⁴⁸ Entrevista a Maria Eduarda Cabral Tinoco.

se empenhou pessoalmente numa causa que considerava uma oportunidade única para o sistema de saúde português.¹⁰⁴⁹ O investimento feito pelos profissionais estava também dependente da sua formação e da crença nas virtualidades do modelo organizacional dos CSP, ou seja na existência de esquemas cognitivos comuns que permitissem coerência entre o previsto na legislação e o que acontecia no terreno.

Apesar de todos os obstáculos, em Agosto de 1973 estavam em funcionamento cento e vinte e dois centros de saúde no país: cento e oito centros de saúde concelhios e catorze centros de saúde distritais.¹⁰⁵⁰ Segundo Arnaldo Sampaio a lei que criou os centros de saúde “encontrou as maiores dificuldades na sua concretização, não só porque iniciava novos caminhos, mas porque faltou a vontade política de o executar e de promulgar legislação já preparada, que facilitasse a integração preconizada”.¹⁰⁵¹ Essa legislação, que por falta de vontade política não foi publicada, previa a integração dos SMS nos centros de saúde, mas o poder de uma instituição profundamente enraizada no modelo assistencial corporativista, a influência política dos seus dirigentes e o fraco apoio político do regime aos centros de saúde, impediram que isso acontecesse.¹⁰⁵²

Consideramos que a situação da ação vivenciada pelos reformistas não lhes permitia efetivamente avançar com a reforma prevista em todo o seu âmbito. De facto, a Primavera Marcelista estava a dar lugar a um *Outono e Inverno*, na expressão de Freitas do Amaral,¹⁰⁵³ no sentido em que Marcelo Caetano acabou por se isolar, não conseguindo avançar para medidas de maior abertura política. Lutando com os efeitos de uma guerra colonial indesejada, com a demissão dos deputados da Ala Liberal da Assembleia Nacional e com o avanço da influência dos ultraconservadores, Marcelo Caetano não permitiu um avanço claro de reformas propostas por alguns dos seus ministros. O processo de democratização do país, em que tantos setores sociais e políticos tinham depositado esperança ficava adiado.¹⁰⁵⁴

¹⁰⁴⁹ SAMPAIO, Arnaldo - **Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-1945 e suas consequências**. IV CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA, Lisboa, 1980. In Participação do INSA no IV Congresso Nacional de Medicina. Separata dos: *Arquivos do Instituto Nacional de saúde*. Lisboa. V (1981) 75-84.

¹⁰⁵⁰ Reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973 por COELHO, Aloísio et al - Cuidados primários ou de base e a orgânica da cobertura médico-sanitária do país. In *Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde*. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. Lisboa. III (1974) 45-55.

¹⁰⁵¹ SAMPAIO, Arnaldo - **Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-1945 e suas consequências**. IV CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA, Lisboa, 1980. In Participação do INSA no IV Congresso Nacional de Medicina. Separata dos: *Arquivos do Instituto Nacional de saúde*. Lisboa. V (1981) 75-84. p. 81.

¹⁰⁵² FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990. e Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁵³ AMARAL, Diogo Freitas do – **O antigo regime e a revolução: memórias políticas (1941-1975)**. Venda Nova: Bertrand/Nomen, 1995.

¹⁰⁵⁴ Idem.

Entre a noção de Estado Social perfilhada por Marcelo Caetano e a de Baltazar Rebelo de Sousa existia um grande contraste. Lembremos que em discurso de 1970 o então Primeiro-Ministro tentava conciliar a ideologia corporativista com Estado Social afirmando que: “*O corporativismo continua a ser válido como organização e como doutrina. Não me cansarei de repeti-lo. O Estado dos nossos dias tem que constituir um Estado social em cuja estrutura encontrem o seu lugar as organizações de trabalhadores e de empresários. Estamos dispostos a caminhar para diante sempre dentro dos quadros da organização corporativa.*”¹⁰⁵⁵

O pensamento do chefe de Estado sobre as questões de proteção social seguia um caminho de continuidade, que não punha em causa o poder dos fortes interesses corporativos na área da saúde, nomeadamente dos SMS, a maior organização corporativa em Portugal, logo seguida pelas Casas dos Pescadores.¹⁰⁵⁶ As dificuldades de implementação do novo modelo organizacional dos CSP começavam, efetivamente, nas diferentes conceções ideológicas sobre o papel do Estado na área da saúde, entre as principais figuras políticas de que dependia o êxito/continuidade da reforma. Quando em 25 de Abril de 1974 o regime ditatorial do Estado Novo caiu, permaneceu a ideia da rede nacional de centros de saúde, graças aos esforços de Arnaldo Sampaio, na altura diretor geral de saúde, e ao empenho de muitos dos profissionais de saúde que antes da revolução já estavam envolvidos no processo.¹⁰⁵⁷

1.2. O PÓS-25 DE ABRIL

Depois da *Revolução dos Cravos*, iniciou-se um período conturbado com a descolonização, a vinda de retornados das ex-colónias, as lutas políticas, as nacionalizações e a procura de hegemonia por parte do Partido Comunista. As tensões sociais acumuladas durante o longo tempo de silêncio, de conformismo e não participação cívica, tornaram quase inevitável o clima de instabilidade e de conflito social e político, acentuado pela radicalização de algumas posições.¹⁰⁵⁸ A instabilidade e a sucessão de governos provisórios fizeram temer uma repetição das dificuldades e do fracasso da I República. No entanto as eleições de 1976 e o apoio internacional

¹⁰⁵⁵ CAETANO, Marcello - **O Estado dos nossos dias tem de constituir um Estado Social: discurso proferido no Palácio de S. Bento ao receber os agradecimentos dos dirigentes corporativos em 15 de Junho de 1970.** Secretaria de Estado de Informação e Turismo, 1970. p.4.

¹⁰⁵⁶ FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

¹⁰⁵⁷ FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

¹⁰⁵⁸ BRITO, J.M. Brandão de (coord.) - **Do Marcelismo ao fim do Império.** Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

consolidaram a democracia e a III República.¹⁰⁵⁹ Impõe-se, no entanto, recordar que a revolução surgiu em plena crise económica internacional resultante do abrandamento da economia mundial de 1973.¹⁰⁶⁰ Embora Costa, Lains e Miranda reconheçam que as tendências inflacionistas vinham já desde a década de 1960.

O otimismo pós-revolução foi assim substituído pelas preocupações constantes com o défice comercial, que se acentuou entre 1976 e 1982. As dificuldades enfrentadas pelos governos na gestão económica e financeira do país marcaram as políticas de saúde. O ambiente de crescimento económico que, noutros países da Europa tinha envolvido o início dos primeiros serviços nacionais de saúde, assim como a expansão dos serviços de saúde públicos de proximidade não aconteceu em Portugal.

Entre as alterações registadas contam-se a crise económica, o recente questionamento do próprio Estado – Providência e as alterações demográficas.¹⁰⁶¹

O Ministério da Saúde deixou de existir e foi criado, logo em 1974, o Ministério dos Assuntos Sociais que passou a integrar duas Secretarias de Estado, a da Saúde e a da Segurança Social.¹⁰⁶²

Surgiu a vontade explícita de se constituir um Serviço Nacional de Saúde (SNS), cujos primeiros passos tinham sido dados com a legislação de 1971. Logo em Maio de 1974 o governo provisório previa o “lançamento das bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde” a que tivessem acesso todos os cidadãos.¹⁰⁶³ No mesmo ano foi publicada legislação que transferiu os Serviços Médico Sociais das Caixas de Previdência para a alçada da Secretaria de Estado da Saúde a partir de 1 de Janeiro de 1975.¹⁰⁶⁴ Entretanto os centros de saúde, ainda não cobriam todo o país e defrontavam-se com especiais dificuldades de implementação nos meios urbanos. Só a dedicação e empenho do então diretor geral de saúde, Arnaldo Sampaio (e de um grupo de seus seguidores), entusiasta da política de saúde iniciada por Gonçalves Ferreira, permitiu a continuidade

¹⁰⁵⁹ AMARAL, Diogo Freitas do – **O antigo regime e a revolução: memórias políticas (1941-1975)**. Venda Nova: Bertrand/Nomen, 1995.

¹⁰⁶⁰ De facto, Costa, Lains e Miranda, referem que a subida abrupta dos preços do petróleo em 1973 ditou o fim do período de crescimento económico mundial pós-segunda guerra in COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011.

¹⁰⁶¹ PAQUY, Lucie – **European social protection systems in perspective**. Blansko, Czech Republic: Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN, 2004.

¹⁰⁶² DECRETO-LEI Nº 203/74. “Diário da República. Série I”. 113 (1974-05-15) 623-627.

¹⁰⁶³ Idem.

¹⁰⁶⁴ DECRETO-LEI Nº 589/74. “Diário do Governo. I Série”. 258 (1974-11-06) 1337-1338.

da expansão e a concretização de experiências piloto como a do Centro de Saúde Sofia Abecassis, em Lisboa.¹⁰⁶⁵

Uma das preocupações centrais continuava a ser aglutinar os diferentes serviços.¹⁰⁶⁶ Mas tal não aconteceu porque à vontade dos legisladores se contrapunha o poder de uma instituição alicerçada nas concepções de assistência do Estado Novo que, como já referimos, nem a vaga política marcelista conseguiu alterar.

Os hospitais concelhios das Misericórdias ficaram incluídos nos serviços públicos de saúde desde Fevereiro de 1975.¹⁰⁶⁷ No mês anterior tinha-se criado o Serviço Médico à Periferia.¹⁰⁶⁸ A rede de centros de saúde continuou a sua expansão e no terreno surgiram experiências inovadoras. A Constituição de 1976 reconheceu o direito à saúde, aprofundando o já reconhecido na legislação de 1971. O art.º 64.º da Constituição da República Portuguesa tornou claro que se pretendia criar um Serviço Nacional de Saúde universal, generalizado e gratuito. Dois anos mais tarde, António Arnaut, ministro dos Assuntos Sociais, generalizou os benefícios dos Serviços Médico Sociais a todos os cidadãos que não tinham qualquer seguro ou assistência na doença¹⁰⁶⁹.

Entretanto em 1978, acontecia a Conferência de Alma-Ata, onde se definiram os princípios e conceitos que deveriam orientar um sistema de saúde assente no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. O Diretor Geral da OMS, o médico Halfdan Mahler, acreditava que era possível planejar/organizar um sistema que *“satisfazendo as necessidades essenciais de saúde da população, proporcione ampla cobertura e seja razoavelmente barato”*.¹⁰⁷⁰ Foram enunciados como princípios dos CSP, o envolvimento da comunidade, como principal interveniente nas atividades de planeamento e controle dos CSP; a saúde como parte integrante do desenvolvimento de cada país; a equidade no acesso, a reorientação dos recursos existentes no sentido do desenvolvimento e qualidade dos CSP, os CSP como contributo para a justiça em saúde.¹⁰⁷¹ Os CSP surgiam também como um desafio à hegemonia das instituições hospitalares, procurando tornar mais acessíveis e humanizados os cuidados de saúde.

¹⁰⁶⁵ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁶⁶ DECRETO-LEI Nº 488/75. “Diário do Governo. I Série”. 204 (1975-09-04) 1305-1306.

¹⁰⁶⁷ DECRETO-LEI Nº 618/75. “Diário do Governo. I Série”. 261 (1975-11-11) 1788-1788 e DECRETO-LEI Nº 704/74 “Diário do Governo. I Série. Suplemento”. 285 (1974-12-07) 1534-(5)-1534-(6).

¹⁰⁶⁸ DESPACHO DE 19 DE MARÇO DE 1975. “Diário do Governo. Série II.” (1975-03-19).

¹⁰⁶⁹ DESPACHO Ministerial do Ministério dos Assuntos Sociais. “Diário da República. Série II”. 173 (1978-07-29).

¹⁰⁷⁰ MAHLER, Halfdan – Justiça em saúde. A saúde do Mundo-Revista da Organização Mundial de Saúde. Geneve: OMS, Maio de 1978 (versão em português), p.3.

¹⁰⁷¹ OMS - Declaração de Alma-Ata. In GEPS. Portugal: Ministério da Saúde e Assistência. 2-3 (1978).

Portugal foi um dos países da OMS que assinou a Declaração de Alma-Ata comprometendo-se a incluir como prioridade na sua política de saúde os cuidados de saúde primários, se tal efetivamente aconteceu em termos legislativos.¹⁰⁷²Sobre todos estes acontecimentos nos iremos debruçar nas páginas seguintes.

A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE SOFIA ABECASSIS

Apesar das dificuldades, Arnaldo Sampaio persistiu em criar a rede de centros de saúde, com maior e comprovado êxito, auxiliado também por condições políticas mais favoráveis. Apesar de tudo as dificuldades persistiam. Arnaldo Sampaio queria desenvolver uma experiência piloto de centro de saúde urbano que resultasse nas grandes cidades e nada melhor que fazê-lo em Lisboa. Tal como José Alberto Faria tinha pedido a João Maia de Loureiro, médico de saúde pública doutorado no Estado Unidos, para assumir a experiência piloto do Centro de Saúde de Lisboa nos idos da década de 1930, Arnaldo Sampaio propôs a Constantino Sakellarides, também ele médico de saúde pública doutorado nos Estados Unidos da América, que assumisse a liderança do projeto de um centro de saúde urbano, o Centro de Saúde Sofia Abecassis em Lisboa.

Respeitando a filosofia da legislação dos centros de saúde e as inovações teóricas e a experiência de vida do seu novo diretor, o Centro de Saúde Sofia Abecassis, antes denominado *“Centro de Enfermagem de Assistência à maternidade e à infância”*, contou desde logo com a colaboração de algumas enfermeiras com formação em saúde pública e com a restante equipa escolhida pelo novo diretor, uma das condições por ele manifestadas, na sua resposta ao convite de Arnaldo Sampaio: *“Bem, coloquei duas condições, a primeira era poder escolher a equipa e a segunda era todos os anos existir uma avaliação formal por parte da Direção Geral de Saúde.”*¹⁰⁷³ A experiência iniciou-se em 1976 e foi considerada pelos profissionais de saúde que nela participaram como uma das mais gratificantes de toda a sua vida profissional.¹⁰⁷⁴ Instalado na Travessa de St^a Quitéria, freguesia de St^a Isabel em Lisboa, o Centro integrou posteriormente o Centro de Saúde S. Mamede/St^a Isabel, que faz atualmente parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central. A sua área de intervenção abrangia a freguesia de St^a Isabel e parte da freguesia do St^o Condestável.

¹⁰⁷² GIRALDES, Maria do Rosário – **Equidade e Despesa em Saúde**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997; CARAPINHEIRO, Graça; PAGE, Paula - As determinantes globais do sistema de saúde português. CARAPINHEIRO, Graça; HESPANHA, Pedro – **Risco Social e Incerteza**. Porto: Edições Afrontamento, 2002. p. 81-114.

¹⁰⁷³ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁷⁴ Entrevistas a Constantino Sakellarides, Isabel Azevedo Costa e Fernanda Dias.

As relações entre a equipa e o reconhecimento da competência mútua entre os vários profissionais de saúde eram uma das características distintivas do Centro de Saúde Sofia Abecassis.¹⁰⁷⁵ A experiência piloto contava com o apoio da equipa de saúde mental infantil chefiada por João dos Santos, pedopsiquiatra, que já anteriormente dava apoio no Centro e que se distinguia pela inovação e humanismo na sua prática clínica¹⁰⁷⁶.

Contava também com obstetras, clínicos gerais, enfermeiras com formação em saúde pública e pediatras. Além da boa relação pessoal existia também a preocupação contínua com a qualidade e a inovação nas práticas clínicas. Fernanda Dias e Isabel Azevedo, enfermeiras, referem a importância da reunião semanal, que junta enfermeiros e médicos com o diretor para discutirem os casos clínicos, facto que nunca tinha feito parte das suas práticas profissionais.¹⁰⁷⁷ Constantino Sakellarides referencia um outro aspeto positivo: a ligação à Escola Nacional de Saúde Pública, onde era também professor, *“isso também me ajudava, porque, de outra forma, tinha uma visão académica sobre aquilo que estava a fazer e era essa a intenção. A combinação era ótima, tinha uma parte prática e tinha um complemento académico.”*¹⁰⁷⁸

A ligação à ENSP e às escolas de Enfermagem, através dos estagiários e dos trabalhos académicos aí desenvolvidos, foi uma realidade que permitiu aos profissionais um contato contínuo com o meio académico facilitando uma permanente atualização, uma mais-valia para o seu desenvolvimento profissional. A atenção dada pelo responsável ao desenvolvimento dos profissionais tornou-se um outro aspeto positivo da experiência.

Os programas do Centro de Saúde incluíam a saúde materna, a saúde infantil, os cuidados médicos de base, a experiência das primeiras consultas de planeamento familiar, a saúde escolar, a saúde mental infantil, o apoio na área da saúde mental às grávidas, a educação para a saúde, a visita domiciliária, a preparação para o parto feita por enfermeiras, a divisão do trabalho das enfermeiras por área geográfica e o seu trabalho com as instituições comunitárias de educação e de solidariedade social.¹⁰⁷⁹

¹⁰⁷⁵ *“não só tínhamos uma boa equipa, mas tínhamos pessoas que eram excecionais. Um dos exemplos, a equipa do João dos Santos. Trabalhar com ele era magnífico”* In Entrevistas a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁷⁶ BRANCO, Maria Eugénia Carvalho e – **João dos Santos: Saúde Mental e Educação**. Lisboa: Coisas de Ler, 2010.

¹⁰⁷⁷ Entrevistas a Isabel Azevedo Costa e a Fernanda Dias.

¹⁰⁷⁸ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁷⁹ Entrevista a Fernanda Dias, Entrevista a Isabel Azevedo Costa, Entrevista a Constantino Sakellarides. SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

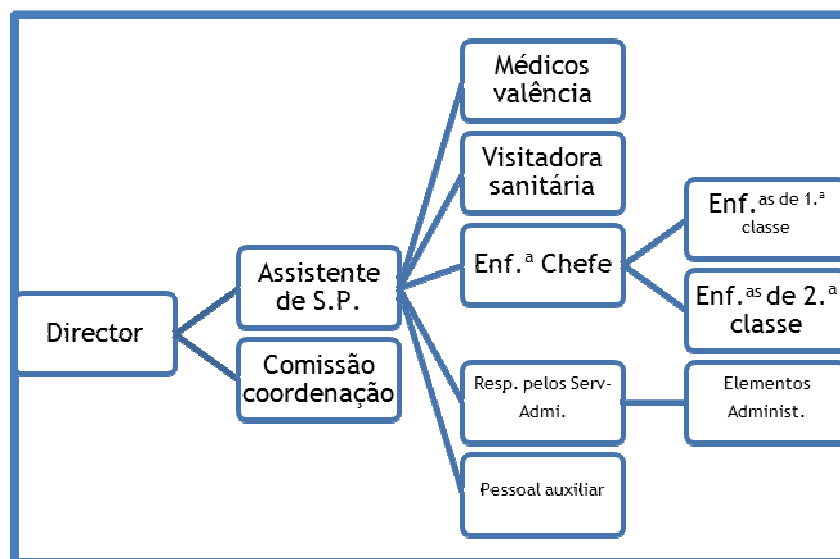


Figura 28: Organograma do C.S. Sofia Abecassis, em 1983.

Fonte: ALMEIDA, Ana; PESTANA, Maria¹⁰⁸⁰.

O funcionamento do Centro de Saúde assentava em princípios gerais que contemplavam a preocupação em trabalhar com as famílias, especialmente as mais vulneráveis, apostando no desenvolvimento das suas competências em termos de cuidados de saúde; no trabalho intersectorial e multidisciplinar numa visão integradora e global da saúde das pessoas e das famílias. Pressupunha também o entendimento de que a melhoria da situação de saúde das pessoas afetava o desenvolvimento global e de que a utilização dos recursos baseada no conhecimento e estudo das necessidades específicas era essencial. Considerava-se que a gestão descentralizada e racionalização dos cuidados de saúde eram fatores facilitadores de um bom funcionamento da instituição. A uniformidade dos cuidados para todos foi substituída por uma “estratégia de risco”, estando os recursos mais concentrados nos grupos populacionais mais vulneráveis.

O centro de saúde surgia como local de atividades curativas, de promoção da saúde e prevenção da doença, era considerado como *a unidade de cuidados primários*, que refletia na sua estrutura, recursos e funcionamento, o melhor que encerrava o conceito de cuidados de saúde

¹⁰⁸⁰ ALMEIDA, Ana; PESTANA, Maria – Proposta de organização dos cuidados de enfermagem prestados à população utente do Centro de Saúde Sofia Abecassis. Lisboa: Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa. Março de 1983. Trabalho realizado no estágio de Administração do Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas.

primários: “*uma estratégia global e adaptativa de encarar as necessidades de saúde das comunidades humanas.*”¹⁰⁸¹

A organização que privilegiava a coordenação e articulação entre as atividades de atendimento individualizado e a intervenção comunitária, levava à prática de cuidados de saúde integrados, concretizando no terreno, em pequena escala, o que se almejava para o futuro, a integração dos SMS nos centros de saúde.¹⁰⁸²

Nas unidades de atendimento individualizado trabalhavam médicos e enfermeiras e as unidades de atuação comunitária integravam enfermeiras que tinham o apoio de um médico de saúde pública. O órgão de gestão tinha como funções o diagnóstico de saúde da comunidade, planeamento, gestão e avaliação das atividades. Dele faziam parte o médico de saúde pública, o médico chefe de clínica, a enfermeira coordenadora e o representante de outros profissionais do centro de saúde. Este órgão tinha particular empenho no funcionamento do sistema de informação, que permitia o registo das atividades dos profissionais de saúde, a continuidade e articulação dos cuidados e a utilização dos dados estatísticos na avaliação do trabalho realizado.¹⁰⁸³

A gestão do centro de saúde era realizada com base na participação dos diferentes atores, dialogando e consensualizando decisões, assegurando a comunicação através de um sistema organizado e fiável, avaliando e priorizando intervenções conforme as necessidades, envolvendo também na vida e trabalho do centro de saúde atores externos. Tratava-se, na linha do trabalho desenvolvido por Arnaldo Sampaio, de uma governação em saúde, se bem que a nível micro, que prefigura uma verdadeira governança no sentido que lhe é atribuído pelos teóricos no final do século XX e início do século XXI.¹⁰⁸⁴

A experiência contava com o apoio sem reservas de Arnaldo Sampaio e José Lopes Dias, na Direção Geral de Saúde, como comenta Constantino Sakellarides, “*tínhamos uma excelente relação com a Direção Geral de Saúde*”, assente na confiança depositada na pessoa de Constantino Sakellarides, esta permitiu-lhe ir algumas vezes contra as orientações, conceções e

¹⁰⁸¹ SAKELLARIDES, Constantino et al - **O serviço de cuidados primários de saúde (centro de saúde): Princípios gerais e reflexões sobre uma experiência.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1979.

¹⁰⁸² Com base nessa filosofia de integração de cuidados “*o centro de saúde organizou-se com unidades de atendimento individualizado, unidades de atuação comunitária, um órgão de administração de saúde e uma unidade de apoio administrativo*”, Idem, p.19.

¹⁰⁸³ SAKELLARIDES, Constantino et al - **O serviço de cuidados primários de saúde (centro de saúde): Princípios gerais e reflexões sobre uma experiência.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1979. p.37.

¹⁰⁸⁴ DEFARGES, Philippe Moreau – **La gouvernance.** Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

expectativas do seu superior hierárquico mais direto, como ele próprio reconhece, *“tive alguns confrontos com o meu chefe distrital”*.¹⁰⁸⁵

A primeira experiência de integração de cuidados entre o Centro de Saúde e os Postos das Caixas de Previdência aconteceu aqui com o posto/extensão do Centro de Saúde criado no Bairro do Casal Ventoso, um dos bairros de lata mais problemáticos de Lisboa na altura. No local onde veio a funcionar essa extensão tinha estado instalado um posto do Instituto Maternal, mas os profissionais de saúde não tinham resistido às condições sociais adversas e à falta de pessoal, como relata a enfermeira Isabel Azevedo Costa¹⁰⁸⁶. Sobre o processo de constituição do projeto no Casal Ventoso relata Constantino Sakellarides: *“o primeiro posto conjunto entre a Direção Geral de Saúde e a Caixa foi ali, nós fizemos um acordo com eles para fazer um posto conjunto no Casal Ventoso. Ali montámos um posto materno-infantil, com planeamento familiar. A Caixa fez obras e davam medicamentos e o resto, e nós dávamos o pessoal. O acordo era esse. E tínhamos um programa para os pátios e um programa para as escolas.”*¹⁰⁸⁷

Foi assim iniciado o trabalho num serviço que conjugava contributos do Centro de Saúde Sofia Abecassis e do Posto 6 dos SMS, futuro Centro de Saúde do Santo Condestável em Campo de Ourique. As instalações eram exíguas e foram cedidas pelo Centro Social do Casal Ventoso, com obras feitas pelos SMS. O espaço era composto por *“uma sala de consulta única, usada para o planeamento familiar e para a saúde infantil, uma salinha de triagem das crianças, uma salinha de pós-consulta, funcionava como um circuito uma sala de espera e uma secretária no meio daquilo tudo e uma casa de banho nas traseiras, na rua.”*¹⁰⁸⁸ Ali trabalharam em regime de tempo parcial três médicos, dois pediatras, um obstetra e a tempo completo uma administrativa e quatro enfermeiros. Da experiência vivida as enfermeiras entrevistadas lembram a preocupação constante com o envolvimento da população no projeto, *“nós estávamos a trabalhar com a população. Não para, mas com a população.”*¹⁰⁸⁹

A experiência da aplicação prática da ideia de cuidados de saúde primários, o envolvimento e entusiasmo com que era vivida, numa altura em que o país fervilhava de ideias novas e de combates ideológicos, marcaram a vida profissional destes pioneiros e a sua perspetiva sobre o que deveria ser a organização e funcionamento dos CSP no nosso país¹⁰⁹⁰.

Isso mesmo é verbalizado por Constantino Sakellarides: *“tornámo-nos uns furiosos promotores dos cuidados de saúde primários Foi o meu destino e isso começou naquela experiência. Aquilo eram cuidados de*

¹⁰⁸⁵ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁸⁶ *“tinham saído porque não tinham aguentado, aquilo não corria bem, era difícil colocar lá pessoas e acabou, mas havia as instalações e nós fomos para lá”* In Entrevista a Isabel Azevedo Costa.

¹⁰⁸⁷ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁸⁸ Entrevista a Fernanda Dias.

¹⁰⁸⁹ Idem.

¹⁰⁹⁰ Entrevista a Fernanda Dias, a Constantino Sakellarides e a Isabel Azevedo Costa.

saúde primários no seu estado puro”¹⁰⁹¹. Acreditavam os profissionais que participavam nesta experiência que a partir dela, e de outras similares se definiria uma política de saúde nacional que respondesse às necessidades da população.¹⁰⁹² Como veremos a realidade é algo diferente.

A EXPANSÃO DA REDE DE CENTROS DE SAÚDE

Do programa do primeiro governo provisório, pós-revolução de 25 de Abril de 1974, fazia parte as bases para a criação de um serviço nacional de saúde¹⁰⁹³. Nesse contexto foi feito pela Secretaria de Estado da Saúde um levantamento da situação sanitária do país e das organizações de saúde existentes. O relatório resultante deste estudo constatava a dispersão dos serviços de saúde por vários ministérios e organismos, as elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, as más condições de saneamento das áreas urbanas e o escasso número de profissionais de saúde, assim como as desigualdades em termos de acesso e indicadores de saúde entre as regiões do interior e as zonas mais desenvolvidas do litoral¹⁰⁹⁴.

Quanto aos CSP a Secretaria de Estado da Saúde considerava que tinham sido descurados e que se tinham canalizado “os limitados recursos para os meios mais espetaculares de combate à doença”¹⁰⁹⁵, leia-se, hospitais. Reconhecia-se o importante papel que desempenhavam os centros de saúde mas lamentava-se a lentidão com que estavam a ser implementados e de estarem a funcionar com graves limitações. Na verdade, o documento acabava por fazer eco de preocupações que vinham desde os anos trinta e quarenta, como já vimos nos anteriores capítulos, que se tinham avolumado, apesar dos esforços feitos em 1971. Todas essas razões eram invocadas para defender a existência de um Serviço Nacional de Saúde e lançar um inquérito de âmbito nacional sobre os requisitos em que se deveria basear.

Entretanto continuava o esforço da equipa da Direção Geral de Saúde na expansão dos centros de saúde. Em Outubro de 1974 eram 152, os centros de saúde no país.¹⁰⁹⁶ Em 1975 foram criadas as ADSS (Administrações Distritais dos Serviços de Saúde), com os objetivos de fazer a

¹⁰⁹¹ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹⁰⁹² SAKELLARIDES, Constantino et al - **O serviço de cuidados primários de saúde (centro de saúde): Princípios gerais e reflexões sobre uma experiência**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1979.

¹⁰⁹³ DECRETO-LEI Nº 203/74. “Diário da República. Série I”. 113 (1974-05-15) 623-627. artº 5.

¹⁰⁹⁴ DECRETO-LEI Nº 203/74. “Diário da República. Série I”. 113 (1974-05-15) 623-627. artº 5.

¹⁰⁹⁵ Idem.

¹⁰⁹⁶ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - **Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de saúde**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1974.

integração dos diferentes serviços, gerir todos os serviços públicos de saúde do distrito e assegurar uma prestação de cuidados de saúde integrada.¹⁰⁹⁷ Ficaram sob sua tutela os hospitais distritais e concelhios, os centros de saúde e os SMS. De âmbito distrital estas ADSS gozavam de autonomia jurídico-administrativa e o seu conselho de administração integrava representantes dos municípios, dos utentes, do governo civil, de cada um dos serviços de saúde do distrito, além dos representantes da Secretaria de Estado da Saúde e da Direção Geral de Construções Hospitalares. Cabia-lhes estabelecer articulação com os serviços de saúde locais de forma a existir uma coordenação funcional, para que todas as instituições públicas ao nível distrital trabalhassem de forma articulada e com um órgão de “gestão” comum.¹⁰⁹⁸

As ADSS trabalharam a problemática da integração dos diversos serviços de CSP tentando conseguir o que até aí não tinha sido alcançado. Um esforço simultâneo era o trabalho também com a DGS na expansão dos centros de saúde. A missão não se afigurou fácil, devido à multiplicidade de interesse e visões díspares que tinham os vários elementos que constituíam o seu conselho de administração, e à escassez de meios para levar o trabalho a bom porto. No distrito de Setúbal, por exemplo, um dos problemas que se colocava em 1979 era o das más condições dos centros de saúde, instalados em locais tão díspares como em Casas do Povo, hospitais concelhios das Santas Casa da Misericórdia, Casas do Pescadores, lares de 3ª idade, instalações da Segurança Social. Alguns deles nem dispunham de instalações sanitárias.¹⁰⁹⁹

Assim a ADSS de Setúbal propunha a construção de 34 instalações no distrito para funcionamento dos centros de saúde mais problemáticos. No entanto, na vila da Quinta do Conde, em 2002, os serviços do Centro de Saúde ainda funcionavam nas exíguas instalações de um pré-fabricado. Diante da impossibilidade de terem dotação orçamental para a construção de novos edifícios as ADSS continuaram a fazer adaptações. Exemplos disso foi a instalação do Centro de Saúde da Costa da Caparica no rés-do-chão da antiga Casa dos Pescadores ou a transformação do salão de festas da Casa dos Pescadores do Montijo em consultório médico.¹¹⁰⁰

Mas os maiores problemas estavam relacionados com os poderes das várias instituições, as práticas profissionais e os hábitos de trabalho instalados. A mesma ADSS colocava na lista das suas prioridades para o triénio 1979-1981 *“chamar às suas funções reais técnicos que estão desviadas delas,*

¹⁰⁹⁷ DECRETO-LEI nº 488/75. “Diário da República. Série I”. 204 (1975-09-04) 1305-1306.

¹⁰⁹⁸ Idem.

¹⁰⁹⁹ ARQUIVO DA ARSLVT - **Plano de actividades da Administração Distrital dos Serviços de Saúde de Setúbal para o triénio 1979-1981**. Setúbal, 1978.

ADMINISTRAÇÃO DISTRITAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SETÚBAL - **Plano a médio prazo: Triénio 1979-1980** [dactilografado e na sua maior parte manuscrito]. Arquivo da ARSLVT (Junho 1978).

¹¹⁰⁰ Idem, p. 35-37.

como é o caso dos enfermeiros que trabalham nos SMS, fazendo-os frequentar simultaneamente cursos de reciclagem.” Na verdade, a maior parte dos enfermeiros que trabalhava no SMS eram auxiliares de enfermagem, que gastavam a maioria do seu tempo em funções de carácter administrativo.¹¹⁰¹ A preocupação das ADSS com a formação dos profissionais de saúde influenciou, em alguns casos, a construção de escolas de enfermagem distritais.¹¹⁰²

No plano de atividades da Administração Distrital dos Serviços de Saúde (ADSS) de Setúbal para o triénio 1979-1981, um dos domínios prioritários de intervenção era “a fusão efetiva nas localidades com condições para tal, de todos os serviços que neste momento asseguram individualmente os cuidados primários de saúde,”¹¹⁰³ o que demonstra que apesar de terem sido criadas em 1975, enfrentaram graves condicionantes e dificuldades na concretização dos seus objetivos. Os conflitos devidos às diferentes perceções sobre a necessidade de construir uma orientação de ação suportada por processos cognitivos comuns sobre a integração dos serviços, foram significativos. Adriano Campos, que foi enfermeiro superintendente dos serviços médico-sociais, relata a sua experiência: “nós não conseguíamos ter apoios suficientes por parte do ministério, como sabe, as administrações distritais de saúde existiam, mas não tinham poder e sem poder não se faz nada, cada um puxava para o seu lado. Andávamos aqui no meio disto e era muito difícil fazer fosse o que fosse, não se conseguia porque não havia apoio suficiente. Os serviços médico-sociais também não estavam interessados na integração, só aceitavam se fosse ao contrário, eles diziam, “não, os serviços médico-sociais são muito grandes, não vão agora subordinar-se a uma Direção Geral de Saúde, que coisa tão pequenina”, só se fosse ao contrário. Eles tinham uma estrutura administrativa poderosíssima. Eu cheguei a fazer alguns apanhados aqui no serviço distrital tínhamos um terço a menos dos administrativos, médicos e enfermeiros, e menos de um terço do apoio administrativo...”¹¹⁰⁴

A verdade é que embora estivesse atribuída às ADSS a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde e pela aplicação das políticas de saúde não lhes eram dados recursos, autonomia e poder para as conseguirem aplicar. Os atritos e lutas de poder acentuaram-se com a previsão da efetiva integração dos SMS, já preconizada pelo decreto-lei 589 de 6 de Novembro de 1974.¹¹⁰⁵ Apesar de todos os cidadãos passarem a ter direito a recorrer aos SMS, para os cuidados

¹¹⁰¹ Entrevista a Adriano Campos; CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

¹¹⁰² ARQUIVO DA ARSLVT - **Plano de actividades da Administração Distrital dos Serviços de Saúde de Setúbal para o triénio 1979-1981**. Setúbal, 1978.

¹¹⁰³ ARQUIVO DA ARSLVT - **Plano de actividades da Administração Distrital dos Serviços de Saúde de Setúbal para o triénio 1979-1981**. Setúbal, 1978. p.3, f. 3.

¹¹⁰⁴ Entrevista a Adriano Campos.

¹¹⁰⁵ DECRETO-LEI Nº 589/74. “Diário do Governo. I Série”. 258 (1974-11-06) 1337-1338 e SAMPAIO, Arnaldo - **Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-1945 e suas consequências**. IV CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA, Lisboa, 1980. In Participação do INSA no IV Congresso Nacional de Medicina. Separata dos: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. V (1981) 75-84.

que não fossem assegurados pelos CS, a realidade é que a integração não aconteceu. Tal como tinha ocorrido com as Misericórdias, em relação à coordenação dos hospitais concelhios pelos centros de saúde em 1971, os SMS com mais recursos e poder, não estavam dispostos a submeterem-se a uma instituição recente e com escassos recursos, com práticas de prestação de cuidados completamente distintas. A resiliência institucional que Pierson defende ser um dos obstáculos à mudança, acentuando os fenómenos de dependência de percursos anteriores¹¹⁰⁶ foi aqui evidente.

Relembremos que o projeto de reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde, enviado pelo Diretor Geral de Saúde para todos os centros de saúde em Março de 1975, propunha que todos os serviços de CSP existentes em cada concelho fossem integrados no centro de saúde concelhio e por ele coordenados e que a ADSS tivesse amplos poderes para a gestão financeira e de pessoal, instalações, planeamento e avaliação.¹¹⁰⁷

A falta de pensamento político definido com clareza e a falta de dinheiro, aliados aos interesses em redor dos SMS, assim como as diferentes conceções sobre a política para os CSP, tornaram muito espinhosa a missão das ADDS, protelando a integração dos diversos serviços. Em alguns casos, os conflitos foram de tal forma graves que chegaram a ser instaurados processos disciplinares, ou levaram à demissão, por não aguentarem a pressão do confronto e as insuficientes condições de que dispunham para fazer acontecer a mudança.¹¹⁰⁸

Só em 1977 reconhecendo-se que não tinha sido aplicada a legislação de 1974, integraram-se na Secretaria de Estado da Saúde, os SMS. Mas a integração dos CS não estava efetivamente realizada e só aconteceria na década de 1980. A dependência de percurso cimentada pela resistência institucional à mudança tomou este processo lento e difícil.

Entretanto acontecia uma alteração significativa na formação dos médicos que mudou significativamente a forma de organização dos cuidados nos CS e possibilitou o acesso a cuidados de saúde médicos às populações das zonas mais remotas do país: a criação do Serviço Médico à Periferia por Despacho Ministerial do então Secretário de Estado da Saúde, major Dr. Carlos Cruz Oliveira, em 19 de Março de 1975. O despacho determinava que os médicos após conclusão do internato de policlínica deveriam, com carácter de obrigatoriedade, “prestar um ano de serviço em

¹¹⁰⁶ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

¹¹⁰⁷ DIRECTOR GERAL DE SAÚDE – [Carta] [aos] Directores dos Centros de Saúde [Manuscrito]: Dossier de correspondência com o Centro de Saúde de Sesimbra. Acessível no Arquivo da ARSLVT, Portugal.

¹¹⁰⁸ Entrevista a Zita Santos e Eduarda Cabral Tinoco.

*hospitais concelhios*¹¹⁰⁹. Nos centros de saúde, habituados à escassez de recursos humanos, os tempos foram de alguma abundância, com experiências que marcariam os jovens médicos, entusiasmados pela prática da medicina comunitária. Alguns dos que entrevistámos consideram-na: *“Importantíssima, determinante. Foi determinante, porque a ciência e as práticas profissionais fazem-se num determinado contexto. Não é no Hospitais que se transforma a saúde, é cá fora, a trabalhar com as pessoas e com as necessidades delas.”*¹¹¹⁰ (...) *“Era um concelho muito grande com dificuldades de comunicação e nós éramos treze médicos, vivíamos todos na mesma casa, um de nós aliás depois acabou por ficar por Odemira como Presidente de Câmara, e todos nós fazíamos uma distribuição do trabalho médico de manhã e percorríamos todas as freguesias”*¹¹¹¹

A estadia dos médicos fora dos grandes centros urbanos foi uma experiência de envolvimento e participação comunitária que levou alguns a optarem pela carreira de saúde pública ou de clínica geral. Outros juntaram à prática profissional um envolvimento político que os conduziu por outros caminhos¹¹¹². Este projeto, desenvolvido entre 1975 e 1982, alimentou expectativas difíceis de concretizar, e com consequências inicialmente imprevistas para os CSP.¹¹¹³ Esta situação é caracterizada por um dos nossos entrevistados: *“O serviço médico à periferia...quer dizer...Começou com dois ou três médicos, mas depois eram doze ou catorze ou quinze já. Começámos a distribuir os médicos pelo concelho. Foi aí, foi com os serviços médicos à periferia que depois nasceu um serviço de atendimento permanente. Depois o serviço médico à periferia acabou, tivemos que continuar com aquilo. Depois, começou a haver falta de médicos no Centro de Saúde e as pessoas começaram a ir à urgência que era mais depressa e mais fácil.”*¹¹¹⁴

Aposentado em 1978, o Diretor Geral de Saúde, Arnaldo Sampaio foi substituído pelo José Lopes Dias, também apologista dos Centros de Saúde desde o seu início. A realidade política, e a dos profissionais de saúde, tinham entretanto mudado. Mas a Conferência de Alma-Ata em 1978, dava um outro alento aos CSP. A visão humanista dos CSP promovida na conferência, assim como a política de saúde preconizada no documento também publicado pela OMS no ano anterior, *“Saúde para todos no ano 2000”*, criou simpatias e antagonismos. Era um desafio colocado numa fasquia quase inatingível, na expressão de Sakellarides,¹¹¹⁵ perto dos sonhos, no sentido de despertar o possível. Em Portugal os primeiros passos tinham sido dados em 1971 e o investimento

¹¹⁰⁹ DESPACHO DE 19 DE MARÇO DE 1975. *“Diário do Governo. Série II.”* (1975-03-19).

¹¹¹⁰ Entrevista a Fernando Vasco.

¹¹¹¹ Entrevista a Francisco George.

¹¹¹² Entrevista a Fernando Vasco e a Francisco George; BARBOSA, António José Feliciano et al – Relatório do serviço médico à periferia: Grupo Alandroal, Borba e Vila Viçosa. Março 1976; Janeiro 1977.

¹¹¹³ CARAPINHEIRO, Graça; PAGE, Paula - As determinantes globais do sistema de saúde português. CARAPINHEIRO, Graça; HESPANHA, Pedro – **Risco Social e Incerteza**. Porto: Edições Afrontamento, 2002. p. 81-114.

¹¹¹⁴ Entrevista a Ernesto Tocantins.

¹¹¹⁵ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

continuava, embora a ideia de construção de uma rede de CSP que fosse a base de um sistema de saúde organizado encontrasse opositores, que a consideravam mais própria para países pobres.¹¹¹⁶ Apesar das dificuldades os CSP, através dos centros de saúde, concretizavam a possibilidade de acesso aos cuidados de saúde, num país que era efetivamente pobre.¹¹¹⁷

A fundação do Serviço Nacional de Saúde tornou-se uma realidade em 1979, idealizada por António Arnaut e por um grupo de trabalho onde se incluíam Gonçalves Ferreira e Miller Guerra, ex-bastonário da Ordem dos Médicos. Inspirou-se no SNS britânico, contemplando os princípios de Universalidade, Unidade e Uniformidade sendo suportado financeiramente por impostos (modelo bevedigiano). O projeto-lei foi apresentado pelo Partido Socialista na Assembleia da República em Dezembro de 1978.

Segundo o seu fundador, as negociações que levaram à criação e implementação do SNS foram morosas e difíceis¹¹¹⁸. A lei foi votada, na generalidade, em Maio de 1979 e aprovada embora sem unanimidade.¹¹¹⁹ A votação na especialidade contou com os votos contra do Partido Social Democrata (PSD). A Ordem dos Médicos foi um dos grupos que se constituiu como oposição, argumentando que o SNS ia transformar os médicos em funcionários e afastá-los dos doentes, preferindo uma medicina convencionada remunerada ao ato.¹¹²⁰ Apesar de toda a discussão, em 15 de Setembro de 1979 foi publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde, sendo apresentada como missão do SNS *“a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população”*.¹¹²¹ O país mostrava uma notória desigualdade na distribuição dos profissionais médicos e de enfermagem em termos territoriais. Enquanto os distritos de Lisboa, Porto e Coimbra tinham um médico para 260 a 400 habitantes, distritos como os de Vila Real, Bragança, Guarda e a região dos Açores um médico para dois mil ou mais habitantes.¹¹²² A Lei do Serviço Nacional de Saúde pretendia acabar com estas assimetrias, pretensão que não podia deixar de passar pela consolidação e maior expansão dos CSP. Apesar da oposição da OM, a legislação apostava na colocação de médicos nos centros de

¹¹¹⁶ Idem.

¹¹¹⁷ COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011. Importa referir que está amplamente demonstrado que o conceito de CSP se tem aplicado com êxito nos países com mais poder económico com efeitos positivos na redução das desigualdades em saúde. A esse propósito ver da OMS - **Cuidados de Saúde Primários: hoje mais do que nunca**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008.

¹¹¹⁸ ARNAUT, António – **Serviço Nacional de Saúde: 30 Anos de Resistência**. Coimbra: Coimbra Editora, 2009.

¹¹¹⁹ A lei foi aprovada com os votos contra do CDS, com a abstenção do PSD, e de dois deputados independentes, e com os votos favoráveis do Partido Socialista, do PCP, da UDP e de três deputados independentes.

¹¹²⁰ CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983; ARNAUT, António – **Serviço Nacional de Saúde: SNS 30 anos de Resistência**. Coimbra: Coimbra Editora, 2009.

¹¹²¹ LEI Nº 56/79. *“Diário da República. Série I”*. 214 (1979-09-15) 2357-2363.

¹¹²² CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

saúde e no incentivo ao trabalho em regime de exclusividade. A par desta estratégia, a integração dos serviços era sentida como vital para assegurar uma melhor rentabilização dos recursos¹¹²³. A integração do SMS e a criação da carreira de clínica geral iriam marcar de forma indelével as décadas de vida dos CSP.

1.3. ENFERMEIROS EM MUDANÇA

As alterações nas políticas de saúde, na formação de Enfermagem e na organização dos próprios serviços, trouxeram à enfermagem comunitária novas oportunidades de desenvolvimento. O aparecimento dos centros de saúde em 1971, a sua expansão pelo país e a declaração de Alma Ata, deram à enfermagem de saúde pública/comunitária uma maior visibilidade.

O movimento associativo em que participaram enfermeiras comunitárias conheceu incremento no final da década de 1960. Em 1968 foi fundada a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) que assumiu a representação internacional da enfermagem portuguesa, nomeadamente junto do ICN. Tinha como objetivos a dignificação da profissão, fomento da investigação em enfermagem e formação contínua. Da equipa fundadora da Associação faziam parte várias enfermeiras de saúde pública que se empenharam em atividades de formação contínua durante a década de 1970, essencialmente voltadas para a enfermagem comunitária. A sua ação a par com a da Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS) ganhou relevância na formação cultural e profissional dos enfermeiros.

Na década de 1970 intensificaram-se também as atividades internacionais das enfermeiras comunitárias, nomeadamente com as atividades de Fernanda Alves Diniz e de Mariana Diniz de Sousa na OMS. O intercâmbio internacional tornou-se mais intenso e profícuo com a vinda a Portugal de diversas enfermeiras da OMS, do ICN e de escolas de enfermagem universitárias estrangeiras. Em 11 de Novembro de 1971 Almerindo Lessa afirmou numa conferência proferida para enfermeiras a convite da ACEPS, que a enfermagem era “*a única profissão interessada pelo conhecimento integral do homem.*”¹¹²⁴ Interesse veiculado nas escolas de enfermagem,

¹¹²³ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006; SAMPAIO, Arnaldo; CAMPOS, António Correia de - *Serviços de Saúde em Portugal: Uma reflexão crítica. O médico*. 31:96 (1980) 489-502.

¹¹²⁴ Citado em Balanço de 1971. *Revista de Enfermagem*. ano 19:1 (Janeiro-Feveireiro de 1972).

particularmente a partir da reforma do ensino de enfermagem de 1965 e da legislação de 1970¹¹²⁵, que tinham permitido que fossem as próprias enfermeiras a assumir a responsabilidade pela formação, com o progressivo afastamento do modelo biomédico e a recuperação de uma visão mais humanista da prática profissional que tinha marcado os seus primórdios.¹¹²⁶

Em termos da formação em enfermagem registaram-se significativos avanços nas décadas de 70 e 80. O Curso de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública, (CAESP) aparece com a necessidade de formação de enfermeiras para a criação dos centros de saúde.¹¹²⁷ Tinha a duração de três meses e desde 1976 passou a ser exigido como requisito de acesso à categoria de enfermeiro de saúde pública.¹¹²⁸ O objetivo do CAESP era a preparação dos enfermeiros para o trabalho nos serviços de CSP, explicitamente para exercerem “em *Enfermagem na Comunidade*”, a partir de quatro disciplinas: *Introdução ao curso-Psicologia Dinâmica, Sociologia, Enfermagem na Comunidade e Adaptação ao Exercício Profissional e Estágio*. O curso acabou por ter um impacto decisivo na formação das enfermeiras comunitárias, visto que se constituiu como recurso para uma ação mais fundamentada e de maior qualidade nas práticas profissionais.¹¹²⁹

Já o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública (CEESP) foi criado em 1973,¹¹³⁰ mas só se iniciou em 1977. Foram as enfermeiras Ione Filipe Pinto e Alcina Fernandes, que tinham feito no Brasil a sua formação em Saúde Pública, as responsáveis pela elaboração do curriculum e organização do curso e suas primeiras docentes. Teve duração de um ano, até 1981/1982, sendo exigida como formação de ingresso o Curso de Enfermagem Geral. Foram as estudantes e docentes do CEESP que realizaram, em 1977, o diagnóstico de saúde do concelho de Cuba, trabalho a que foi atribuído um prémio pelo Instituto Ricardo Jorge.¹¹³¹

Segundo Maria Adelina Santos o curso continha algumas ideias inovadoras à época e claramente inspiradas no conhecimento mais recente em termos de enfermagem comunitária no ambiente social e político vivido à época. Do conjunto dessas ideias faziam parte, o apelo à

¹¹²⁵ Pela PORTARIA Nº 34/70. “*Diário do Governo. I Série. Suplemento*”. 11 (1970-01-14) 58-64 foi atribuída a enfermeiras a responsabilidade pela direção das Escolas de Enfermagem.

¹¹²⁶ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – *Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo, 2009, p.155.

¹¹²⁷ DESPACHO MINISTERIAL DE 9 DE ABRIL DE 1970. “*Diário do Governo. II Série.*” (1970-04-09).

¹¹²⁸ DECRETO Nº 534/76. “*Diário da República. Série I*”. 158 (1976-07-08) 1496-1497, art.º 5.

¹¹²⁹ Entrevistas a Adriano Campos, Eduarda Cabral Tinoco, Maria José Crespo

¹¹³⁰ PORTARIA Nº 260/73. “*Diário do Governo. I Série*”. 86 (1973-04-11) 566.

¹¹³¹ SANTOS, Maria Adelina Bandeira Correia dos - *Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação.

participação conjunta de alunos e professores no processo de ensino aprendizagem, a colaboração entre a escola e os locais de trabalho do enfermeiro, o trabalho em equipa multidisciplinar, a substituição da designação de enfermagem de saúde pública por enfermagem na comunidade (preconizada pela OMS). Embora esta designação não fosse adotada na legislação, assim como a recomendação de que em cada concelho existisse pelo menos uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde pública.

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior foi legalmente prevista em Julho de 1978¹¹³² e só em 1984 foi nomeado um grupo de trabalho para estudo e propostas nesse sentido.¹¹³³ O processo ficou estagnado e só avançou em 1988 com a nomeação de um outro grupo de trabalho composto por membros dos Ministérios da Educação e da Saúde.¹¹³⁴ Entretanto, em 1981 surgia uma nova carreira de enfermagem, que passa a ser única, permitindo aos enfermeiros a mobilidade entre as diferentes áreas de atuação, estruturada em cinco graus com diferentes conteúdos funcionais. No entanto, pressupunha que as enfermeiras que subiam na hierarquia técnica acumulassem às funções previstas na categoria anterior as próprias da nova categoria.¹¹³⁵ Para acesso ao grau III da carreira, passou a ser exigido como requisito deter uma especialidade, de qualquer forma o enfermeiro especialista teria que assegurar igualmente as funções de não especialista, ficando assim devido à falta de enfermeiros, muitas vezes com dificuldades em desenvolver as suas funções numa área específica.

Os cursos de especialização foram reestruturados em 1982 procurando adaptar a formação às funções previstas na carreira, criada em 1981.¹¹³⁶ Passou a ter a duração de 18 meses, tendo dois terços de formação prática. A organização do curriculum ficou dividida em três etapas; a primeira teórica, a seguinte de estágio em ambiente de prestação de cuidados comunitários, e uma terceira, também de estágio, mas em Pedagogia e Administração. Já em Fevereiro de 1983 um novo plano de estudos criou um tronco comum a todas as especializações em Enfermagem.¹¹³⁷ Novas adaptações do plano de estudos ocorrem no final da década de 1980, em consequência do

¹¹³² LEI Nº 61/78. "Diário da República. Série I". 172 (1978-07-28) 1530-1531.

¹¹³³ DESPACHO CONJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE E DO SECRETÁRIO DE ESTADO DO ENSINO SUPERIOR DE 29 Maio de 1984. "Diário da República. Série II". (1984-05-29).

¹¹³⁴ DESPACHO CONJUNTO 84/SEES/SEAMS/88-XI

¹¹³⁵ DECRETO-LEI Nº 305/81. "Diário da República. Série I". 261 (1981-11-12) 2998-3004.

¹¹³⁶ PORTARIA Nº 1144/82. "Diário da República. Série I". 286 (1982-12-13) 4093-4094 e DECRETO-LEI Nº 15/82. "Diário da República. Série I". 16 (1982-02-20) 153-154.

¹¹³⁷ DESPACHO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE 9 DE FEVEREIRO DE 1983.

ajustamento da legislação portuguesa às diretivas da Comunidade Económica Europeia (CEE).¹¹³⁸ Destaca-se o facto do curso de especialização continuar com a duração de 18 meses, tendo sido alteradas as proporções entre ensino teórico e prático, passando a componente teórica para 40% e a formação prática para 60%. O novo plano de estudos foi aprovado em 1988 por despacho do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde.¹¹³⁹ Lembremos que a integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior aconteceu também em 1988, depois de um longo processo de propostas e discussões.¹¹⁴⁰

CONTINUIDADES E NOVAS PERSPETIVAS

As enfermeiras comunitárias continuavam a defender a prática de enfermagem comunitária, baseada numa atenção especial aos grupos mais vulneráveis. Exemplo disso é a obra de Ruth Freeman que em 1970, apontava como missão e funções da enfermeira comunitária, ser prestadora de cuidados de enfermagem portadores de uma atenção especial para os doentes e os mais pobres; ser advogada das pessoas, famílias e comunidades de quem cuidava e ser uma conselheira atenta e disponível para os indivíduos e famílias. Chamava ainda à atenção para a necessidade da enfermeira comunitária ser uma observadora sensível, não só em relação às pessoas de quem cuidava, como também do ambiente que a rodeava, capaz de ter uma intervenção que contribuísse para influenciar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde da comunidade e aumentar a capacidade de participação das pessoas na política de saúde; ser enfim uma organizadora e administradora dos cuidados.¹¹⁴¹

Para analisar o papel que as enfermeiras poderiam assumir nos CSP, a OMS reuniu dois grupos de trabalho multidisciplinares, em Julho de 1975, em Reykjavik. Um deles discutiu o papel da enfermagem nos CSP e outro os parâmetros de eficiência, ambos concluindo que se fossem efetivamente concretizados os CSP, as enfermeiras teriam um papel fundamental tanto no seu planeamento como na prestação e avaliação, devendo integrar equipas multidisciplinares¹¹⁴². Nesse sentido, recomendava-se que fosse feita formação conjunta aos profissionais de saúde preparando-os para o trabalho nos CSP. Já sobre a intervenção do enfermeiro, esperava-se que prestasse

¹¹³⁸ PORTARIA Nº 34/88. *“Diário da República. Série I”*. 12 (1988-02-15) 129. Ajusta o plano previsto na PORTARIA Nº 1144/82 à DIRECTIVA Nº80/155/CEE de 21 de Janeiro de 1980

¹¹³⁹ *“Diário da República. Série II”*. (1988-07-26).

¹¹⁴⁰ DECRETO-LEI Nº 480/88. *“Diário da República. Série I”*. 295 (1988-12-23) 5070-5072.

¹¹⁴¹ FREEMAN, Ruth - *Enfermeira de Salud Pública*. México: Interamericana, 1970.

¹¹⁴² PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. *Promoção dos Cuidados Primários de Saúde: Tradução do documento apresentado e discutido na 28ª Assembleia Mundial de Saúde em 1975*. Lisboa: DGS, 1975.

cuidados a indivíduos, famílias e grupos/comunidade aos três níveis de prevenção ao longo do ciclo de vida; que participasse na gestão dos serviços, no ensino e na formação, trabalhasse em parceria, cuidasse das populações vulneráveis e fizesse intervenção ambiental¹¹⁴³.

No mesmo sentido de reforçar o que era esperado das enfermeiras comunitárias, o diretor geral da OMS, Halfdan Mahler em Dezembro de 1978, afirmava ser necessário que estas fossem pessoas “*genuinamente interessadas na saúde e no bem-estar de comunidades desfavorecidas, desejosas de ajudar essas comunidades, dispostos a saber o que deve ser feito e aptos não só a fazê-lo como também a não depender de tecnologia complexa e dispendiosa.*”¹¹⁴⁴ E reforçava que o mundo necessitava de enfermeiras que soubessem diagnosticar os problemas de saúde comunitária, adotar medidas para proteger a saúde da comunidade, monitorizar a saúde da população, cuidar dos doentes e dependentes e ensinar as pessoas a auto cuidarem-se. Considerava que o princípio orientador que deveria presidir às políticas de saúde em relação nomeadamente aos CSP seria o de “*proporcionar, a um mínimo de custo, benefícios máximos de saúde ao máximo de pessoas*”, na procura de uma justa distribuição de recursos, acentuando o contributo das enfermeiras para a promoção da saúde do autocuidado de indivíduos e populações.¹¹⁴⁵ A declaração de Alma-Ata, previa a saúde como condição para o desenvolvimento apelando a participação das enfermeiras no sentido de alcançarem um objetivo de “*mais saúde para todos*”¹¹⁴⁶

As enfermeiras comunitárias portuguesas integraram rapidamente no seu discurso os princípios de Alma-Ata, até porque os contributos da enfermeira, Fernanda Alves Diniz, foram significativos para o entendimento do papel dos enfermeiros nos CSP, dado ter sido responsável pela criação e liderança de um grupo de peritos que analisou a partir de 1970 essa problemática.¹¹⁴⁷

A apreciação do estado de saúde das pessoas/famílias/grupos/comunidade de quem cuidavam, a programação dos cuidados de enfermagem, a prestação de cuidados aos três níveis de prevenção, a avaliação desses mesmos cuidados, assim como o investimento na melhoria contínua das suas intervenções eram funções que as enfermeiras consideravam como essenciais na prática

¹¹⁴³ Idem.

¹¹⁴⁴ MAHLER, Halfdan – Justiça em saúde. A saúde do Mundo-Revista da Organização Mundial de Saúde. Geneve: OMS, Maio de 1978 (versão em português).

¹¹⁴⁵ Idem.

¹¹⁴⁶ OMS - **Declaração de Alma-Ata**. In GEPS. Portugal: Ministério da Saúde e Assistência. 2-3 (1978).

¹¹⁴⁷ A enfermeira Alves Diniz foi bolsista Rockefeller diretora da ETE; COLLIERE, Marie Françoise - Fernanda Falcão Alves Diniz: em memória. Enfermagem: Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2ª série, Nº 25/26 (Jan.-Jun. 2002), p.73. Fernanda Alves Diniz foi desde 1966 até 1974, responsável pela Unidade de Enfermagem da OMS.

da enfermagem nos CSP.¹¹⁴⁸ Era reconhecido igualmente a circunstância da enfermagem comunitária ter uma história intrinsecamente ligada aos dispensários materno-infantis, o que conduzia a que as suas atividades nos centros de saúde estivessem mais dirigidas para os programas de saúde infantil e saúde materna e para as intervenções preventivas. Integravam-se nestas últimas o trabalho com grupos de risco, que incluíam também os doentes crónicos nos designados Cuidados Médicos de Base, os tuberculosos e suas famílias¹¹⁴⁹ e as atividades de saúde escolar. As intervenções curativas eram as mais negligenciadas e estavam na altura a cargo dos enfermeiros do SMS.¹¹⁵⁰

Constatando que esta era uma dificuldade para uma prática integrada de cuidado, foi proposto no II Congresso Nacional de Enfermagem, em 1981, que os enfermeiros comunitários nos centros de saúde tivessem uma intervenção mais global que respondesse às necessidades dos seus vários clientes ao longo do ciclo de vida e em todas as áreas de prevenção, acentuando a necessidade de investimento na visitação domiciliária e nos cuidados de enfermagem às populações mais vulneráveis, nomeadamente migrantes, pessoas com dependência de consumo de drogas/álcool, e na saúde ocupacional. Ora isto só seria possível existindo uma *“integração efetiva dos cuidados de enfermagem”*¹¹⁵¹

Entretanto as alterações nas políticas e organização dos CSP traziam para as enfermeiras comunitárias novos desafios e perplexidades. As mudanças causadas pela constituição do SNS e pelo funcionamento das ADSS, que já vimos ter sido problemático, permitiram que os enfermeiros comunitários constatassem que na maioria das vezes eram excluídos dos processos de decisão¹¹⁵². Procurando contrariar uma situação considerada injusta, advogava-se a indispensabilidade de uma enfermagem socialmente comprometida nos processos de mudança e mais segura do seu papel.¹¹⁵³ Claramente, as normas institucionais acentuavam uma diferenciação social dos atores no acesso ao poder de decisão, situação aliás que os enfermeiros comunitários conheciam pelas suas próprias experiências anteriores. As grandes esperanças trazidas pela legislação de 1971, e mais

¹¹⁴⁸ CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

¹¹⁴⁹ Quando nos centros de saúde funcionavam delegações do SLAT.

¹¹⁵⁰ CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

¹¹⁵¹ CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.p.137

¹¹⁵² NEREU, Maria Helena – **Papel dos enfermeiros nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p.294.

¹¹⁵³ Idem, p.298.

tarde pela lei do SNS, que os enfermeiros consideravam dever ser implementado, eram defraudadas no início dos anos oitenta. Os enfermeiros assumiam uma postura crítica face à indefinição de uma política de saúde para os CSP: *“Sem determinação política é muito difícil implementar um serviço de saúde eficiente...Mas que dizer quando em vez de determinação política nos falta até uma política de saúde definida; as prioridades que acabem com as carências mais gratuitas da população estão por estabelecer; as decisões e a participação da população na prestação de cuidados de saúde são inexistentes; a formação de técnicos de saúde é insuficiente ou deficiente; os recursos são mais que limitados.”*¹¹⁵⁴

ENFERMEIROS NOS CENTROS DE SAÚDE

A integração das várias organizações de prestação de cuidados nos centros de saúde nem sempre foi acompanhada de eficaz comunicação e atempada preparação. Relata a enfermeira Maria Eduarda Cabral Tinoco, que trabalhava em Vila Real nos dispensários do Instituto Maternal, que em 1971. *“O Instituto Maternal desapareceu e foi integrado na Direcção Geral de Saúde...e então disseram-nos que deixava de ser Dispensário Materno-Infantil... e que íamos ser integrados com a Delegação de Saúde, a nível local e que passávamos a depender do Delegado de Saúde. Não o conhecia. O Delegado era um senhor muito complicado..., muito complicado. Mas pronto, ele depois lá nos veio visitar e disse que continuávamos no mesmo edifício, a Delegação de Saúde era noutra, obviamente, mas que a partir daquele momento tínhamos que lhe prestar contas...tudo bem, pronto. E assim foi.”*¹¹⁵⁵

Apesar das primeiras dificuldades, rapidamente os enfermeiros do Instituto Maternal integraram nos novos centros de saúde, Maria Eduarda conta-nos: *“procedi, praticamente, à abertura do primeiro Centro de Saúde no distrito, o primeiro Centro de Saúde que assumi responsabilidade foi o Centro de Saúde Mondim de Basto, em 72 se não me engano. Sei que o Ministro da Saúde era o pai do Professor Marcelo, era o Dr. Baltazar Rebelo de Sousa, ele veio à inauguração.”*¹¹⁵⁶ O corpo de profissionais de enfermagem que veio a integrar os centros de saúde era formado por profissionais do Instituto Maternal, Dispensários de Higiene Social e Delegações de Saúde, estas últimas integradas nos centros de saúde.¹¹⁵⁷

Em 1973 existiam em Portugal 122 centros de saúde destes 108 eram concelhios e 14 distritais. A situação de recursos humanos era a seguinte:

¹¹⁵⁴ CERQUEIRA, Ana Maria Lago - **Cuidados Primários de Saúde no Distrito de Vila Real**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p.347.

¹¹⁵⁵ Entrevista a Maria Eduarda Cabral Tinoco.

¹¹⁵⁶ Idem.

¹¹⁵⁷ Entrevistas a Maria Eduarda Cabral Tinoco, Isabel Azevedo Costa, Ernesto Tocantins Rodrigues. DECRETO-LEI Nº 413/71. *“Diário do Governo. Série I”*. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

Quadro 12: Profissionais de saúde nos Centros de Saúde em 1973.

Médicos	510
Enfermeiras	183
Auxiliares de enfermagem	257
Auxiliares de saúde pública e visitadoras sanitárias	101
Fiscais e Agentes sanitários	120
Técnicos de laboratório	42
Auxiliares de laboratório	28

Fonte: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 48.

Como se vê, no quadro acima sobre os profissionais de enfermagem, incluindo auxiliares e visitadoras, estes apenas excediam em 31 o número de médicos, correspondendo as enfermeiras a apenas 33% de todo o pessoal de enfermagem. Em 1971 considerava-se que a equipa de enfermagem de saúde pública era imprescindível, pois sem ela o Centro de Saúde seria “*mais um ambulatório a reincidir no pecado das duplicações inoperantes em que temos vivido.*”¹¹⁵⁸ Como era uma utopia pensar que podíamos ter nos centros de saúde apenas enfermeiras, preconizava-se que a chefe fosse enfermeira e que as outras pudessem ser auxiliares de enfermagem e até “auxiliares de sanidade” que pudessem ser recrutadas localmente e sujeitas a uma formação local para desempenhar as rotinas mais básicas.¹¹⁵⁹

Entre 1965 e 1974, o número de Auxiliares de Enfermagem que se formaram anualmente era cinco vezes superior - cerca de mil - ao número de diplomados com o Curso Geral de Enfermagem, que não ultrapassava os duzentos. Assim sendo, eram elas que se encontravam mais próximas dos doentes, estando encarregues de quase todas as tarefas assistenciais¹¹⁶⁰.

Entretanto, pretendeu-se melhorar a formação desse grupo profissional. Iniciando-se o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem¹¹⁶¹, com a duração de 20 meses. No entanto, devido à limitada resposta das escolas e à dificuldade de dispensa do pessoal por parte dos serviços de saúde, o curso teve um impacto pouco significativo na elevação do nível de formação destes profissionais.¹¹⁶² Em 1971 a televisão difundia anúncios convidando os jovens a ingressar na

¹¹⁵⁸ NINA, Cristiano - Problemas de Saúde Pública: sobre Centros de Saúde. Separata de: O médico. LVIII:1019 (Fevereiro de 1971) 825/833. p.5.

¹¹⁵⁹ NINA, Cristiano - Problemas de Saúde Pública: sobre Centros de Saúde. Separata de: O médico. LVIII:1019 (Fevereiro de 1971) 825/833. p.5.

¹¹⁶⁰ PEDROSA, Aliete - Enfermagem Portuguesa: Referências Históricas. *Revista Referência*. 11 (Março 2004) 69-78.

¹¹⁶¹ AMENDOEIRA, José - *Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau, 2006.

¹¹⁶² Idem.

profissão de enfermagem¹¹⁶³, mas alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo de 1972, a reforma de Veiga Simão, aumentou a duração do Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem para dois anos a tempo completo. ¹¹⁶⁴ Já em 1973, com a criação de novas escolas, cresceu o número de Cursos de Auxiliares de Enfermagem, concluindo-se que em muitas delas apenas se formavam auxiliares de enfermagem.¹¹⁶⁵ No II Congresso Nacional de Enfermagem em 1981, a enfermeira de saúde pública, Yolanda Corsépius, apresentava dados de 1979 em relação aos enfermeiros a desempenharem funções em CSP, revelando que além de serem poucos os enfermeiros de cuidados de saúde primários se dividiam de forma desequilibrada pelas instituições de saúde, sendo que os SMS detinham mais do dobro dos existentes nos centros de saúde. Este desequilíbrio teve impacto em 1983, pois a supremacia numérica destes enfermeiros refletiu-se na supremacia da cultura institucional dos SMS sobre a cultura dos centros de saúde.

Quadro 13: Enfermeiros a desempenharem funções em CSP em 1979.

INSTITUIÇÕES	Nº DE ENFERMEIROS	% ENFERMEIROS POR INSTITUIÇÕES
CENTROS DE SAÚDE	1599	29,96%
SERVIÇOS DE LUTA ANTI-TUBERCULOSE	203	3,8%
SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS	3536	66,24%
TOTAL	5338	100%

Fonte: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981¹¹⁶⁶

No distrito de Vila Real, em 1981, o retrato era de penúria em termos de recursos de enfermagem, ainda que de forma desigual nos vários distritos, existindo ainda a prática de Enfermagem por curiosos. Num cenário em que de alguma forma, reflete o interior do país.¹¹⁶⁷ Salienta-se que alguns destes serviços, onde trabalhavam curiosos, eram antigos postos clínicos das Casas do Povo, recentemente integrados.

¹¹⁶³ *Revista de Enfermagem*. Ano 19:1 (Janeiro-Fevereiro de 1972).

¹¹⁶⁴ NUNES, Lucília - *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003.

¹¹⁶⁵ AMENDOEIRA, José - *Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau, 2006.

¹¹⁶⁶ CORSÉPIUS, Yolanda - *Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade*. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

¹¹⁶⁷ FERREIRA, Cardoso António. In *Boletim de Educação Sanitária*. ano II:1 (Junho 1979).

Quadro 14: Enfermeiros a desempenharem funções em CSP em 1981 no distrito de Vila Real.

INSTITUIÇÕES	Nº DE INSTITUIÇÕES	Nº DE ENFERMEIROS
Centros de saúde	14	44
Postos Clínicos dos SMS + Delegações dos Postos Clínicos dos SM	3+77	49 (das 80 unidades em 1981 só 30 tinham enfermeiros, os restantes tinham assegurado os cuidados de enfermagem com curiosos)
Hospitais concelhios	6	26
Dispensários SLAT	1	3
Centro de Saúde Mental	1	3
TOTAL	102	125

Fonte: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981¹¹⁶⁸

Também no distrito de Santarém só na década de 1970 o território foi coberto em termos de recursos de enfermagem, substituindo os curiosos ou as enfermeiras religiosas nos hospitais. Em 1975 e 1976 a vinda de muitos enfermeiros das ex-colónias permitiu que em todos os concelhos passassem a existir enfermeiros, contudo em número insuficiente.

Quadro 15: Enfermeiros a desempenharem funções em CSP e Hospitais em 1979.

INSTITUIÇÕES	Nº DE ENFERMEIROS	% ENFERMEIROS POR INSTITUIÇÕES
HOSPITAIS	11666	68,6%
SERVIÇOS DE CSP	5338	31,4%
TOTAL	17004	100%

Fonte: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981¹¹⁶⁹

Em 1981 havia centros de saúde onde existiam apenas dois ou três enfermeiros para 2000 famílias.¹¹⁷⁰ Dois anos antes, em 1979 o diretor do centro de Saúde de Aljustrel, Cardoso Ferreira,

¹¹⁶⁸ CERQUEIRA, Ana Maria Lago - **Cuidados Primários de Saúde no Distrito de Vila Real.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p. 345-355.

¹¹⁶⁹ CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade.** In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

mencionava que tinha no seu centro de saúde três médicos de Saúde Pública, seis médicos no Serviço Médico à Periferia, outros seis em estágio de Saúde Pública e apenas três enfermeiras. Apesar de ser o centro melhor favorecido do distrito de Beja, excetuando o da capital de distrito. O concelho de Odemira tinha apenas uma enfermeira e existiam outros que não tinham nenhuma, concluindo: *“Esta total inversão das percentagens médico-população, enfermeiro-população é aliás das características que deixam perfeitamente atónitos todos os técnicos da OMS que nos visitam”*.¹¹⁷¹

Se a desigualdade na distribuição de recursos humanos de enfermagem era manifesta entre instituições de CSP, agravava-se quanto á sua distribuição entre CSP e hospitais. Em 1979 os enfermeiros a prestar serviço nos hospitais eram cerca de 2/3 dos enfermeiros do país. O Estado através de claras políticas discriminatórias em relação aos CSP, apesar das boas intenções legislativas, impedia os CSP de crescerem e assumirem no sistema de saúde um papel mais central.¹¹⁷² Dos 31,4% enfermeiros comunitários que exerciam nos serviços de saúde, 20,8% pertenciam aos Serviço-médico sociais.¹¹⁷³ Claramente a escassez de enfermeiros e de formação especializada em enfermagem comunitária condicionaram o desenvolvimento dos centros de saúde e o próprio desenvolvimento da enfermagem comunitária.

Não deixaram no entanto de ser valorizadas pelos enfermeiros as oportunidades de desenvolvimento profissional e de práticas inovadoras trazidas pela reforma de 1971. Isso mesmo é patente no discurso das enfermeiras por nós entrevistadas, referindo Eduarda que fala do seu envolvimento na fundação dos primeiros centros de saúde: *“eu é que procedi, praticamente, à abertura do primeiro Centro de Saúde, (no distrito de Vila Real). O primeiro Centro de Saúde de que assumi responsabilidade, enquanto enfermeira, foi o Centro de Saúde de Mondim de Bastos, em 1972 se não me engano. Sei que o Ministro da Saúde era o pai do Professor Marcelo, ele veio à inauguração.”*(CT). Também Isabel explica como foi implicada no projeto piloto do CS Sofia Abecassis *“Vem, que isto é uma aposta gira» e foi. Foram uns tempos que me enriqueceram, amadureceram-me”, e destaca: “É verdade que tínhamos autonomia, trabalhávamos muito mais com a comunidade (antes da integração com os SMS)”*. Já Maria José acentua a preparação técnica e formação

¹¹⁷⁰ CORREIA, Maria Adelina Bandeira – **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982, p.202.

¹¹⁷¹ FERREIRA, Cardoso António. In *Boletim de Educação Sanitária*, ano II:1 (Junho 1979).

¹¹⁷² CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983; SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006; SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹¹⁷³ CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

realizada pelas enfermeiras como uma oportunidade criada pela mudança institucional: *“Fizemos imensos cursos nessa altura, fizemos muita formação.”* E de como essa formação foi importante, pois *“Foi realmente uma revolução muito grande ao nível dos dispensários (do IM) porque, para além das valências que nós já tínhamos a funcionar, foi integrado o planeamento familiar, a saúde escolar...”*.

Era necessário desenvolver outras competências e os enfermeiros dispuseram-se a aproveitar as possibilidades que institucionalmente lhes eram proporcionadas. A Direção Geral de Saúde através dos seus serviços centrais dinamizou a implementação do programa de Planeamento Familiar nos centros de saúde, dando formação teórica e estágios para profissionais de saúde, sobretudo médicos e enfermeiras. Empenhou-se a Direção Geral em realizar também cursos internacionais com a participação de técnicos da OMS e Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE).¹¹⁷⁴ Dinamizaram igualmente a saúde escolar, procurando os centros de saúde responder essencialmente através das intervenções de enfermagem na escola, em termos de vacinação, despiste de necessidades de saúde ou de necessidades especiais de educação e educação para a saúde.

Por iniciativa própria os enfermeiros procuraram fazer formação em Enfermagem Comunitária, não se limitaram a ser espetadores passivos. Tal como Adriano relata: *“Eu considerei que era importante ter uma formação um bocadinho diferente, então fui fazer o CAESP à Escola de Enfermagem de Saúde Pública. E a Ione Filipe Pinto deu-me uma grande ajuda, deu-me informação, documentação, deu-me muitas horas de formação.”* (AC) (...) *“Então eu pedi-lhe (a Ione Filipe Pinto) para que se organizasse uma formação, um curso para os enfermeiros chefes dos SMS aqui de Braga. E fizeram esse curso com a colaboração da Escola de Enfermagem de Saúde Pública e com a Escola de Administração e Ensino de Enfermagem. Durou três semanas e ficaram lá internos na escola em Lisboa. O curso tinha como professoras a Ione Filipe Pinto, a Marília Viterbo de Freitas, a Maria Alcina Fernandes e outras enfermeiras e estava organizado com uma parte de administração e outra de saúde pública.”* (AC)

Sem dúvida que a legislação de 1971 e a criação dos CS permitiu aos enfermeiros desenvolvimento e autonomia. Foi também nítida a vontade dos enfermeiros de apoiarem uma reforma que consideravam ir de encontro aos seus valores e interesses profissionais, nomeadamente de desenvolvimento e reconhecimento social da profissão, que claramente eram favorecidos por esta reforma.

Esta reforma e a posterior integração dos hospitais das Misericórdias na dependência do Ministério envolveu a relação dos enfermeiros dos centros de saúde com os enfermeiros dos hospitais que integraram: *“E tínhamos ainda os hospitais concelhios que depois se juntaram com os Centros de Saúde, que também foi um problema. Os hospitais concelhios passaram a ser o internamento do Centro de Saúde teve*

¹¹⁷⁴ Boletim de educação sanitária. Lisboa: DGS, 1978/1979.

os seus aspectos positivos, não teve grandes aspectos negativos. Custou, como tudo custa, as reformas... e as pessoas não se conheciam. Mas acho que não trouxe... não sentimos muito, sentimos mais quando foi a integração com os Serviços Médico-Sociais.” (CT) Este processo foi facilitado pelo pequeno número de enfermeiros existentes nos serviços dos hospitais concelhios e dispensários das Misericórdias.

Mas nem todas as experiências tiveram um carácter tão positivo, já que após o 25 de Abril foram integradas as Casas do Povo. Adriano participou nesse processo e afirma como era difícil a situação dos enfermeiros nessas instituições: *“Porque quem superintendia as casas do povo eram os administrativos, que mandavam em tudo, em todos, nos médicos, nos enfermeiros... Aquilo era um desastre, pois não haviam equipamentos, não havia nada, não prestava para nada mas existia. Só algumas são que tinham enfermeiros, mas normalmente eram auxiliares. Eu recordo-me por exemplo que numa dessas Casas do Povo era o funcionário administrativo é que fazia a enfermagem e dava as injeções e não sei o quê... e aquilo dava-lhes resultado (económico). Portanto nós tivemos 2 meses para fazer a integração nos SMS, então nós corremos todas as Casas do Povo do distrito, e fizemos reuniões com todas as direcções com o pessoal administrativo e de enfermagem”* ¹¹⁷⁵ Ao contrário do que acontecia com os médicos, nas Casas do Povo a admissão de enfermeiros fazia-se ao abrigo das normas estabelecidas para os demais empregados, sem concurso, apesar de exigida a apresentação de carteira profissional. Além do pessoal administrativo existia ainda a categoria de *auxiliares dos clínicos*, que exerciam muitas vezes funções de enfermeiro, como já vimos atrás. Entretanto a indefinição de políticas públicas para a saúde era uma realidade também motivada pela instabilidade política vivida. A partir de 1982/1983 novas mudanças iam constituir-se como ameaças ao desenvolvimento e qualidade dos cuidados de enfermagem na comunidade.

¹¹⁷⁵ Entrevista a Adriano Campos

Capítulo 2

DESCONTINUIDADES E REFORMAS

*“Uma mudança deixa sempre patamares
para uma nova mudança”
Maquiavel*

A década de 1980 foi marcada pela ascensão do designado neo-liberalismo, cujos protagonistas internacionais foram Ronald Reagan e Margaret Thatcher. Assumidamente eram outras as considerações sobre o papel do Estado, defendendo-se um recuo no Estado-Providência e uma maior aposta na iniciativa privada e na responsabilização individual pelos mecanismos de proteção social e de saúde. Esta ideologia teve repercussões mundiais, nomeadamente a forma de pensar os próprios CSP.¹¹⁷⁶

No Decreto-Lei 254/82 de 29 de Junho existiam tentativas de avançar para a extinção do Serviço Nacional de Saúde.¹¹⁷⁷ Ao mesmo tempo que criava as Administrações Regionais de Saúde, a nova lei revogava no seu artigo 17º inúmeros artigos da Lei do SNS, mas acabou por ser considerado inconstitucional pelo Tribunal Constitucional.¹¹⁷⁸ Naquele momento preparava-se a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, que ocorreu em 1985 e implicou significativas alterações no desenvolvimento do país.¹¹⁷⁹ A revisão constitucional de 1989 alterou a redação do art.º 64 da Constituição, passando o SNS a ser tendencialmente gratuito e substituindo a expressão “*socialização da medicina*” por “*socialização dos custos dos cuidados médicos*”. Um ano mais tarde, a publicação da Lei de Bases da Saúde acentuou a predisposição para uma política de privatização, o que foi reforçado em 1993 pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. O impacto destes acontecimentos nos CSP foi preponderante como adiante se analisa.

¹¹⁷⁶ PAQUY, Lucie – **European social protection systems in perspective**. Blansko, Czech Republic: Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN, 2004.

¹¹⁷⁷ ARNAUT, António – **Serviço Nacional de Saúde: SNS 30 anos de Resistência**. Coimbra: Coimbra Editora, 2009.

¹¹⁷⁸ NOVAIS, Jorge Reis; SIMÕES, Jorge (coord.) - **30 anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado**. Coimbra: Almedina, 2010.

¹¹⁷⁹ Idem.

2.1. NOVAS POLÍTICAS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dois acontecimentos marcam os CSP na década de 1980: a criação da carreira de clínica geral/medicina familiar, em 1982¹¹⁸⁰, e o Regulamento dos Centros de Saúde publicado, em 1983¹¹⁸¹. Neste regulamento os centros de saúde eram definidos como unidades polivalentes e dinâmicas a quem incumbia a prestação de cuidados primários através da promoção e da vigilância de saúde, da prevenção, do diagnóstico e do tratamento da doença, dirigindo a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade¹¹⁸². Explicitava a dependência funcional e orgânica dos Centros de Saúde às administrações regionais de saúde e organizava o funcionamento em função do médico de clínica geral. Estabelecia-se que os médicos deveriam ter o apoio de *“pessoal de enfermagem e administrativo numa proporção variável de 2 enfermeiros e 1 administrativo para 4 consultórios em funcionamento”*¹¹⁸³. Como veremos, esta decisão teve consequências quer no funcionamento dos centros de saúde quer na satisfação dos profissionais e no trabalho de equipa. A partir de aqui seriam muitos os centros de saúde em que os médicos eram em maior número que os enfermeiros.¹¹⁸⁴

Como já foi referido, a intenção de integrar os SMS estava já prevista pelo grupo de trabalho que Gonçalves Ferreira tinha desenhado com a legislação de 1971, ainda que tal viesse a concretizar-se em 1983 pelo Despacho Normativo de 97/83 de 22 de Abril¹¹⁸⁵. Neste regulamento através dos artigos 8.º, 9.º e 10.º, previa-se a articulação dos Centros de Saúde com os organismos de Segurança Social, Cuidados Diferenciados, Centros de Saúde Mental, sendo também consagrados os direitos e deveres dos utentes do Centro de Saúde. Contudo, não sendo desejada, nem devidamente preparada na maior parte dos locais, esta integração representou um choque para os profissionais e tornou os centros de saúde um espaço de algum confronto e mal-estar.

“Acabou por ser tudo integrado e foi, quer dizer, foi uma degradação um bocado daquilo que se fazia nos Centros de Saúde. Porque houve uma multidão que entrou e indivíduos habituados àqueles vícios dos serviços médico-sociais. Nós achávamos que era uma degradação daquilo que estávamos a fazer, porque nós estávamos a fazer um

¹¹⁸⁰ DECRETO-LEI Nº 310/82. *“Diário da República. Série I”*. 177 (1982-08-03) 2283-2298.

¹¹⁸¹ DESPACHO NORMATIVO Nº 97/83. *“Diário da República. Série I”*. 93 (1983-04-22) 1439-1453.

¹¹⁸² Idem.

¹¹⁸³ Ibidem.

¹¹⁸⁴ DGCSP - Estatísticas de Saúde. SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹¹⁸⁵ DESPACHO NORMATIVO Nº 97/83. *“Diário da República. Série I”*. 93 (1983-04-22) 1439-1453.

serviço que era um bocado diferente do que sucedeu depois. Porque como se faziam as consultas nos serviços médico-sociais? Aquilo eram consultas a metro.”¹¹⁸⁶

O reduzido número de profissionais nos centros de saúde, habituados a trabalhar na promoção de saúde, na vigilância de saúde materno infantil, na vacinação, na saúde escolar, na vigilância e acompanhamento das pessoas com doenças infectocontagiosas e com uma metodologia voltada também para o trabalho de intervenção comunitária, confrontar-se-ia com uma “multidão” de funcionários administrativos e de profissionais médicos e enfermeiros habituados essencialmente a trabalhar com pessoas doentes e a prestar cuidados curativos. Enfrentam também as longas filas de pessoas à espera de consultas, o guichet de vidro protetor no atendimento, as dificuldades de comunicação e as diferenças acentuadas nas práticas clínicas e de trabalho em equipa. A enfermeira Cabral Tinoco comenta sobre a integração dos enfermeiros que *“os Serviços Médico-Sociais acusavam-nos só de fazermos vacinas e consultas a grávidas e a crianças e pouco mais, e as dos Centros de Saúde diziam que os dos SMS só sabiam dar injeções e fazer pensos e pouco mais.”¹¹⁸⁷* Enquanto Isabel Azevedo Costa diz que *“fomos absorvidos por um grupo profissional quer por enfermeiros, quer por médicos, que não tinham nada a visão da prevenção, da promoção da saúde, e foi...acho que recuámos, acho que basicamente, nessa altura recuaram muito”.*

Outra ideia tinham os profissionais de saúde, sobre o modo como foi realizada. Acreditando na necessidade de integração e nas virtudes da ideia os profissionais consideravam que *“a intenção era boa, e tinha que ser, e eu não estou nada em desacordo, não podia haver uma casinha aqui, outra casinha ali, uma que tratava de doença, outra que tratava de saúde, não estou de acordo! Pois eu acho que é assim, tem de ser a visão integral, da pessoa, do ser humano, do indivíduo, da conceção à morte, eu estou plenamente de acordo, mas as coisas foram atropeladas.”¹¹⁸⁸*

A questão é colocada por Constantino Sakellarides de uma forma simples, *“só quem não está no mundo político, no mundo real, é que pode pensar que este rato (CS) vai engolir aquele elefante (SMS).”* E ainda que *“a Caixa com uma vasta estrutura administrativa daquele tipo, fortíssima, o centro de saúde com uma cultura bastante centrada na atividade na comunidade, mas sem ter uma máquina de gestão propriamente dita. A máquina de gestão era da Caixa, portanto, era impossível que a cultura predominante não fosse a da Caixa.”* Efetivamente implantou-se uma outra cultura. Ainda que a instituição fosse oficialmente designada *“centro de saúde”* os clientes designavam-na como *“caixa”*. Aliás, não podemos esquecer que as próprias instalações de muitos centros de saúde acabavam por ser em antigos edifícios das caixas de previdência. Essa cultura estava mais centrada nas respostas imediatas às solicitações dos utentes,

¹¹⁸⁶ Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues.

¹¹⁸⁷ Entrevista a Maria Eduarda Cabral Tinoco.

¹¹⁸⁸ Entrevista a Isabel Azevedo Costa.

relegando para segundo plano as atividades preventivas e de trabalho com a comunidade. Isto acontecia também devido ao fato de em muitos dos centros de saúde pós-integração, ser mais elevado o número de médicos que o de enfermeiras.¹¹⁸⁹

A proposta de Sakellarides e de um grupo que o apoiava na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa na integração dos serviços, de que aquele fosse um processo progressivo, com acompanhamento, integrando os serviços à medida que reunissem determinadas condições, não foi aceite pela tutela. *“Essa integração não resultava se não fosse acompanhada, se não fosse real, se fosse puramente formal. O que é que acontecia?! Em vez de ficar com a positiva de ambas as coisas, ficava com a negativa de ambas as coisas. Ou seja, perdeu o Centro de Saúde a noção da comunidade e perdeu a caixa a noção de acesso. O que tinha de bom a Caixa, era o fácil acesso, claro que depois a medicina, era dois minutos para cada um, mas pelo menos as pessoas tinham acesso ao médico. Que era a parte boa. O Centro de Saúde tinha uma parte boa, era o trabalho com os grupos de risco e o trabalho na comunidade. O que era suposto é que a junção das duas desse, bom acesso a toda a gente e mais saúde pública. Não, deu o contrário, deu menos acesso e menos saúde pública, como seria de prever.”*¹¹⁹⁰

A opção de seguir apenas um caminho normativo e não o de reflexão sobre as consequências e soluções, por forma a conseguir maiores ganhos e satisfação dos profissionais levou a uma burocratização dos centros de saúde, acarretando custos para os CSP. Os centros de saúde ficaram reféns de uma procura desenfreada da escassez de recursos e do desenvolvimento, ou de manutenção, de modalidades de prestação de serviços que não melhoravam a qualidade, antes se constituíam como altamente disfuncionais em termos de gastos e continuidade dos cuidados.

Para tornar o processo ainda mais complexo deu-se o aparecimento da carreira de clínica geral, que procurou dar resposta aos médicos recém-saídos do serviço médico à periferia e ao aumento de estudantes de medicina provocado pela vaga de retornados das ex-colónias.¹¹⁹¹

Até aí os médicos que asseguravam a clínica geral eram considerados no seu meio profissional como médicos menos habilitados, aqueles que não faziam uma especialidade. As suas várias designações, facultativos, médicos dos partidos municipais, “João Semana”, médicos das “caixas”, médicos do serviço médico à periferia, seriam substituídas por “clínico geral” e

¹¹⁸⁹ PINTO, António Teixeira et al - A equipa de saúde. *Saúde em Revista*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (1987) 25-38.

¹¹⁹⁰ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹¹⁹¹ CAMPOS, António Correia de – *Saúde: O custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

posteriormente alterada para “médico de família”. A especialidade passará a ser designada pela Ordem dos Médicos, por “medicina geral e familiar”¹¹⁹².

A carreira de clínica geral surgiu inspirada no modelo do *general practitioner* britânico¹¹⁹³. A primeira reunião sobre a carreira de clínica geral aconteceu na ENSP, em 1979 e “foi nesse contexto que não sei precisar onde é que nasceu a ideia, foi no ministério seguramente, não sei concretamente com quem, que à volta de fim dos anos 70, o British Council ofereceu-se para financiar a vinda de uma delegação do Royal College of General Practitioners liderada pelo seu presidente, que era o John Horder. Vieram com ele mais três clínicos gerais, entre os quais o famoso Julian Hart. Era uma equipa diversa, sem pensamento único. E fizeram aqui um magnífico seminário, onde estivemos várias pessoas. Lembro-me de, além de mim, Aloísio Coelho, Teodoro Briz, Alexandre Abrantes, Vítor Ramos, Cardoso Ferreira, julgo que o Pinho da Silva também, mas não tenho a certeza”.¹¹⁹⁴

Nesse mesmo ano, com o Decreto-Lei nº519-N1/79¹¹⁹⁵ surgiu a clínica geral como ramo da carreira médica, legislação desenhada por um grupo liderado por Constantino Sakellarides, a pedido do então secretário de estado, Correia de Campos.¹¹⁹⁶ Sem que a nova lei tivesse sido aplicada, em 1982, foi promulgado o decreto-lei 310/82 que criou a carreira de clínica geral. Rapidamente os clínicos gerais se organizaram, para fazer frente à falta de formação específica e à animosidade quer dos outros médicos, quer da própria Ordem dos Médicos, aparentemente pouco interessada na formação dos novos especialistas¹¹⁹⁷. Sobre este processo podemos encontrar artigos nas revistas e jornais médicos que claramente espelham as diferentes posições sobre o assunto, nomeadamente as que referem que “ficam completamente abandonados, sujeitos a todas as pressões”, e a “má qualidade e mesmo perigo dos atos médicos” e aos “custos inoportáveis da assistência.”¹¹⁹⁸

Apesar de toda a oposição, logo em 1982 nasceram os Institutos de Clínica Geral do Norte e do Centro e um ano mais tarde o do Sul, para responder à necessidade de formação dos médicos da nova carreira. Em 1983 foi criada a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral que desenvolveu uma intensa atividade de promoção e divulgação da carreira e estendeu as suas

¹¹⁹² CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

¹¹⁹³ ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (org.) - **Medicina geral e familiar, 20 anos - da memória**. Lisboa: APMCG, 2003.

¹¹⁹⁴ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹¹⁹⁵ DECRETO-LEI Nº 519-N1/79. Diário da República. Série I. 5º Suplemento. 299 (1979-12-29) 3446-(97)-3446(105).

¹¹⁹⁶ CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

¹¹⁹⁷ ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (org.) - **Medicina geral e familiar, 20 anos - da memória**. Lisboa: APMCG, 2003; Entrevista a Fernando Vasco.

¹¹⁹⁸ NOGUEIRA, Fernando - Mais médicos...e mais outras coisas. In O médico. Porto. 105:1615 (7 de Outubro de 1982) 4.

influências não só à formação, como ao poder político, marcando de forma muito visível as políticas de saúde para os CSP.¹¹⁹⁹

A chegada dos novos clínicos gerais aos centros de saúde coincidiu com o início do processo de integração dos SMS. Os clínicos gerais nesta fase somaram mais dificuldades a uma mudança já de si difícil, *“a infelicidade desta fase foi a conjugação ... ou seja, a carreira da clínica geral ter entrado no momento em que a integração falhou. Foram apanhar o pior e, claro, também se começaram a defender. Portanto, havia dois aspetos. A sua integração em unidades desmotivadoras, em todos os aspetos. Um outro, mas foi um aspeto relativamente menor, foi o fim do predomínio da gestão dos médicos de saúde pública. Mas isso era natural que acontecesse.”*¹²⁰⁰

Os médicos de família procuravam afirmar-se ocupando o seu espaço no CS na execução de funções previstas na lei, mas por outro lado questionavam a gestão dos CS pelos médicos de saúde pública.¹²⁰¹ Os médicos de saúde pública eram poucos, não faziam clínica no sentido tradicional do termo e tinham sido desautorizados pela maioria dos seus colegas de classe com uma visão hospitalocêntrica dos cuidados de saúde¹²⁰². Tal como tinha acontecido com as enfermeiras, onde a cultura dos SMS se sobrepôs à dos CS, também a cultura dos médicos de Clínica Geral (CG) seria sobreposta à dos médicos de saúde pública. O paradigma até aí reinante nos serviços públicos de CSP, onde era central a figura do médico de Saúde Pública, foi alterado com a nova carreira de Clínica Geral.

Entretanto foi criada, em 1984, a Direção dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) substituindo a Direção Geral da Saúde na direção, orientação e avaliação das ARS, sendo extinta a DGS.¹²⁰³ A DGCSP tomou a seu cargo a responsabilidade pela formação “via rápida” dos CG, pois ficaram sob sua alçada os Institutos de Clínica Geral. Empenhou-se também em fazer uma vasta campanha de divulgação do novo clínico, apelando às pessoas para o consultarem. A procura de cuidados aumentava, mas não em proporção dos recursos.¹²⁰⁴

A situação dos centros de saúde deteriorar-se-ia com as políticas corporativistas de formação médica, face aos 805 lugares para estudantes de medicina nas cinco faculdades do país

¹¹⁹⁹ ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (org.) - **Medicina geral e familiar, 20 anos - da memória**. Lisboa: APMCG, 2003.

¹²⁰⁰ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹²⁰¹ Entrevista a Fernando Vasco.

¹²⁰² Idem.

¹²⁰³ DECRETO-LEI n.º 74/84. “Diário da República. I Série”. 53 (1984-03-02) 729-732.

¹²⁰⁴ Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues e CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

em 1980 e que passaram a ser 190 em 1986, número que ainda sobe para 475 em 1995.¹²⁰⁵ Os médicos de família não eram suficientes para responder às solicitações da consulta diária e aos serviços de atendimento permanente¹²⁰⁶. A insatisfação dos profissionais e dos clientes aumentava, tal como os custos com a prescrição de medicamentos e meios auxiliares de diagnóstico.¹²⁰⁷

A natureza mista do sistema foi consagrada na Lei de Bases da Saúde segundo a qual, o sistema de saúde é constituído pelo SNS, por todas as entidades públicas que desenvolvem a sua ação na área da saúde e pelas entidades privadas e profissionais que acordem com o SNS prestação de atividades na área, explicitando que *“cabe ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde”* embora *“os cidadãos e as entidades públicas e privadas devam colaborar na criação de condições, que permitam o exercício do direito à proteção da saúde”*, devendo todos os departamentos do Estado *“ser envolvidos na promoção da saúde”*.¹²⁰⁸ A mesma legislação refere que *“a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado...”*¹²⁰⁹

A Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGSP) e a Direção Geral dos Hospitais foram extintas em 1993, sendo as suas atribuições e competências englobadas na Direção Geral da Saúde, por razões de complementaridade e racionalização dos serviços.¹²¹⁰ Recorde-se que estas duas Direções Gerais tinham sido criadas 9 anos antes. Na linha destas alterações legislativas, seguem o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que extinguem as ARS de carácter distrital, criadas em 1982, passando a existir apenas cinco ARS: do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (são as denominadas regiões de saúde). Destas regiões de saúde ficaram a depender as sub-regiões de saúde, de carácter distrital, geridas por um coordenador nomeado pelo Ministro da Saúde. Às ARS foram atribuídas competências para coordenar Centros de Saúde e Hospitais. Neste Decreto-Lei é reconhecida a indivisibilidade da saúde e a imprescindível articulação entre centros de saúde e hospitais, assim como a necessidade de criação de *“unidades integradas de cuidados de saúde”*. Nesse mesmo ano foi publicado o Regulamento das ARS.¹²¹¹

¹²⁰⁵ CAMPOS, António Correia de - **As reformas da saúde: o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008.

¹²⁰⁶ Orçamentos programa das Sub-regiões de Setúbal, Santarém e Lisboa, 1999.

¹²⁰⁷ NOVAIS, Jorge Reis; SIMÕES, Jorge (coord.)- **30 anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado**. Coimbra: Almedina, 2010.

¹²⁰⁸ LEI N.º 48/90. *“Diário da República. I Série”*. 195 (1990-08-24) 3452-3459.

¹²⁰⁹ Idem.

¹²¹⁰ DECRETO-LEI N.º 10/93. *“Diário da República. Série I-A”*. 12 (1993-01-15) 126-129.

¹²¹¹ DECRETO-LEI N.º 335/93. *“Diário da República. Série I-A”*. 229 (1993-09-29) 5460-5466.

Se analisarmos a produção legislativa em relação aos Centros de Saúde ao longo de várias décadas, verificamos que desde 1934, altura da fundação dos primeiros Centros de Saúde, houve alguns aspetos que se mantiveram inalterados (Apêndice VI).

2.2. UMA REFORMA ADIADA

Das eleições legislativas de 1995 resultou um governo socialista que procede as novas alterações nos CSP. Entre 1996 e 1999 a política de saúde em Portugal tinha como principais objetivos estabelecer e cumprir metas com vista á obtenção de ganhos em saúde e otimização dos serviços.¹²¹² Logo em Dezembro de 1996 foi publicado pelo Ministério o documento “*Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do século*”, preconizando um conjunto de alterações no sistema de saúde, reforçando a participação do cidadão e a articulação/parceria com outras instituições e setores. O documento surgia como fruto de um processo de estudo e reflexão multidisciplinar e interinstitucional,¹²¹³ classificando-o Jorge Simões como *marcadamente político*.¹²¹⁴

Posteriormente, aprofundado definia os princípios de orientação para a reforma do sistema de saúde português, introduzindo a ideia de uma estratégia concertada e refletida, recusando minorizar o papel do Estado na área da saúde, embora valorizasse a questão da sustentabilidade do sistema. Como valores e princípios da nova política de saúde, eram enunciados a solidariedade, a equidade, a centralidade no cidadão e nas suas necessidades, uma ação estruturada para obter ganhos, a pretensão de envolver os setores privado e social em ações comuns.¹²¹⁵ Tratava-se de numa perspetiva de governança, alargar a constelação de atores intervenientes no sistema de saúde e aumentar a base de apoio à ideia de um serviço público solidário e equitativo.

Um ano depois as orientações para 1998 enfatizavam o papel dos centros de saúde como “*porta de entrada preferencial no sistema*”. Expressia-se a necessidade de assegurarem a cobertura e continuidade dos cuidados de saúde essenciais de forma personalizada, privilegiando o trabalho

¹²¹² OPSS – **Relatório Primavera: Saúde que ruturas?**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

¹²¹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1996.

¹²¹⁴ SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹²¹⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1996.

em equipa e a dilatação dos horários de atendimento.¹²¹⁶ Consideravam-se, por isso determinantes a reestruturação dos centros de saúde e a aposta nos cuidados continuados, fazendo apelo ao desenvolvimento de projetos locais em parceria com as IPSS, ONG, municípios e outras organizações de apoio social. Esta colaboração estava aliás prevista no âmbito do Pacto para a Cooperação e Solidariedade Social, entretanto celebrado e que abrangia os serviços do Ministério da Saúde e da Solidariedade Social, assim como as autarquias.¹²¹⁷ Dos objetivos para 1998 constavam a construção de um novo modelo organizacional para os centros de saúde. Assente na descentralização da gestão para o nível local, o apoio a ideias inovadoras e a contratualização,¹²¹⁸ esta última era realizada através das Agências de Contratualização, que tinham também surgido em 1996. A primeira foi constituída na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e regulamentada no ano seguinte, prevendo-se, a partir daí, a criação de Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde (AASS) nas ARS do país.¹²¹⁹ O novo organismo surgia como zelador dos interesses do cidadão, reforçando o seu papel participativo no sentido de garantir um melhor funcionamento dos serviços de saúde, assegurando a distinção entre quem financiava e quem prestava os cuidados.¹²²⁰ Era constituída por uma equipa técnica multidisciplinar e por representantes dos utentes que deviam escutar os membros da sociedade civil, tal como autarquias, instituições de solidariedade social, organizações profissionais e de utentes.¹²²¹

Julgamos pertinente salientar que esta reforma reconhecendo o que Castells denomina como a *“crescente diversificação e fragmentação dos interesses sociais”*,¹²²² características do final do século XX e de uma sociedade que questiona as organizações burocráticas construídas em torno do Estado Providência procurou respostas de adequação às novas necessidades sociais. Estas configuraram-se através da organização de serviços em rede, incluindo outros atores que não apenas o Estado. O fortalecimento e relevância dados ao protagonismo dos utentes dos serviços configuravam também um sentido de governança delegando nos governados mais poder, reforçando a sua capacidade de intervenção nas instituições.

¹²¹⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século - 1998-2002**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

¹²¹⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século - 1998-2002**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

¹²¹⁸ Idem

¹²¹⁹ DESPACHO NORMATIVO Nº 46/97. *“Diário da República. Série I-B”*. 182 (1997-08-08) 4137-4138; MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século - 1998-2002**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

¹²²⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século - 1998-2002**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

¹²²¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1996.

¹²²² CASTELLS, Manuel – **A Sociedade em Rede**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007. p.396.

Em 1998 o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), constituído em 1996 para estudar o sistema de saúde e apresentar propostas para a sua reforma, publica o livro *“Recomendações para uma reforma estrutural”*¹²²³, uma obra que contou com a contribuição de sindicatos, associações, igrejas, escolas, instituições de saúde e outras entidades públicas. O CRES apontava a difícil acessibilidade; a descontinuidade dos cuidados de saúde; a deficiente inter-relação pessoal com os técnicos de saúde; e a existência de um modelo assistencial eminentemente curativo, como alguns dos problemas do SNS, sublinhava ainda a massificação do atendimento; o excessivo pendor hospitalocêntrico do sistema de saúde e o consumo irracional de cuidados de saúde.¹²²⁴ Acentuava igualmente a necessidade de uma reforma que colocasse o cidadão e a sustentabilidade do sistema como prioridades das políticas de saúde. Contribuía desta forma para a legitimação do processo de reforma dos CSP entretanto iniciado, apresentando publicamente o acordo tácito de uma parte das elites sociais.

A publicação do documento *“Saúde um compromisso – A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”* culminou o desenvolvimento do pensamento estratégico construído nos anos anteriores. Clarificando as opções em termos de política de saúde o texto defendia *“A salvaguarda incondicional da dignidade humana, a solidariedade e a justiça social na realização da saúde, a cidadania como expressão da autonomia e responsabilidade democráticas, os princípios éticos na prática clínica e nas decisões individuais e coletivas sobre a saúde, a equidade no acesso e utilização dos cuidados de saúde, a sustentabilidade das soluções organizativas e financeiras na saúde e a especificidade do trabalho profissional...A política de saúde é um dos componentes de uma política social. Beneficia e contribui para uma sociedade livre, inclusiva e solidária.”*¹²²⁵

Aos pressupostos de que a saúde é condição de desenvolvimento e de paz social, juntavam-se as preocupações com a sustentabilidade do SNS. Identificam-se na nova política de saúde elementos que traduzem uma ideologia que tentou preservar o SNS, conciliando-o com as exigências sociais e económicas de uma sociedade em mudança de valores e em crise económica. Nesta perspetiva, a ideologia influenciou claramente as reformas institucionais nos Cuidados de Saúde Primários.¹²²⁶ Confirmando esta conceção, Sakellarides comenta que em finais de 1995, as políticas de saúde afastaram-se de um modelo neoliberal para um outro que pretendia um melhor

¹²²³ DESPACHO Nº 13/96. “Diário da República. Série I-B”. 33/96 (1996-02-08) 250.

¹²²⁴ CRES - **Recomendações para uma reforma estrutural**. Porto: Ministério da Saúde, 1998.

¹²²⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999, p.12 e 13.

¹²²⁶ BÉLAND, Daniel - Ideas and Social Policy: An Institutionalist Perspective. *Social Policy and Administration*. 39:1 (February 2005) 1–18.

Estado na área.¹²²⁷ Esta pretensão era concretizada por um modelo de governança que pretendia responder aos desafios de uma sociedade profundamente alterada pelas transformações tecnológicas, ideológicas e sociais, uma sociedade em rede que não se coadunava já com os modelos de governação hierárquica, pouco participativa e pouco responsabilizante.¹²²⁸

Em 10 de Maio de 1999 foi publicado o novo regulamento dos Centros de Saúde, cujo projeto tinha sido amplamente debatido por profissionais e por outros intervenientes no sistema de saúde.¹²²⁹ Através deste diploma os Centros de Saúde foram constituídos “*peças coletivas de direito público, integradas no SNS e dotadas de autonomia técnica administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde*”¹²³⁰ sendo a coordenação, orientação e avaliação da responsabilidade das ARS. Foram também, na mesma altura, estabelecidos cinco Centros Regionais de Saúde Pública com o objetivo de reforçar a saúde pública a nível local e regional.¹²³¹ Cada Centro de Saúde ou Associação de Centros de Saúde, disporia de quatro a dez unidades de saúde familiar, uma de saúde pública, uma ou mais de cuidados na comunidade e, se necessário e possível, unidades de diagnóstico, de especialidades, de internamento e de urgência. As primeiras seriam dirigidas por médicos de clínica geral, as de cuidados na comunidade por um enfermeiro, as de saúde pública por um médico de saúde pública e as restantes também por médicos.¹²³²

A gestão dos novos Centros de Saúde seria assegurada por um conselho de administração, nomeado pelo Ministro da Saúde, composto pelo presidente, por um ou dois vogais executivos e pelos membros da direção técnica eleitos (médico e enfermeiro). A direção técnica seria formada por um médico e um enfermeiro. Era exigido ao médico a categoria de consultor, da carreira de medicina geral e familiar, e ao enfermeiro a categoria de especialista. Esta direção, cuja candidatura teria de ser conjunta, seria eleita pelos médicos e enfermeiros do centro. Cabia-lhe assegurar a organização, prestação e qualidade dos cuidados de saúde.¹²³³

Estabeleceu-se assim um novo regime de organização e funcionamento dos centros de saúde com mais autonomia, através da atribuição de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira. A legislação reforçava a relevância e objetivos dos centros de saúde: “*a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da*

¹²²⁷ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006.

¹²²⁸ CASTELLS, Manuel – **A Sociedade em Rede**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

¹²²⁹ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹²³⁰ DECRETO-LEI N.º 157/99. “*Diário da República. Série I-A*”. 108 (1999-05-10) 2424-2435. Art.º 30.

¹²³¹ OPSS – **Relatório Primavera: Saúde que ruturas?**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

¹²³² DECRETO-LEI N.º 157/99. “*Diário da República. Série I-A*”. 108 (1999-05-10) 2424-2435.

¹²³³ Idem, Art.º 30.

*prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade.*¹²³⁴

Num documento que explicitava as implicações deste quadro legal, a DGS considerava que esta nova estrutura organizacional era “policelular e participativa” ao contrário da anterior “hierarquizada, burocrática e centralista”.¹²³⁵ Aludia à organização dos centros de saúde pós-1983 como uma estrutura por grupos profissionais, sendo que a nova legislação propunha criar uma organização por unidades funcionais, privilegiando uma prática orientada para as pessoas e para a comunidade.¹²³⁶

A nova estrutura organizacional proposta configura novas conceções de gestão das instituições, baseadas na governança, como já indicado, na linha das características apontadas por Albrow,¹²³⁷ a delegação de poderes gestonários a níveis hierárquicos mais baixos, o envolvimento de outros atores, o apelo à criatividade e inovação dos atores no terreno, a responsabilização e o desejo de transparência na utilização dos recursos, a implementação de processos de regulação e informação adequados, o envolvimento em compromissos comuns com base nos valores dos CSP, caracterizavam a tentativa feita no sentido de adequar os CSP às novas realidades sociais. Através do decreto-lei 157/99 materializou-se um desejo de reforma dos CSP motivada pela insatisfação dos profissionais e pelas contradições organizacionais, aliadas às alterações epidemiológicas, demográficas, sociais e de gestão.¹²³⁸ A inadequada integração com os SMS, as mudanças do perfil epidemiológico, nomeadamente o recuo das doenças infecciosas e o avanço das doenças crónicas, o envelhecimento e a baixa natalidade, a pressão sobre a necessidade de diminuir os gastos com a administração pública e a contestação em torno do Estado Providência, tornavam a reforma inevitável.¹²³⁹

Esta necessidade de mudança insere-se na linha das intenções reformistas das instituições públicas do Estado Providência que surgiram, com maior veemência, a partir da década de

¹²³⁴ Ibidem.

¹²³⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

¹²³⁶ DECRETO-LEI Nº 157/99. “*Diário da República, Série I-A*”. 108 (1999-05-10) 2424-2435. Art.º 30.

¹²³⁷ ALBROW, Martin – *A Sociedade como Diversidade Social: um desafio para a governância na era global* in OCDE – **A Governância no Século XXI**, Lisboa: GEPE, 2001

¹²³⁸ BISCAIA et al - **Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2006; CAMPOS, António Correia de - **As reformas da saúde: o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008.

¹²³⁹ CRES - **Recomendações para uma reforma estrutural**. Porto: Ministério da Saúde, 1998; LOURENÇO, Eduardo - *Do Estado como Providência (o fim de um mito)*. *Finisterra. Revista de Reflexão Crítica*, 24/25 (1997) 7-10.

1980.¹²⁴⁰ As alterações no contexto económico e político terão contribuído para enfraquecer o Estado Nação e o consenso em torno do Estado Providência e das suas formulações organizacionais.¹²⁴¹ A globalização, a crise económica, o avanço das ideias neoliberais terão aumentado o desejo de reformas significativas no setor público assistencial.¹²⁴² O Estado Providência tinha sido organizacionalmente estruturado em torno do profissionalismo e da burocracia.¹²⁴³ Esta, assente na divisão do trabalho, na especialização e na hierarquia profissional, na existência de carreiras profissionais que valorizavam a competência e o mérito, e numa panóplia de regras, pretendia assegurar a impessoalidade e racionalidade da organização com vista ao garante da igualdade de tratamento.¹²⁴⁴

Ora ao mesmo tempo que avançavam as ideias neoliberais também se agudizavam as críticas às burocracias profissionais. As organizações burocráticas profissionais tinham-se tornado cada vez mais fechadas sobre si próprias, centralizadoras, reprodutoras dos poderes profissionais e pouco flexíveis perante as novas realidades e necessidades sociais.¹²⁴⁵ A juntar a estes dados a situação económica restringia as perspetivas de evolução, e até de manutenção, dos benefícios sociais alcançados pelo Estado Providência.¹²⁴⁶ Como sustentado por Béland, a mutação de regras, o poder das contradições internas e a coabitação de modelos institucionais e de comportamentos padrão em competição, constituíram-se como fontes de mudança.¹²⁴⁷ Também os princípios da governança surgiam como parte do discurso integrante da reforma, tentando coadunar mais humanismo e centralidade do cidadão nas preocupações do Estado, com sustentabilidade e racionalização nos serviços. O próprio primeiro-ministro acentuava a *necessidade de um novo*

¹²⁴⁰ PAQUY, Lucie – **European social protection systems in perspective**. Blansko, Czech Republic: Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN, 2004.

¹²⁴¹ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

¹²⁴² BJØRNSØN, Øyvind – O Estado Providência na Noruega: Os anos de formação. In *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada*. Ler História. 37 (1999) 23-43; BEZES, Philippe – **Réinventer l'État: Les reformes de l'administration française (1962-2008)**. Paris: Presses Universitaires de France, 2009.

¹²⁴³ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

¹²⁴⁴ Idem.

¹²⁴⁵ CARVALHO, Maria Teresa Carvalho – **Nova gestão pública e reformas da saúde**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009; QUELHAS, Ana Paula – **A refundação do papel do Estado nas políticas sociais**. Lisboa: Almedina, 2001; SIMÕES, Jorge; DIAS, Ana – Políticas e governação em saúde. In **30 anos do Serviço Nacional de saúde: um percurso comentado**. Lisboa: Almedina, 2010.

¹²⁴⁶ BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge de Almeida – Portugal: Health system review. Health Systems in Transition. 9:5 (2007); PAQUY, Lucie – **European social protection systems in perspective**. Blansko, Czech Republic: Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN, 2004.

¹²⁴⁷ BÉLAND, Daniel - Ideas and Social Policy: An Institutionalist Perspective. Social Policy and Administration. 39:1 (February 2005) 1–18.

sistema de responsabilidade coletiva, enquanto um outro político defendia o aperfeiçoamento e valorização do serviço público.¹²⁴⁸

A reforma dos CSP integrou-se, assim, num processo que juntava às fórmulas de maior responsabilização, eficácia e eficiência, autonomia e gestão participativa, o objetivo claro daquilo que Jorge Simões e Ana Dias designaram como “*abandono do princípio ideológico de mais mercado na área da saúde*”.¹²⁴⁹ Procurando a sustentabilidade e a modernização da gestão, os responsáveis pela reforma pretenderam assegurar a sobrevivência do modelo de CSP integrado no SNS. A nova legislação, segundo Vítor Ramos, não era “*uma solução acabada, a receita salvadora para todos os males do SNS, mas é seguramente, «licença para fazer», para inovar, para sofisticar e adequar.*”¹²⁵⁰ Mas a saída da ministra Maria de Belém Roseira, fervorosa defensora das reformas desenvolvidas por Constantino Sakellarides e pela sua equipa, e a sua substituição por Manuela Arcanjo à frente do Ministério da Saúde, colocou em causa o processo de reforma entretanto empreendido.¹²⁵¹ A iniciada reforma dos CSP não chegou a ser concretizada nos centros de saúde. A conjugação de esforços da ministra da saúde e do diretor geral de saúde, numa situação muito semelhante à vivida em 1971 por Baltazar Rebelo de Sousa e Gonçalves Ferreira, não chegou para conseguir o apoio necessário à reforma. A resistência à mudança, a disparidade de percepções cognitivas entre os diversos atores no processo, o pouco tempo para a difusão e formação de processos cognitivos comuns, a diversidade de interesses e a alteração política da situação da ação, prefigurada num novo quadro institucional, acabou por impossibilitar a concretização plena da reforma encetada.

A propósito Constantino Sakellarides relata a experiência vivida:

“Na altura que nós tínhamos os instrumentos, e as primeiras experiências, tinham passado mais de dois ou três anos. No último ano do ciclo político ninguém faz mudanças, toda a gente resiste. No fim desse esforço todo, nós tínhamos as peças todas, tínhamos a conceção, tínhamos a lei, mas não tínhamos muita coisa no terreno. A ausência de coisas no terreno cria argumentos de insatisfação política. A par disso, o partido considerava que o poder estava demasiado disperso em mãos de pessoas que não eram propriamente do partido. A ministra Maria de Belém consentiu

¹²⁴⁸ GUTERRES, António – A necessidade de um novo sistema de responsabilidade coletiva. In *Finisterra Revista de reflexão e crítica*. 24/25 (1997) 11-16 e MARTINS, Guilherme d’Oliveira – Governabilidade no centro-esquerda. In *Finisterra Revista de reflexão e crítica*. 24/25 (1997) 75-82.

¹²⁴⁹ SIMÕES, Jorge; DIAS, Ana – Políticas e governação em saúde. In **30 anos do Serviço Nacional de saúde: um percurso comentado**. Lisboa: Almedina, 2010.

¹²⁵⁰ RAMOS, Vítor – Actas do 1º Encontro dos Grupos de Projectos Formativos Piloto, 2000.

¹²⁵¹ Entrevista a Constantino Sakellarides e OPSS – **Relatório da Primavera, 2001: conhecer os caminhos da Saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

que figuras com influência não fossem do partido e isso foi utilizado como argumento, de facções dentro do partido que queriam ser poder. Dentro do partido houve claramente um forte movimento para substituir a ministra.”¹²⁵²

A ideia expressa no discurso conduz-nos às questões das lutas de poder político dentro de um mesmo partido e à forma como são constituídos os governos. Para Arminda Neves a composição dos governos é influenciada não só pelo seu programa, mas também pelas pressões sociais e partidárias a que estão sujeitos.¹²⁵³ A mudança da ministra assentou, pelos discursos em análise, na pressão partidária e retirou o apoio político à reforma. Constantino Sakellarides saiu, solicitando, no entanto à ministra que não parasse a reforma.

“Imprima o seu selo, mas se dá um sinal de que isto é para parar, isto pára e nunca mais se põe nada em andamento, porque isto leva muitos anos. Reiniciar uma coisa diferente desta, vai-lhe levar muito tempo, se for possível fazê-lo.” Não ouviu, deu todos os sinais de que era para parar. Parou tudo. Portanto, aqui houve dois fatores, por um lado, a falta de expressão no terreno que desse uma base social de apoio e a forma como se deu a transição de poder. Os dois aspetos juntos fizeram parar a reforma”¹²⁵⁴

Terminava uma reforma que Vítor Ramos designa como *iniciativa adiada*,¹²⁵⁵ que não contou com o apoio político necessário, visto que o poder de outros atores se sobrepôs ao dos reformistas. Por outro lado, podemos também dizer que perceção da situação da ação, a diferença de interpretações da realidade, entre a nova ministra e a equipa anterior, pode também ter constituído um fator de bloqueio. Aliás Jorge Simões demonstra a descontinuidade de política de saúde que existiu entre as duas ministras.¹²⁵⁶ Das principais inovações em 1999 Simões e Dias destacam a contratualização, os incentivos dados aos médicos através dos Regime Remuneratório Experimental (RRE), a maior desconcentração na gestão das unidades de saúde¹²⁵⁷ A partir de 1999 os CSP viveram um período de indefinição e só em 2002 novas alterações no quadro político trouxeram propostas de mudança.

¹²⁵² Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹²⁵³ NEVES, Arminda – **Governação Pública em rede: uma aplicação a Portugal**. Lisboa: Edições Sílabo, 2010.

¹²⁵⁴ Entrevista a Constantino Sakellarides.

¹²⁵⁵ RAMOS, Vítor – Cuidados de saúde primários em Portugal. In **A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?** Lisboa: Almedina, 2010.

¹²⁵⁶ SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹²⁵⁷ SIMÕES, Jorge; DIAS, Ana – Políticas e governação em saúde. In **30 anos do Serviço Nacional de saúde: um percurso comentado**. Lisboa: Almedina, 2010.

2.3. ENFERMAGEM – TEMPOS DE INCERTEZAS E DESAFIOS

O tempo que medeia entre 1983 e 2002 foi de grandes mudanças para os enfermeiros comunitários. Por um lado os avanços na formação de Enfermagem, no reconhecimento social da profissão com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), por outro as dificuldades sentidas perante as significativas e constantes alterações nos CSP.

No final da década de 1980 verificam-se novas adaptações do plano de estudos, em consequência do ajustamento da legislação portuguesa às diretivas da Comunidade Económica Europeia (CEE).¹²⁵⁸ Apesar do curso de especialização continuar com a duração de 18 meses, as proporções entre ensino teórico e prático foram alteradas, passando a componente teórica para 40% e a formação prática para 60%. O novo plano de estudos foi aprovado em 1988 por despacho do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde.¹²⁵⁹ A integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior aconteceu em 1988, depois de um longo processo negocial.¹²⁶⁰ Também as alterações na organização institucional e na constelação de atores que ocupavam o espaço profissional nos CSP, em 1982 e 1983, provocaram mudanças significativas para os enfermeiros comunitários.

A INTEGRAÇÃO DOS SMS/CS – TEMPOS DIFÍCEIS

No início da década de 1980 os enfermeiros consideravam que as dificuldades na implementação dos CSP se prendiam com o não cumprimento da legislação o que levava à não integração de serviços, falta de coordenação, resistência à mudança, escassez de profissionais de saúde e má distribuição dos existentes, inexistência de trabalho de equipa, não envolvimento das comunidades nas decisões sobre os serviços de saúde, falta de planeamento e de estudos que permitissem adequada distribuição dos serviços de saúde considerando a realidade das populações.¹²⁶¹ As propostas apresentadas pelos enfermeiros para ultrapassar a situação incluíam a criação de legislação regulamentadora dos CSP com definição de competências das ADSS. Os

¹²⁵⁸ PORTARIA Nº 34/88. “Diário da República. Série I”. 12 (1988-02-15) 129. Ajusta o plano previsto na Portaria nº 1144/82 à directiva nº80/155/CEE de 21 de Janeiro de 1980.

¹²⁵⁹ “Diário da República. Série II”. (1988-07-26).

¹²⁶⁰ DECRETO-LEI Nº 480/88. “Diário da República. Série II”. 295 (1988-12-23) 5070-5072.

¹²⁶¹ CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

enfermeiros que integraram estas últimas enfrentaram inúmeras dificuldades, tanto no plano da defesa da autonomia profissional como na participação na tomada de decisão.¹²⁶²

Além das funções estabelecidas na legislação, cabia ao enfermeiro das ADSS a coordenação distrital dos serviços de enfermagem. Mas em 1981 os distritos de Aveiro e Porto, por exemplo, não tinham qualquer enfermeiro nas Comissões instaladoras das ADSS, o que para os enfermeiros era elucidativo da falta de consciência do seu papel social e profissional. Existia uma forte corrente institucional para que não existisse nas Comissões Executivas das ADSS nenhum enfermeiro, mas apenas uma assessoria de enfermagem. Os obstáculos a uma prestação integrada eram muitos, sendo raros os casos em que conseguiam ser ultrapassados, e quando tal acontecia era mais na base de boas relações pessoais do que em diretrizes claras dos serviços centrais.¹²⁶³

Defendiam os enfermeiros ser necessário um conhecimento efetivo das carências e das potencialidades de cada região e que a enfermagem fosse capaz de assumir um papel mais ativo na mudança a decorrer nos serviços de saúde. Procurava-se também que neste processo a enfermagem não fosse ignorada. Tradicionalmente os processos de mudança institucional não contavam com a participação dos enfermeiros e nas ADSS estes procuravam “*proteger o direito à autodeterminação profissional e à participação no processo de tomada de decisões.*”¹²⁶⁴ o que não foi formalmente aceite.

A legislação que criou as ARS, em Junho de 1982, evidenciou novas perspectivas em relação ao papel dos enfermeiros nos CSP ao excluí-los dos órgãos de coordenação e gestão regional dos CSP, estes perderam assim influência. A existência de cargos de assessoria técnica, e/ou direção dos serviços de enfermagem regionais, passou a depender apenas da boa vontade dos dirigentes. Mais uma vez as normas institucionais delimitavam o acesso dos enfermeiros ao poder.

As dificuldades vão acentuar-se com a integração dos SMS que eram duramente criticados pelos “defensores” dos centros de saúde por não terem uma prestação integrada de cuidados de saúde, não garantirem *o direito universal e geral à saúde*, não proporcionarem formação contínua aos seus profissionais de saúde, não darem oportunidade ao trabalho em equipa multidisciplinar,

¹²⁶² A Portaria 428/76 definia a composição da Comissão Executiva das ADSS que funcionaria em regime de instalação e de que fazia parte um enfermeiro e a Portaria 137/77 fixava as competências da Comissão Instaladora.

¹²⁶³ NEREU, Maria Helena – **Papel dos enfermeiros nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

¹²⁶⁴ NEREU, Maria Helena – **Papel dos enfermeiros nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

sendo a sua subsistência vista como *incompatível com a ideia de sistema unitário de saúde*.¹²⁶⁵ A integração SMS nos Centros de Saúde foi para os enfermeiros comunitários um momento difícil de vivenciar:

“a intenção era boa, e tinha que ser, eu estou plenamente de acordo, mas as coisas foram atropeladas. Com muita mágoa e muita dificuldade, nós lutámos, (o grupo da saúde pública) para não deixar os cuidados de saúde primários ir por água abaixo, porque nós fomos encontrar um ambiente que não tinha nada a ver connosco, em que era só tratar. E um grupo de enfermeiros com muita pouca formação. Auxiliares, muito em função do médico, muito dependentes.” (IAC)

“Não aguentei, aquilo foi terrível, saí...” (ZA)

“As enfermeiras eram assim nesse tempo, eram dominadas completamente pelos médicos, eles queriam que as enfermeiras estivessem nos consultórios com eles, para fazerem os cabeçalhos das receitas para adiantarem serviço, e eu, quando criámos aquele posto acabámos com isso, as enfermeiras não são para fazer cabeçalhos nas receitas de ninguém...De maneira a que isto levou a que eles se juntassem, os médicos e as enfermeiras, foram-se queixar, apresentaram um abaixo-assinado ao presidente aqui da Caixa Distrital de Braga, fizeram queixa de mim ao sindicato...” (AC)

As dificuldades surgem no discurso destes enfermeiros ligadas não só às acentuadas diferenças de práticas e de formação entre os enfermeiros dos CS e das Caixas como à percepção das perdas significativas em áreas que consideravam ser próprias dos CSP. Os conflitos devidos à disparidade de entendimento sobre a forma como foi feita a mudança e às diferentes identidades marcadas pelos distintos percursos profissionais vivenciados nas instituições, foram evidentes.

A integração do SMS nos CS, concretizada em 1983, acrescentou instabilidade, desencanto e ainda menor poder aos enfermeiros de CSP. As diferentes identidades em choque, as diferentes formações, o reduzido número de enfermeiros para responder às solicitações, o poder ganho pela cultura biomédica existente nos SMS, constituíram-se como perdas muito significativas e difíceis de superar. Procurar sobreviver num ambiente considerado adverso, tanto para os enfermeiros das caixas como para os enfermeiros dos CS, passou a ser palavra de ordem. Lentamente, com a maior formação e reconhecimento da profissão, os enfermeiros conseguiram, pelo menos em alguns centros de saúde, ganhar espaços para a criatividade e autonomia embora muitas vezes em situação de disputa por espaços de intervenção própria.

¹²⁶⁵ Intervenção na reunião de trabalho efectuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973 por BARBOSA, Pedro M. - **Sistemas de Previdência**. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 27-32.

“Foi preciso lutar muito para se conseguir lutar contra isso, (contra o poder dos SMS) e eu fui um dos que lutei abertamente. Puseram-me um processo disciplinar, não deu nada, mas foi só por isso, porque eu contestava, eu tinha de seguir a administração política, que estava prevista para a saúde e portanto não tinha de me subordinar, mas eu também tinha os pés nos serviços médico-sociais, eu era oriundo lá e eles queriam que eu defendesse os interesses deles, e eu não fiz isso.” (AC)

“Eu lembro-me de ir a reuniões e, por exemplo, o Porto era um caos, Lisboa também e muitos sítios. Em alguns Centros de Saúde, era muito mal aceite porque as dos Serviços Médico-Sociais acusavam-nos só de fazermos vacinas e consultas a grávida e a crianças e pouco mais, e as dos Centros de Saúde acusavam as dos SMS de só saberem dar injeções e fazer curativos, e pensos e pouco mais, de maneira que foi preciso, eu acho que, bom senso para conseguirmos levar a água ao nosso moinho.”(CT)

Nem a influência que a DGS pretendia ter na organização dos CS propondo, por exemplo, a organização modelar dos espaços e o trabalho em equipa com vista a uma prestação integrada e personalizada de cuidados, conseguiu que a organização dos cuidados deixasse de ser à tarefa. Só a partir de algumas experiências piloto e em alguns centros de saúde em que o número de enfermeiros era mais significativo se conseguiu organizar o trabalho em equipas, organizado por enfermeiros responsáveis pelos cuidados dirigidos ao indivíduo e sua família.

A CRIAÇÃO DA CARREIRA DE CLÍNICA GERAL/MEDICINA FAMILIAR

O Ministro da Saúde do VIII Governo Constitucional empenha-se em fazer publicar o regulamento dos centros de saúde, e em fazer a divulgação do funcionamento do centro de saúde e do novo clínico, médico de família, assim como em publicar instruções de serviço sobre o circuito de atendimento do utente, informação e formação dos utentes e constituição de lista dos clínicos gerais, burocratizando e centralizando no médico os CSP, como aliás o próprio ministro faz questão de frisar num artigo da sua autoria já em 1984, lembrando que o decreto das carreiras médicas consagrava que o doente só deveria ter acesso direto ao seu médico assistente devendo ser este, que, se necessário, o orientava para outros serviços.¹²⁶⁶

Não deixava o antigo ministro de salientar que era imperiosos combater as situações que se verificavam nos centros de saúde, que tinham herdado os antigos “vícios” dos SMS urgindo transformar o ambiente vivido e caracterizado por *“má estrutura, penúria financeira, mau profissionalismo, ...um clima de insatisfação...”*, apontava como soluções a participação da comunidade, um atendimento acolhedor e profissional do utente, a criação de voluntariado nos

¹²⁶⁶ DECRETO-LEI Nº 310/82. “Diário da República. Série I”. 177 (1982-08-03) 2283-2298 citado em MENDO, Paulo – Cuidados de Saúde Primários: Cuidados médicos diferenciados – que continuidade?. *O médico*. 111:1715 (8 de Novembro de 1984).

centros de saúde, o trabalho em equipa, as reuniões profissionais, o estabelecimento de protocolos.¹²⁶⁷ O antigo ministro escrevia que a carreira de clinica geral estava a ser desvirtuada por “*uma rotina caixificadora*”, questionando o que levava a que os profissionais dos centros de saúde não conseguissem fazer um trabalho exemplar e alcançar um funcionamento harmonioso, criticando o envio desnecessário de doentes para os SAPs, e a atuação do então ministro da saúde Maldonado Gonelha, que acusava de não ter “norte” nem ação.¹²⁶⁸

Em 1983 Francisca do Carmo Bexiga, enfermeira supervisora na ARS de Lisboa, colocava como problemas da prática da enfermagem comunitária o facto de as enfermeiras terem dificuldades com os seus registos, pois os médicos passaram a ter em seu poder os registos e ficheiros “*não querem que as enfermeiras registem nas fichas*”¹²⁶⁹. Por outro lado o conflito entre enfermeiras dos CS e dos SMS, e a exiguidade do seu número dificultavam também a sua afirmação profissional nos centros de saúde.

Atividades como reuniões de serviço disciplinares para discussão de casos, trabalho por área geográfica com determinado número de famílias atribuído, registos em suporte comum, tempo para atividades de promoção de saúde, foram algumas das “perdas” das enfermeiras comunitárias que tinham trabalhado no Instituto Maternal, nos centros de saúde de 1971, ou em experiências como a do CS Sofia Abecassis, Fundação N^a Sr^a do Bom Sucesso ou Centros de Saúde da Misericórdia de Lisboa.

“Quando apareceram os médicos de família, foi uma trapalhada, porque eles não sabiam nada de prevenção, de maneira que tivemos vários conflitos, resolveram-se, mas houve muitos conflitos nessa altura porque eles começaram a marginalizar as enfermeiras, eles queriam era ficar na fotografia, mas não queriam que os outros profissionais ficassem...”(AC)

“Por exemplo, o trabalho que era feito na saúde materna, que era feito pelos enfermeiros praticamente, eles não deixavam as enfermeiras escrever nada na ficha, queriam que elas pusessem os dados nos papelinhos, para eles transcreverem... depois eles, escreviam e tal, e a consulta era deles e eles não faziam praticamente nada, na saúde materna...”(AC)

¹²⁶⁷ MENDO, Paulo – Cuidados de Saúde Primários: Cuidados médicos diferenciados – que continuidade?. O médico. 111:1715 (8 de Novembro de 1984).

¹²⁶⁸ Idem.

¹²⁶⁹ BEXIGA, Francisca Carmo [Enfermeira Supervisora das ARS do distrito de Lisboa] – [entrevista] 1983 Fevereiro 28, SMS [por] Ana Almeida e Maria Pestana: Problemas relativos ao atendimento da população por equipas de enfermeiras de área e futura integração dos serviços de cuidados primários. In ALMEIDA, Ana; PESTANA, Maria – **Proposta de organização dos cuidados de enfermagem prestados à população utente do Centro de Saúde Sofia Abecassis**. Lisboa: Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa. Março de 1983. Trabalho realizado no estágio de Administração do Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas. p.40.

“o famoso decreto-lei das carreiras médicas, dá a grande machadada no trabalho dos enfermeiros, tudo aquilo que éramos nós que fazíamos os médicos começaram também a fazer ou estava escrito no papel, e então alguns “Não, isto é nosso”. Eu acho que a carreira de Clínico Geral prejudicou muito. Depois houve a acomodação dos Enfermeiros, também, que foi preciso combater porque “Se eu não posso fazer, não faço.”(CT)

“tive discussões enormes porque os senhores Directores diziam “Mas os médicos quando chegam à consulta têm de ter tudo preparado”. E muitas vezes, eu lembro-me de às vezes dizer aos enfermeiros “Vocês, pronto, não vamos já entrar a matar ...” na década de 90, ainda eram estas discussões.” (CT)

A carreira de clínica geral nos CS gerou alguns conflitos, levou a uma secundarização do papel dos enfermeiros, a perda de autonomia, à continuidade da afirmação da cultura biomédica.

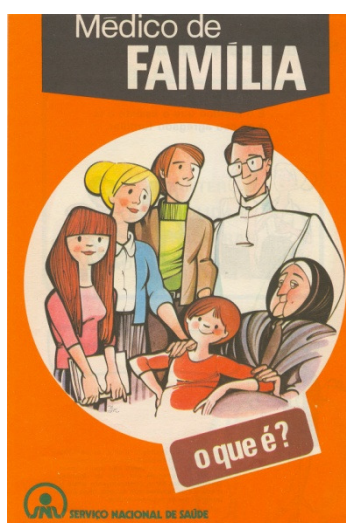


Figura 29: Folheto da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários – a nova carreira de clínica geral e medicina familiar.

Fonte: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Os problemas vão agudizar-se com aquilo que os enfermeiros sentem como usurpação das suas atividades pelos médicos de família e com o mau estar causado por alguns conflitos com os médicos de saúde pública.¹²⁷⁰ A indefinição de funções, o desconhecimento do papel de cada um, a falta de comunicação, a falta de formação, o escasso tempo ou nenhum para atividades de promoção de saúde, a falta de um sistema de informação, coisas como a enfermeira não poder escrever no mesmo processo que o médico, as dificuldades de articulação com os hospitais, a também burocratização e acomodação de alguns profissionais vão trazer sérias dificuldades e conflitos.

O número elevado de médicos de família que entra nos centros de saúde vai fazer que em muitos casos não seja possível criar equipas de saúde pois existem poucas enfermeiras. A falta de

¹²⁷⁰ Entrevista a Fernando Vasco, Isabel Azevedo Costa, Eduarda Cabral Tinoco e Adriano Campos.

formação e de capacidade de intervenção de muitas das enfermarias dos centros de saúde, que tinham vindo dos antigos SMS, com uma cultura de submissão ao poder médico agravou a situação dos enfermeiros comunitários e alterou as suas atividades a partir daí mais centradas no apoio ao clínico e nas intervenções curativas. Contudo muitas equipas de médicos e enfermeiras, e outros profissionais de saúde, construíram projetos inovadores em centros de saúde, organizaram-se em equipa e trabalharam com respeito pelas competências e autonomia das várias profissões.¹²⁷¹

Mas as alterações no padrão de intervenções eram uma realidade. Num estudo efetuado em 1993, Maria Adelina Costa destacava o paradoxo de tendo os enfermeiros comunitários uma formação cada vez mais exigente e de qualidade, se verificasse uma diminuição cada vez maior da sua intervenção, quer nos próprio exercício dos CSP, quer na intervenção no campo das políticas de saúde, afirmando que se verificava um aumento do número de médicos nos centros de saúde e estes iam conquistando espaços de prática que eram tradicionalmente dos enfermeiros nos centros de saúde.¹²⁷² Aliás Manuela Santos Pardal também sublinha que nos Núcleos de Educação para a saúde, atividade em que os enfermeiros comunitários sempre tiveram uma significativa intervenção, eram sempre médicos a assumir a coordenação das equipas, embora isso não estivesse expresso em qualquer normativa da DGS.¹²⁷³

Com base nos dados colhidos na ARS de Viana do Castelo, Maria Adelina Costa acentua que as atividades de educação para a saúde regrediram de forma significativa entre 1985 e 1990, passando de 3936 para 566 em 1990, assim como a visitação domiciliária, ainda que a diferença não tenha sido tão significativa.¹²⁷⁴ O que acreditamos serem dados que põem a descoberto a cada vez menor possibilidade do investimento dos enfermeiros na área da promoção da saúde e *empowerment* dos clientes.

SOBRE A REFORMA DOS CSP 1996/2002

A legislação de 1999, que estabeleceu os designados centros de saúde de 3ª geração, criou novos desafios para os enfermeiros prevendo o exercício da enfermagem de família, a

¹²⁷¹ Entrevista a Fernando Vasco, Constantino Sakellarides e Fernanda Dias.

¹²⁷² SANTOS, Maria Adelina Bandeira Correia dos - Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação.

¹²⁷³ Entrevista Manuela Santos Pardal.

¹²⁷⁴ SANTOS, Maria Adelina Bandeira Correia dos - Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação. p.42

intervenção do enfermeiro nas unidades operativa de saúde pública e de cuidados na comunidade, em moldes completamente diferentes dos até aí existentes até no que respeita à organização dos cuidados de enfermagem.

No ano seguinte decorreu a 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Região Europeia, em Munique. “O *Enfermeiro de Família*” foi o tema da Conferência. Desta reunião saiu uma declaração, subscrita pelo governo português, que atribui aos enfermeiros um papel fundamental no futuro dos sistemas de saúde, destacando, designadamente, a necessidade de reforçar as suas competências e intervenção na prestação de cuidados de saúde à comunidade e às famílias, como fator crucial para melhorar eficácia e a qualidade dos serviços.

Em Dezembro de 2000 o Grupo Consultivo, mundial e pluridisciplinar, da OMS para os cuidados de enfermagem, nas conclusões apresentadas reconhecia que a enfermagem estava em crise, crise essa resultante essencialmente da má planificação e ineficiência das políticas de emprego, da fragmentação dos serviços de saúde e das tendências socioeconómicas. O grupo afirmava que por todo o mundo o abandono da profissão era grande, assim como as dificuldades de recrutamento, situação essa que atribuíam aos baixos salários, às más condições de trabalho, falta de perspectivas de carreira, de reconhecimento profissional e de autonomia.¹²⁷⁵ A OMS relembra que *“Les pauvres sont toujours les premiers à souffrir au moment des crises dans le secteur de santé, alors que les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle crucial pour assurer les services essentiels auprès des populations démunies, marginalisées et mal desservies. Il existe des modèles de services infirmiers et obstétricaux efficaces, mais cette efficacité ne se retrouve au niveau de la politique sanitaire.”*¹²⁷⁶

Numa análise à proposta de lei que criou os designados centros de saúde de 3ª geração a Ordem dos Enfermeiros destacava como positivos os objetivos concordantes com a filosofia dos cuidados de saúde primários; a dotação dos Centros de Saúde de personalidade jurídica criando deste modo um nível de gestão local, descentralizando o poder de decisão, proporcionando condições para um melhor desempenho e ganhos em saúde.

Por outro lado, referia como negativas as situações em que os enfermeiros mais habilitados possam ser preteridos em detrimento de “enfermeiros nomeados” e os riscos de um modelo de gestão médico-cêntrico.

¹²⁷⁵ OMS - Note pour la presse. 17 (20 décembre 2000). Disponível em <http://www.who.int/inf-pr-2000/fr/note2000-17.htm>.

¹²⁷⁶ AL-GASSEER, Dr. Naeema. In OMS - Note pour la presse. 17 (20 décembre 2000). Disponível em <http://www.who.int/inf-pr-2000/fr/note2000-17.htm>.

Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros advogava a garantia do papel do enfermeiro de família como prestador de cuidados globais ao indivíduo e família, ao nível da Unidade de Saúde Familiar (USF) e unidade de cuidados na comunidade; que o número de utentes por enfermeiro fosse de 1500 pessoas ou 350 famílias. Propunha também a salvaguarda de algumas condições em termos de condições de trabalho, como a existência de espaços adequados ao desenvolvimento personalizado de consultas de enfermagem e a existência de instalações, recursos humanos e materiais adequados ao desenvolvimento das competências da unidade de cuidados na comunidade.

Já sobre a representação dos enfermeiros nas estruturas de gestão eram propostas a coordenação e representação formal de cada unidade funcional asseguradas por uma coordenação composta por médico e enfermeiro; a obrigatoriedade de o enfermeiro que integra a unidade operativa de saúde pública ser um enfermeiro especialista de enfermagem comunitária / saúde pública; que o enfermeiro diretor da unidade de cuidados na comunidade fosse especialista em enfermagem comunitária; que nos conselhos de administração um dos vogais executivos fosse um enfermeiro detentor da categoria de enfermeiro chefe, no mínimo.¹²⁷⁷

A Ordem dos Enfermeiros colocava dúvidas se o caminho traçado pela reforma conduziria a uma descentralização nos CSP ou a uma nova recentralização, lembrando que as pessoas eram as mesmas nos CS e serviços dirigentes. Duvidava também se com a reforma se reforçava o SNS ou se caminhava para a privatização¹²⁷⁸.

Quadro 16: Número de habitantes por enfermeiro e médico, entre 2000-2002.

	Médico	Enfermeiro
2000	317.8	-
2001	322.9	384
2002	325.5	403.1

Fonte: RIBEIRO, José Mendes – O sistema de Saúde português. XXI, Ter opinião¹²⁷⁹.

¹²⁷⁷ QUINTAS, Alice; SOUSA, Luís; OLIVEIRA, Manuel; CAETANO, Zita – **Ordem dos Enfermeiros: Uma apreciação – síntese**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

¹²⁷⁸ Idem.

¹²⁷⁹ RIBEIRO, José Mendes – O sistema de Saúde português. XXI, Ter opinião. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos (2012) 194-196. p. 196.

O quadro acima dá-nos a imagem da disparidade entre as recomendações internacionais e a realidade portuguesa em termos gerais. Em 2000 em Portugal, dos profissionais inscritos na Ordem dos Enfermeiros, num total de 37 487, apenas 6371 trabalhavam em centros de saúde, ou seja 17%, sendo que existiam 1062 enfermeiros especialistas em Saúde Pública/Comunitária.

A CENTRALIDADE DA ENFERMEIRA COMUNITÁRIA NOS CSP

As alterações e evolução das necessidades de saúde das populações no final do século XX exigem um novo olhar das enfermeiras comunitárias no sentido de adaptarem as suas práticas às novas realidades sociais, demográficas, económicas e de saúde.

Recomendava a OMS que a prática de Enfermagem deveria contemplar, a par das questões éticas, políticas, sociais, culturais, ecológicas e de desenvolvimento profissional, os componentes essenciais dos CSP, nomeadamente a cobertura universal da população e as questões do empowerment.

Num contexto que se considerava já de restrições financeiras nos serviços de saúde, os enfermeiros são considerados como “*um recurso precioso*”. Reconhecem-se as suas capacidades de adaptação às mudanças demográficas, económicas e sociais, e a suas competências para a prestação de “*uma gama completa de cuidados de saúde primários*”.¹²⁸⁰

À luz deste entendimento são descritos como atividades centrais de enfermagem nos cuidados de saúde primários: a gestão/ das situações de saúde e das doenças crónicas e mentais; a participação na organização e gestão dos sistemas de saúde; o cuidado e ajuda aos indivíduos, famílias e comunidade no sentido de os empoderar no processo de cuidados; o ensino/educação para a saúde; o trabalho com outros profissionais e estruturas comunitárias e intervenção em situação de crise e/ou catástrofes.¹²⁸¹

A verdade é que no final da década de 1990, tanto nos países em desenvolvimento como nos países mais ricos, as enfermeiras comunitárias eram solicitadas para cuidar dos mais pobres e vulneráveis. Em múltiplos países os enfermeiros constituíam-se como resposta para assegurar às populações o acesso aos cuidados de saúde primários.¹²⁸²

¹²⁸⁰ OMS – A simplified guide to nursing in WHO. Copenhagen: OMS, 1986.

¹²⁸¹ Idem.

¹²⁸² Ibidem.

Entretanto em Portugal, em 1996, após décadas de insistência, foi publicado o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)¹²⁸³ No REPE surgem como intervenções dos enfermeiros “ a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”, considerando-se como áreas de exercício não só a prática clínica mas também a gestão, a investigação, o ensino, a formação e a assessoria.¹²⁸⁴

A criação da Ordem dos Enfermeiros acontece em 1998 e é anexado aos seus estatutos o Código Deontológico.¹²⁸⁵ Das suas atribuições constam a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a regulação e controlo do exercício profissional e o assegurar do respeito pela ética e deontologia profissional.

O curso de enfermagem passa de bacharelato a licenciatura em 1999.¹²⁸⁶ Em 2002 foram regulados os Cursos de Pós-licenciatura de especialização em Enfermagem (CPLEE), passando a caber à OE, a partir desse momento, pronunciar-se sobre a adequação do plano de estudos dos cursos de especialização propostos pelas instituições de ensino, ao esperado em termos de competências profissionais de um enfermeiro especialista.¹²⁸⁷

Em Maio de 2001 a 54ª Assembleia Mundial de Saúde declarou que as enfermeiras e as parteiras desempenhavam um papel crucial na melhoria das condições de vida e saúde das populações.¹²⁸⁸ O então diretor geral da OMS, Gro Harlem Brundtland, reconhecia que se a situação das enfermeiras a nível mundial não melhorasse estava comprometido o funcionamento de numerosos sistemas de saúde. A visão valorativa dos cuidados de enfermagem conduziu a que as orientações estratégicas da OMS considerassem domínios de intervenção urgente: adequada planificação e gestão dos recursos humanos, a prática de enfermagem baseada na evidência, o ensino e a administração. Reconhecendo que as enfermeiras são um dos pilares dos serviços de saúde, a OMS acentuava que não reforçar os cuidados de enfermagem era comprometer a qualidade dos cuidados de saúde e o acesso a esses mesmos cuidados.¹²⁸⁹

¹²⁸³ DECRETO-LEI Nº 161/96. “Diário da República. Série I-A”. 205 (1996-09-06) 2959-2962.

¹²⁸⁴ Idem, artigo 8º.

¹²⁸⁵ DECRETO-LEI Nº 104/98. “Diário da República. Série I-A”. 93 (1998-04-21) 1739-1757.

¹²⁸⁶ DECRETO-LEI Nº 353/99. “Diário da República. Série I-A”. 206 (1999-09-03) 6198-6201.

¹²⁸⁷ PORTARIA Nº 268/2002. “Diário da República. Série I-B”. 61 (2002-03-13) 2305-2309.

¹²⁸⁸ OMS – Resolução WHA54.12. 54ª Assembleia Mundial de Saúde, 2001.

¹²⁸⁹ Idem.

SÍNTESE ANALÍTICA DA SEGUNDA PARTE

A transição marcelista a partir de 1968 provocou novas alterações nas políticas de saúde. A legislação de Gonçalves Ferreira, em 1971, simboliza a primeira grande rutura ideológica nas políticas de saúde prosseguidas até então. Baltazar Rebelo de Sousa, ministro da saúde à altura, acentua a necessidade de um contrato social que privilegiasse a justiça social. Pela primeira vez a saúde foi, assumidamente, reconhecida como um direito, dando-se espaço para a implantação de políticas públicas claras nos CSP.

Tal como destacam nos seus estudos Pierson e Steimo¹²⁹⁰, também nesta situação se associaram fatores favoráveis a nível político, neste caso abertura do regime, com um novo paradigma ideológico no entendimento do papel do Estado e uma perceção semelhante entre diversos atores sobre a necessidade de mudança. Lembremos a confluência dos interesses médicos, políticos e institucionais, além de um forte apoio social à mudança, fruto também da cada maior simpatia que a ideia do Estado Providência granjeava junto de vários setores da sociedade portuguesa. Conjugava-se ainda neste cenário um ambiente económico e social favorável, caracterizado pela maior urbanização, pelo desenvolvimento da indústria e do setor de atividade terciário, com reflexos no aumento do Produto Interno Bruto (PIB) e melhoria dos indicadores de saúde.¹²⁹¹

A criação da rede de centros de saúde, apesar da rutura ideológica com o assistencialismo e corporativismo, apresentou, no entanto, alguma continuidade histórica em relação às políticas de saúde anteriores, nomeadamente a experiência dos primeiros centros de saúde das décadas de 1930-1940, de que o Centro de Saúde de Lisboa se constituiu como o mais emblemático, inspirando-se também em exemplos estrangeiros, que apresentavam resultados animadores.

¹²⁹⁰ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004; STEINMO, Sven – Neo-institutionnalisme historique. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010.

¹²⁹¹ BARRETO, António (org.) – **A situação social em Portugal: 1960-1999**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2000.

O esquema de distribuição geográfica e de gestão dos centros de saúde, em 1971, assentou nas estruturas concelhias e distritais das delegações de saúde. Os centros de saúde passam a ser administrados pelos delegados de saúde, poder médico já pré-existente nos concelhos e distritos. A mudança foi realizada buscando apoio nas estruturas intermédias de poder: ou seja nos delegados de saúde, diretamente convidados para os cargos de direcção. Na prática, esta reforma inaugurou a assunção da responsabilidade de prestação de cuidados de saúde não hospitalares por parte do Estado por oposição à política supletiva e assistencialista anterior.

Foi também desenvolvida por analogia à anterior experiência dos primeiros centros de saúde nas décadas de 1930/1940, pretendendo-se uma cobertura nacional assente numa implantação geográfica das delegações de saúde, atribuindo o poder gestor aos médicos de saúde pública, num movimento de concretização de uma política clara, coordenada e com novas ideias sobre o papel do Estado.¹²⁹² A partir deste momento o centro de saúde corporiza a ideia dos CSP, surgindo como estrutura aglutinadora de diversos serviços e com grande amplitude de intervenção, pois integrava vários níveis de prestação de cuidados de saúde. Após 1971, o desenvolvimento dos CSP está associado à ideia de uma sociedade mais justa e mais saudável, ideologicamente ligado a preocupações de justiça social, e de solidariedade. Foi simultaneamente marcado pelo movimento da saúde pública, a cujas fontes foi beber muitos dos seus fundamentos, pelo modelo social europeu desenvolvido após a II Guerra Mundial e pelo movimento internacional dos CSP, liderado pela OMS.

Contudo isto parece-nos que a reforma de 1971 foi a mais relevante no percurso de afirmação e consolidação dos cuidados não hospitalares. O seu impacto ditou, a construção de uma rede coordenada de centros de saúde em Portugal. Estão nesta reforma explícitos, e implícitos, os valores e princípios dos CSP, que acentuam a universalidade dos cuidados, a equidade, a justiça social, serviços de proximidade e organizados para responder às necessidades, cuidados integrados e com continuidade, além do envolvimento com a comunidade.¹²⁹³ Apesar da perspectiva integradora dos cuidados, os centros de saúde enfrentaram grandes dificuldades de implementação. Os legados anteriores, em termos de políticas de saúde que privilegiaram o corporativismo e a

¹²⁹² A este propósito consultar quadro em Apêndice VI.

¹²⁹³ OMS – **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca**. Geneve: OMS, 2008.

organização dos serviços de saúde por tipologia de cuidados a prestar, dificultaram a criação de centros de saúde onde se prestassem cuidados de saúde integrados ao longo do ciclo de vida.¹²⁹⁴

Entre 1971 e 1982 os CSP conheceram grande desenvolvimento e expansão associados a uma continuidade ideológica sobre o papel do Estado na saúde, o reconhecimento do direito à saúde na Constituição de 1976, a criação do Serviço Nacional de Saúde e o investimento realizado na formação de profissionais de saúde. Apesar disso, no nosso entender, não existiu capacidade para solidificar os CSP, o que atribuímos a políticas “reativas”, para o sector, influenciadas pela instabilidade política, económica e social, pós 25 de Abril de 1974. No espaço de uma década existiram catorze governos, viveu-se a descolonização uma conjuntura económica depressiva provocada pelas *crises do petróleo* de 1973 e 1979, aliada ao desequilíbrio das contas públicas; verificou-se também um aumento populacional provocado pelo êxodo de mais de meio milhão de pessoas das ex-colónias. Todos os estes fatores, a juntar a uma visão hospitalocêntrica dos cuidados de saúde,¹²⁹⁵ se constituíram como obstáculos à consolidação dos CSP.

A fundação dos centros de saúde em 1971 e a participação num processo inovador, proporcionou às enfermeiras novas oportunidades de intervenção, tendo sido vivido de forma positiva e envolvente. O mesmo acontecendo na expansão dos centros de saúde e com a participação em projetos-piloto como o Centro de Saúde Sofia Abecassis.

O surgir da especialização em enfermagem de saúde pública e as oportunidades de desenvolvimento profissional entretanto proporcionadas, assim como a publicação de uma carreira que diferenciava as várias áreas de intervenção, foram aspetos que reforçaram a motivação das enfermeiras, e conduziram claramente as enfermeiras à acção ditada pelo respeito pelas normas institucionais que lhes proporcionavam também espaço de autonomia e criatividade. Estas circunstâncias são consideradas essenciais por Mayntz e Sharp para o que designam como uma intervenção com sentido.¹²⁹⁶

*

Já o período de 1982 a 1996 foi caracterizado pela *normalização* das instituições de CSP, ligada à normalização social pós período revolucionário. O fim da expansão económica do período pós-II Guerra Mundial, e da denominada Guerra Fria, a ascensão da ideologia neoliberal, a

¹²⁹⁴ Esta permanência de legados anteriores é enfatizada por Jorge Simões em “**Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho.**”

¹²⁹⁵ CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge – **O Percurso da Saúde: Portugal na Europa.** Coimbra: Almedina, 2011.

¹²⁹⁶ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L’ institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) 95-123.

integração europeia, o enfraquecimento do Estado Providência e o desenvolvimento tecnológico foram o contexto social em que se desenvolveram os CSP.¹²⁹⁷

A reforma de 1982/1983, com a integração dos SMS nos centros de saúde, constituiu-se como momento de dificuldades para os CSP. Instituição poderosa, as Caixas detinham recursos financeiros e humanos muito superiores aos existentes nos centros de saúde. Tinham uma prestação de cuidados à tarefa, orientada para o tratamento da doença, profissionais de saúde pouco envolvidos com a organização, a maioria dos enfermeiros profissionalmente pouco qualificados e o poder organizacional centrado na área administrativa, características que se tornaram dominantes nos centros de saúde após a integração, enquanto que até aí estavam mais direccionadas para a promoção da saúde, com recursos humanos mais qualificados e envolvidos com a organização, dado que muitos deles tinham participado na sua *construção*. Foi tempo de conflitos entre identidades díspares, tanto organizacionais como dos profissionais de saúde. O modo como foi feita a reforma que conduziu à integração dos SMS/CS foi uma experiência que marcou negativamente a prestação de cuidados médicos e de enfermagem nos centros de saúde.

Este momento crítico, de 1982/1983, que incluiu a criação da carreira de clínica geral e a integração do SMS, é paradigmático de como políticas de saúde anteriores podem condicionar o desenvolvimento dos CSP. Consideramos que o legislador não contava com estas consequências imprevistas da legislação. Teórica e ideologicamente, a matriz legislativa estava coerente, propunha um modelo já preconizado em 1971, mas subestimou as construções ideológicas anteriores e o poder efetivo dos SMS.

Pierson¹²⁹⁸, e também Simões¹²⁹⁹, referem que nestas circunstâncias de reforma existe um somatório de fatores de instabilidade, endógenos e exógenos, que afetam simultaneamente as instituições. Neste caso acrescentamos aos aspetos já mencionados as alterações no panorama político português. Consideramos que, tanto a nível nacional como internacional, a contestação ideológica ao Estado Providência se impôs neste período, num movimento ideológico contrário ao que esteve na génese dos CSP. Por outro lado, as dificuldades de sustentabilidade do sistema impunham a procura de novas soluções. Também o pluralismo das instituições, em termos de

¹²⁹⁷ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006; SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹²⁹⁸ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

¹²⁹⁹ SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

multiplicidade de atores, valores, status e interesses, muitas vezes conflituais levam a posicionamentos díspares e inesperados por parte dos atores. Também de destacar neste período, a distribuição desigual de poder na área da saúde,¹³⁰⁰ ficando os CSP detentores de menor autoridade e visibilidade que os cuidados hospitalares. Desigualdade que foi perceptível tanto na atribuição dos recursos materiais e humanos, como na falta de autonomia dos centros de saúde.

No entanto a legislação entretanto publicada fazia, questão de acentuar a centralidade dos CSP no sistema de saúde português, o que significa que o discurso oficial não correspondia ao investimento efetuado nos CSP. Alguns exemplos disso foram a precaridade e más condições de instalação de muitos centros de saúde, o financiamento sempre baixo e a exiguidade dos recursos humanos e materiais. Durante este período faltou uma governança adequada da reforma que permitisse o envolvimento dos diferentes atores, a formação aos profissionais, o tempo para a construção de uma cultura/identidade organizacional mais partilhada. Tal como refere Defarges, isso pressupunha que tivesse sido feito um caminho em que o Estado, enquanto ator, se apresentasse mais disposto a uma atitude de partilha e respeito pelas diversidades, predispondo-se a envolver os atores neste processo.¹³⁰¹

Os aspetos positivos da reforma de 1983, nomeadamente a integração dos diferentes níveis de cuidados, a possibilidade dada aos clientes de terem acesso a cuidados médicos, foram minorizados pelos conflitos nas instituições e pela sua conseqüente burocratização fruto da hegemonia da tradição burocratizada dos organismos dos SMS. Neste sentido, o que Pierson designa como a influência dos processos de cristalização e sedimentação de regras e práticas anteriores¹³⁰², neste caso de uma instituição cooperativa, as Caixas de Previdência, teve clara repercussão nos padrões de funcionamento posterior e na cultura organizacional dos CSP. Existe uma clara dependência de percursos anteriores, nomeadamente de escolhas ideológicas e culturas organizacionais, que se constituíram como handicap neste período.

As alterações institucionais de 1982/1983 foram sentidas pelos enfermeiros como grandes perdas para a profissão, levando a uma paralisia na sua intervenção, quase reduzida à luta pela sobrevivência num ambiente adverso. O confronto de identidades e diferentes práticas, entre as

¹³⁰⁰ GIRALDES, Maria do Rosário – **Equidade e Despesa em Saúde**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997; OPSS – **Relatório Primavera: Saúde que ruturas?**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003; SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹³⁰¹ DEFARGES, Philippe Moreau – **La gouvernance**. Paris: PUF, 2003.

¹³⁰² PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

enfermeiras das caixas e as enfermeiras dos centros de saúde, e entre enfermeiras e médicos de clínica geral, acabou por ser um impedimento e um obstáculo para a ação dos enfermeiros.

A emergência de novo ator com forte dinâmica organizativa e associativa, o clínico geral/médico de família, em 1982, surgiu como uma ameaça para os enfermeiros, e uma clara afirmação do poder médico nos CSP. Para a enfermagem assinalam-se perdas de funções e menorização da sua intervenção, Esta diferença de poder e visibilidade foi acentuada pelas próprias instituições através de procedimentos e normas explícitas em relação às possibilidades de intervenção e acesso ao poder. Tal como sustentam os estudos dos institucionalistas históricos¹³⁰³ também neste caso foram as instituições, e o poder de outros atores, a determinar a ação de um ator específico.

A acuidade diversa na perceção dos diferentes aspetos da realidade e as perspetivas divergentes sobre as formas de intervenção,¹³⁰⁴ levaram a situações conflituosas, ficando a enfermagem numa situação de maior fragilidade, dado que a partir daí nos parece ser necessário uma permanente negociação das áreas de intervenção e funções dos enfermeiros. Por outro lado a prestação de cuidados de enfermagem, nos “centros de saúde de 1971” mais individualizada, assente numa preocupação de cuidar do indivíduo, da família e da comunidade, que considerava todo o contexto envolvente, foi substituída por uma organização do trabalho com base em tarefas.

Se Pierson recorda que a mobilização do ator individual depende bastante do processo de ação de outros, nomeadamente dos processos de ação coletiva, se num processo de mudança as organizações coletivas, como os sindicatos, não estiverem envolvidas é difícil a mudança¹³⁰⁵. Neste processo este aspeto parece-nos que terá ficado menorizado na gestão da reforma.

Por outro lado, os processos cognitivos de interpretação implicam que seja necessário que a própria sociedade, atores profissionais incluídos, assim como a população em geral, estejam preparados para a mudança e tenham sobre ela interpretações comuns.¹³⁰⁶ Como já sublinhámos não existiu um processo de governança da reforma, que incluísse adequada preparação dos

¹³⁰³ HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*, 3-4 (1997), p. 469-496; STEINMO, Sven – Neo-institutionnalisme historique. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010.

¹³⁰⁴ Idem.

¹³⁰⁵ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

¹³⁰⁶ Idem e HOFFLER, C.; LEDOUX, C.; PRAT, P. – Changement. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010. p. 132-139.

profissionais, conduzindo a essa interpretação comum. Devemos também sublinhar que mudar significa ter que investir novamente, reaprender, construir novas redes de coordenação,¹³⁰⁷. Os percursos anteriores das instituições em integração tinham já estabilizado, digamos cristalizado, determinados aspetos normativos e de práticas concretas que potenciaram a resistência à mudança.

Se a imagem de uma integração não adequadamente planeada e conflituosa prevalece, julgamos que esta conjuntura não deixou de comportar vantagens. Desde logo, a integração dos cuidados e a ideia de que cabia aos cuidados de saúde primários uma ação integrada de acompanhamento de todo o ciclo de vida dos indivíduos e das famílias. Apesar de o período pós-1983 generalizar a ideia de CSP integrados em redor dos CS também cria um ambiente de desvalorização das intervenções não curativas. As atividades de promoção da saúde e a ideologia dos CSP, que tinham sustentado a criação dos centros de saúde, ficaram relegadas para segundo plano.

Esta reforma teve, pensamos nós, um impacto contrário à ideologia dos CSP, não melhorou a acessibilidade, não diversificou os cuidados no sentido de maior intervenção na comunidade, nem formou os profissionais para uma mudança, que contou ainda com a entrada nos centros de saúde de um novo profissional, o médico de família.

A dificuldade no acesso, a escassez de recursos humanos, a falta de investimento nos CSP, as alterações ideológicas sobre o papel do Estado, e as novas correntes de gestão dos serviços públicos, tudo junto contribuiu para acumular insatisfações.

Entre 1996 e 2002 os CSP vivenciaram várias alterações num contexto de alterações sociais significativas provocadas por uma nova realidade, que Castells designou como sociedade em rede. Uma sociedade caracterizada pelo desenvolvimento tecnológico, nomeadamente dos sistemas de informação, por redes de comunicação global, pela crise de legitimidade do Estado, pela internacionalização da produção e dos sistemas financeiros, pela reestruturação do sistema capitalista, pela fragmentação e diluição do poder.¹³⁰⁸. A reforma de 1996/1999 tentou romper com um ciclo de descontentamento e insatisfação, consagrando a autonomia dos centros de saúde. Previa a existência de pequenas unidades de saúde a funcionar em rede, com áreas de intervenção distintas, e lideranças “descentralizadas” constituindo-se centros de saúde ou grupos de centros de

¹³⁰⁷ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

¹³⁰⁸ CASTELLS, Manuel – **A Sociedade em Rede**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

saúde, com autonomia técnica e de gestão. Existiu nesta reforma uma lógica de inovação e criatividade, no sentido de uma governança em saúde que assegurasse a adaptação dos CSP a uma nova realidade social complexa e em constante mutação. Introduziu medidas de gestão nas CSP, que se concretizaram pela criação de uma agência de contratualização dos serviços e pelo empoderamento dos clientes.

Não podemos deixar de enfatizar que a reforma de 1996/1999 se baseou na ideia de governança e numa gestão com orientação para o serviço público.¹³⁰⁹ A governança traz para as organizações de saúde a ideia que numa sociedade do século XXI, democrática, com maior nível de literacia, sistemas de informação e comunicação altamente desenvolvidos, globalizada, é necessário gerir as instituições de saúde de forma mais participada, responsabilizante e transparente. Assim, nesta perspectiva, o processo de gestão da reforma das instituições de CSP, exige participação dos vários atores, incluindo sociais e privados, apresentação de resultados, o uso adequado dos sistemas de informação, competência, independência na avaliação, uma posição democrática do Estado no sentido da partilha de poderes.¹³¹⁰ Acarreta, pois, o que Esping-Andersen designa como nova distribuição dos papéis entre o Estado e outros atores.¹³¹¹

Foi também construído um sistema de governança da reforma que levou ao envolvimento de profissionais, interesses corporativos, grupos de influência e poderes políticos. Pretendia-se potenciar os recursos, aumentar a satisfação dos profissionais, pessoas e comunidades, melhorar a qualidade dos serviços, minimizar custos e facilitar os processos administrativos. Procurou-se reinventar a governação pública da saúde baseada nos pressupostos da governança, ou seja adoção de um modelo integrador e participativo, que não desligando os CSP do SNS, privilegiava a sustentabilidade do sistema e a responsabilidade dos profissionais e da própria comunidade pelos CSP.¹³¹² As medidas aplicadas, tiveram aqui a preocupação central, dizemos nós, de contribuir para ganhos em saúde e maior satisfação de clientes e profissionais, num contexto que era já de algum constrangimento económico. Embora tenha tido forte apoio político numa fase inicial, a reforma acabou por não ser concretizada, pois não existiu uma base de apoio político que tornasse possível a mudança. As condicionantes políticas e ideológicas estiveram, mais uma vez, na origem desta não concretização de mudança. Sobre as razões que levam a que umas reformas triunfem e

¹³⁰⁹ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

¹³¹⁰ DEFARGES, Philippe Moreau – **La Gouvernance**. Paris: Puf, 2011.

¹³¹¹ ESPING-ANDERSEN, Gosta; PALIER, Bruno – **Trois leçons sur l'État Providence**. Paris: Seuil, 2008.

¹³¹² OPSS – **Relatório de Primavera, 2002: o estado da saúde e a saúde do Estado**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

outras não, Simões¹³¹³, Béland¹³¹⁴ e também Carvalho¹³¹⁵ explicam que têm necessidade de ser cultural e politicamente aceitáveis e de ter apoio político, viabilidade técnica, e serem assentes em ideias relativamente simples.

¹³¹³ SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

¹³¹⁴ BÉLAND, Daniel - Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. In *Social Policy and Administration*. 39:1 (February 2005) 1-18.

¹³¹⁵ CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

PARTE III
SER ENFERMEIRO NOS CSP: HISTÓRIAS DE VIDA

Capítulo 1

ORIGENS, FORMAÇÃO E ESCOLHAS

*“Existo onde me desconheço
Aguardando pelo meu passado
Ansiando a esperança do futuro.”*

Mia Couto¹³¹⁶

Ouvir e relatar as vidas e experiências de enfermeiros que desenvolveram a sua atividade profissional nos CSP é resgatar a memória e tornar visível a prática da enfermagem neste contexto. Ao contrário dos capítulos anteriores, onde foram fundamentalmente utilizadas fontes documentais, neste capítulo, são as fontes orais a ganhar protagonismo e a suportar a análise do papel que os enfermeiros assumiram nos cuidados de saúde primários. Reforça-se que, apesar de existirem vários tipos de abordagem teórica sobre histórias de vida¹³¹⁷, a que aqui utilizamos é a da história oral, em que as histórias de vida são consideradas como relevante testemunho no estudo de determinada cultura ou grupo, da sua visão do mundo e das suas experiências, embora não se dissipe o caráter único do indivíduo e da sua experiência pessoal.¹³¹⁸

À exceção de uma médica que, após se ter licenciado em Medicina, fez formação em Enfermagem, as histórias de vida apresentadas são de enfermeiros que fizeram a sua opção profissional pelo trabalho nos cuidados de saúde não hospitalares. E destes, apenas uma não foram, ou são, enfermeiros chefes. Esta condição deve-se ao facto de termos procurado informantes privilegiados que tivessem tido um amplo leque de formação, experiências de prática de cuidados e participação também ao nível da liderança de pessoas e organizações.

As narrativas destes enfermeiros sobre as suas origens e os seus percursos permitem-nos compreender o quanto o *individual* implica nas formas de intervenção e no desenvolvimento

¹³¹⁶ COUTO, Mia – Identidade. In **Raiz de Orvalho e Outros Poemas**. Lisboa: Editorial Caminho, 2001.

¹³¹⁷ POIRIER, Jean et al – **Histórias de Vida, Teoria e Prática**. Oeiras: Editora Celta, 1999.

¹³¹⁸ POIRIER, Jean et al – **Histórias de Vida, Teoria e Prática**. Oeiras: Editora Celta, 1999; DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l’histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux**. Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006.

profissional. São testemunhos que nos relatam as dificuldades de um tempo e de um contexto social, económico e ideológico que esteve em grande mutação ao longo do período em estudo.

Os entrevistados são, na sua maioria, mulheres, refletindo o facto de, em Portugal no século XX, a enfermagem estar associada a uma muito acentuada feminização da profissão. A maioria das escolas, até finais da década de 1960, vedara o acesso ao sexo masculino, exceção feita nas escolas militares e em algumas escolas públicas, entre elas a Escola Artur Ravara e a Escola de Enfermagem da Santa Casa da Misericórdia de Braga. Temos por isso apenas um homem no conjunto dos entrevistados (Apêndice IV).

O presente capítulo pretende tornar visíveis as identidades e escolhas dos enfermeiros comunitários, situando-os nos seus contextos familiares, sociais e de opções profissionais.

1.1. CONTEXTOS FAMILIARES E SOCIAIS

Os nossos entrevistados nasceram entre a década de 1920 e meados da década de 1960. Os locais de nascimento variam, sendo que cinco nasceram em distritos do Norte do país, três no Centro, três em Lisboa, duas em Setúbal e uma em Faro. Oito deles estão ligados à média burguesia, três enfermeiras são filhas de empresários e uma delas é filha de um piloto da aviação civil. As famílias dos restantes vivenciaram algumas dificuldades para assegurar o bem-estar da família.

Apenas quatro das mães dos entrevistados trabalhavam fora de casa, dez eram domésticas, seguindo o padrão da época. A mãe de MJB deixou de exercer como enfermeira quando teve o quarto filho. MP diz que a mãe era muito tradicionalista, enquanto IAC fala do empenho social dos pais e do trabalho que a mãe fazia na assistência social. FD menciona o companheirismo e cumplicidade dos pais e a sua preocupação com o desenvolvimento cultural dos filhos. Já CT não deixa de fazer notar as dificuldades económicas de uma família com sete filhos no interior do país e a preocupação dos pais em lhes proporcionarem uma vida melhor. Já NG e NVC referem as posições tradicionalistas da família e MJC as dificuldades e a preocupação dos pais com a educação dos filhos numa localidade isolada do Alentejo. MJB, CC e ZA, tal como X, destacam o apoio dado pelos familiares ao seu projeto profissional.

Quadro 17: Caracterização dos entrevistados por concelho e distrito de nascimento, profissão dos pais e nº de irmãos.

Nome	Ano nascimento	Local de nascimento	Profissão do pai	Profissão da mãe	Número de irmãos
CBO	1922	Lisboa	Funcionário público administrativo	Doméstica Costureira	Filha única
ACS	1935	Braga	Enfermeiro	Doméstica	Filho único
MSP	1935	Faro	Empresário	Professora primária	Dois irmãos
NG	1937	Castelo Branco	Chefe distrital ferroviário	Doméstica	Dois irmãos
MJC	1941	Setúbal	Feitor agrícola	Doméstica	Dois irmãos
ECT	1942	Viseu	Capataz mineiro	Doméstica	Seis irmãos
NVC	1946	Leiria	Sargento do exército	Doméstica	Um irmão
IAC	1949	Braga	Empresário	Auxiliar social	Treze irmãos
ZA	1950	Vinhais Bragança	Guarda-fiscal	Professora primária	Dois irmãos
MJB	1950	Lisboa	Piloto de aviação civil	(Enfermeira) Doméstica	Sete irmãos
FD	1950	Castelo Branco	Empresário	Doméstica	Cinco irmãos
CM	1958	Sesimbra Setúbal	Motorista	Doméstica	Filha única
X	1958	Guarda	Funcionário dos correios e pequeno proprietário agrícola	Floricultora	Dois irmãos
CC	1964	Amadora Lisboa	Empregado comércio	Doméstica	Uma irmã

Também CC valoriza a postura dos seus pais que, tendo pouca escolaridade, conseguiram proporcionar-lhe oportunidades de desenvolvimento. Apesar de alguma diversidade de contextos familiares, constata-se no percurso familiar e social dos entrevistados uma preocupação clara das famílias em assegurar um futuro melhor para os filhos. Por seu turno, estes procuraram coadunar as expectativas paternas com os seus próprios desejos de realização pessoal e profissional. Saliente-se que as opções em termos educacionais com que estas famílias se deparavam para as suas filhas eram, principalmente até aos finais da década de 1960, bastante exíguas, face às expectativas sociais associadas ao género e às dificuldades de acesso ao ensino em termos

geográficos e económicos.¹³¹⁹ Distinguimos, neste plano, traços comuns nas famílias dos entrevistados, nomeadamente a preocupação de proporcionarem uma educação que permitisse autonomia num contexto social e político que via a mulher como subordinada e passiva¹³²⁰ e a valorização da educação formal/conhecimento como mecanismo de ascensão social.

Dos diversos contextos familiares destacamos ainda o facto de quatro dos entrevistados pertencerem a famílias numerosas. FD diz-nos “*tenho 6 irmãos, sou a do meio, tenho 3 a cima e 3 abaixo...*”, MJB tem sete irmãos, IAC tem treze e ECT é a segunda filha de um grupo de sete filhos. Apenas três são filhos únicos, três têm um irmão e quatro têm dois. O número elevado de filhos nestas famílias permite integrá-las num padrão familiar considerado *tradicional*, fortemente promovido pelo Estado Novo, através de políticas natalistas com forte influência dos padrões morais católicos que privilegiava a imagem de *família exemplar tradicional*, numerosa, católica, sustentada pelo trabalho profissional do pai e pelo apoio doméstico da mãe.¹³²¹ Existem ainda situações de famílias migrantes. Os pais de X foram emigrantes na Alemanha, tendo regressado quando ela já tinha terminado o curso. Outros pais foram migrantes internos, como foi o caso dos de NG, de CC ou de ECT. Também este facto era uma realidade da sociedade portuguesa que conheceu vagas de emigração significativas nas décadas de 1930, 1940, 1950 e 1960.¹³²²

Enfim, há entre os entrevistados uma nítida pluralidade de contextos familiares e sociais, embora com algumas regularidades grupais. Realçamos que a maioria é originária da média burguesia, teve modelos familiares consistentes¹³²³ e integra famílias numerosas, que valorizaram mecanismos de formação/educação com vista à autonomia e possível ascensão social dos filhos, apesar da intranquilidade com que assistiram à sua escolha profissional.

¹³¹⁹ GORJÃO, Vanda - **Mulheres em tempos sombrios**. Lisboa: Instituto Ciências Sociais, 2002.

¹³²⁰ PIMENTEL, Irene Fluser - **A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo**. Maia: Círculo dos Leitores, 2011.

¹³²¹ PIMENTEL, Irene Flunser – **História das organizações femininas do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2001.

¹³²² ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.

¹³²³ Pois, tendo enfrentando algumas adversidades, as famílias mantiveram-se unidas.

1.2. A OPÇÃO PELA ENFERMAGEM

A OPÇÃO PELA ENFERMAGEM - OPOSIÇÕES

Ser enfermeira nos anos quarenta, cinquenta, ou sessenta do século passado, inscrevia-se no âmbito de um ideal altruísta, mas constituía também uma real possibilidade de uma mulher poder alcançar a sua independência económica e social. No entanto, ser enfermeira não era, muitas vezes, considerada uma opção adequada. Existiu por parte de algumas das famílias dos entrevistados, alguma relutância em aceitar a opção das filhas/filho.

“Entretanto a minha mãe, como a enfermagem tinha muito má fama nessa altura, não queria de maneira nenhuma que eu fosse para enfermagem, não queria...”(NG)

“...eu era obrigada a dizer aos meus pais que queria ser enfermeira e eu não queria, porque já sabia que não me deixavam ir, tinha de ir para Lisboa, mas então lá disse, foi uma tragédia em casa. Porque a enfermeira era muito mal conceituada, na altura.” (NVC)

Tendo herdado a carga vocacional associada às religiosas, a profissão tinha também uma representação associada a mulheres independentes e que trabalhavam em grande proximidade e intimidade com homens, profissionais de saúde e doentes, o que não era abonatório para as mulheres à época. Era também um trabalho mal remunerado e exigente em termos físicos.¹³²⁴ Para alguns era considerada uma forma de resolver o problema do “amparo” financeiro das mulheres solteiras, tal como referia em 1956 o médico Luís Adão, “há muitas que estão condenadas a ficar para tias. É preciso cuidar dessas e do seu futuro. Não há neste momento em Portugal nada melhor para as raparigas que não possuam família abonada para lhes criar um futuro do que ser enfermeira.”¹³²⁵. Outros viam-na como uma profissão pouco exigente em termos intelectuais e de trabalho duro e mal pago.¹³²⁶

No entanto, o curso de Enfermagem atraía também uma elite de mulheres da burguesia bem retratada em artigo da Revista da Mocidade Portuguesa Feminina de 1953: com o expressivo título “*Rapariga! Chamam por ti*”, constata com surpresa o autor ter encontrado como estudantes de Enfermagem, na Escola Rainha Santa Isabel, em Coimbra, “*muitas raparigas do melhor meio social, como as filhas dos professores universitários Rocha Brito, Barros e Cunha, Cabral Moncada, João Porto, etc...*” quando até aí “*só tiravam o curso de Enfermagem as raparigas modestas*”.¹³²⁷ O artigo salienta a necessidade de preparar técnica e moralmente as futuras enfermeiras e destaca que a Enfermagem vinha “*abrir grandes possibilidades às raparigas do nosso tempo que tenham vocação*” visto que “*não há profissão que melhor se*

¹³²⁴ COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a Vida. Lisboa: Lidel, 1999.

¹³²⁵ ADÃO, Luís – O problema da Enfermagem. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956

¹³²⁶ BERMUDES, Cesina – Formação profissional das enfermeiras. *A enfermeira: Boletim*. 3 (Junho de 1939) 17-33. p. 22-23.

¹³²⁷ P.E. - *Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]*. 75 (Outubro de 1953) 13.

*case com a maneira de ser da mulher.*¹³²⁸ Este discurso, embora valorize o desenvolvimento técnico, não deixa de enaltecer as questões da vocação e do género como centrais na profissão, centralidade, que como antes foi dito, foi acentuada durante o Estado Novo, período durante o qual existiu uma “veiculação do feminino”, na expressão de Morais, na formação e nas políticas para a Enfermagem.¹³²⁹

O facto de algumas mulheres da elite portuguesa optarem pela enfermagem originou uma nova imagem da enfermeira que era também alvo de comentários sarcásticos, nomeadamente sugerindo-as interessadas em casamentos de “conveniência” com os médicos. A récita dos finalistas de Medicina em Lisboa, de 1954, é um bom exemplo disso mesmo:

*“Então não me conhece?
Na cara, no corpo e na perna
Eu sou a enfermeira moderna.
Como vê trago as unhas pintadas
.....
E olhe: não diga a ninguém,
Mas também fumo o meu cigarro
Como essas meninas bem.
.....
Em questões de coração
Sou prática, sem paixão.
E se ando á caça de um doutor
É porque tenho toda a esperança
De que há-de chegar um dia
A Professor.”*¹³³⁰

Aliás esta ideia era também partilhada por alguns pais, como o de Manuela, que não a autorizou a cursar enfermagem, tendo invocado a má imagem da enfermeira associada a comportamentos, na sua perspetiva, eticamente condenáveis:

¹³²⁸ P.E. - *Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]*. 75 (Outubro de 1953) 13.

¹³²⁹ MORAIS, Maria Carminda Soares – *Formação, Género e Vozes de Enfermeiras*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Educação.

¹³³⁰ FINALISTAS DO CURSO DE MEDICINA DE 1954 - Récita dos finalistas do Curso de Medicina de 1954, Teatro da Trindade, 1954.

“Declarei aos meus pais que queria ir para Enfermagem, e o meu pai disse “ Nem pensar! As enfermeiras são amantes dos médicos”, era a ideia na altura.” (MSP)

Manuela não tendo conseguido frequentar o curso de enfermagem, por oposição paterna, foi cursar Medicina em Coimbra. Mas também Adriano Campos lembra que o seu pai, que era enfermeiro, conhecendo a realidade da representação social da enfermagem, não concordou com a sua ida para a Escola de Enfermagem, *“acabei o liceu e o meu pai queria que eu fosse para a faculdade”*. A sua determinação pessoal, aos 17 anos de idade, em 1952, levou-o a conseguir ingressar no curso de enfermagem.

A profissão não lograva alcançar o lugar académico e social que muitos enfermeiros desejavam. A condição de pertencer a um grupo profissional em que existiam muitas curiosas sem qualquer formação, até mesmo empregadas de limpeza *“promovidas a enfermeiras”*, não contribuía para a afirmação do grupo¹³³¹.

Por todas estas razões alguns dos nossos entrevistados experimentaram dificuldades para que as famílias aceitassem a sua escolha profissional. Outras profissões, como a de professora primária coadunavam-se mais com os desejos familiares.

“A minha mãe queria que eu fosse para o Magistério Primário, mas eu não gostava do ensino.” (NG)

“Numa aldeia quase metida ali num buraco ...não tinham grandes possibilidades para que eu pudesse continuar o liceu e depois a faculdade. De maneira que entre a professora primária e a enfermeira, eu fui para enfermeira.” (CT)

Ambas, CT e NG seguiram, como se viu, o caminho da Enfermagem, a possibilidade de autonomia e de ter uma carreira profissional. O próprio Estado assumia publicamente, que desejava *“encaminhar especialmente as raparigas com o curso dos liceus para o campo da acção social ou educativa.”¹³³²*

Em 1943, em conferência organizada pela Ordem dos Advogados, o advogado José de Almeida Eusébio atribuía a diversos exageros o feminismo que tinha trazido as mulheres para o mundo do trabalho: *“Excesso de doutrinanismos, fugidos de livros perigosos para a praça pública, hasteou a bandeira da igualdade de sexos, e fundou em motins e desordem o chamado feminismo.”¹³³³* Afirmava, no entanto, que as necessidades económicas eram as mais fortes a impelir a mulher para o exercício profissional: *“a inundação social de Eva, por mais desafeiçoado que me sinta pelo tal materialismo histórico, tenho de*

¹³³¹ ADÃO, Luís – O problema da Enfermagem. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956

¹³³² MINISTRO DAS CORPORACÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL – **Alguns Princípios da Política Social e Cooperativa Portuguesa. Declarações à Imprensa Estrangeira do Ministro das Corporações e Previdência Social.** Lisboa: Ministério das Corporações e Previdência Social, 1958.

¹³³³ EUSÉBIO, José de Almeida – **Da mulher: Conferência na Ordem dos Advogados em 16 de Dezembro de 1943.** Lisboa: Editora Académica D. Felipa, 1943, p.7.

a filiar antes nas garras opressoras das necessidades económicas do que na morbidez do feminismo”,¹³³⁴ sublinhando que a emancipação das mulheres poderia significar para os homens grande incómodo “se só com a beleza já a mulher vence tudo, aquela que à beleza junta o génio, domina, esmaga, incomoda insuportavelmente.”¹³³⁵ Reconhecendo que o movimento de emancipação e profissionalização da mulher não iria retroceder, o autor fazia no entanto um apelo: “Eleja a mulher a profissão que quiser e para a qual sinta forças e vocação, sob a única condição de não se desviar, sistemática e coercivamente, da função ou fim específico do seu sexo. Só não é lícito à mulher desfigurar, desvirtuar, desnaturalizar, a sua feminilidade, isto é, a graça, a alegria, a beleza, a virtude, a elegância, o bem, a santificação, que lhe incumbe derramar pelo mundo”.¹³³⁶

As medidas legislativas em relação às designadas *profissões femininas*, como a enfermagem, traduziam claramente essa tendência discriminatória muitas vezes sob o manto da preservação das virtudes femininas. A discriminação associada ao género acentuou-se com a proibição do casamento das enfermeiras dos hospitais públicos, legislação que vigorou de 1942 até 1963.¹³³⁷ A reorganização do ensino de enfermagem em 1947, com o objetivo de melhorar a preparação técnica e cultural dos enfermeiros e uma rigorosa *seleção moral* dos candidatos ao curso, acentuava, no seu artigo 5º, que “o ensino de enfermagem deve ser orientado no sentido da preferência pelo pessoal feminino, excepto nos serviços de algumas especialidades, como psiquiatria e urologia.”¹³³⁸

A luta das enfermeiras para terem direito ao casamento chegou a levar algumas delas à prisão, como foi o caso de Isaura Borges Coelho, presa pela PIDE em 1955, quando no MUD Juvenil liderava uma campanha a favor do casamento das enfermeiras.¹³³⁹ A defesa desse direito envolveu a intervenção dos Sindicatos e Associações de Enfermeiros, da Igreja Católica, da Liga de Profilaxia Social e de alguns médicos que alegavam que aquela disposição legal punha em causa o direito à família, colocando em perigo a dignidade das enfermeiras, a moralidade e bons costumes.¹³⁴⁰

Não era, contudo, muito diferente a perceção popular sobre o papel da mulher na sociedade portuguesa. Entre 1964 e 1967 Maria Palmira Duarte realizou em Lisboa um estudo sobre a imagem da mulher, tendo chegado à conclusão que 46% dos homens e 25% das mulheres inquiridos, de

¹³³⁴ Idem.

¹³³⁵ EUSÉBIO, José de Almeida – **Da mulher: Conferência na Ordem dos Advogados em 16 de Dezembro de 1943**. Lisboa: Editora Académica D. Felipa, 1943, p.13.

¹³³⁶ Idem, p. 22.

¹³³⁷ O DECRETO Nº 31 913. “Diário do Governo. Série I”. 58 (1942-03-13) 228 -230 proibiu o casamento das enfermeiras hospitalares dos hospitais públicos e só vinte e um anos depois, em 1963, o DECRETO-LEI Nº 44923. “Diário do Governo. Série I”. 65 (1963-08-18) 270.

¹³³⁸ DECRETO-LEI Nº 36219. “Diário do Governo. Série I”. 81 (10-04-1947) 277-280.

¹³³⁹ GORJÃO, Vanda - **Mulheres em tempos sombrios**. Lisboa: Instituto Ciências Sociais, 2002.

¹³⁴⁰ Idem.

vários contextos sociais, estavam contra o trabalho profissional da mulher, enquanto 35,3% faziam depender o seu acordo do tipo de trabalho que a mulher desempenhasse.¹³⁴¹ No mesmo estudo eram considerados como inconvenientes do trabalho feminino o prejuízo que tal comportava para a missão de esposa, dona de casa e mãe e a hipótese da mulher se tornar independente. Ou seja a autonomia da mulher era considerada desestabilizadora da ordem social vigente. Eram ainda invocados aspetos morais, pois o contacto com homens no meio profissional poria em perigo a moralidade feminina e a fidelidade, no caso das mulheres casadas. Também se considerava que as mulheres iam *tirar* lugares de trabalho aos homens.

A legislação pós-25 de Abril de 1974 formalizou a igualdade legal de homens e mulheres mas a persistência da distinção de papéis/funções femininos e masculinos têm-se mantido.¹³⁴² A verdade é que a enfermagem tem continuado como domínio feminino, continuando com uma taxa de feminização muito elevada.¹³⁴³ Dê-se o exemplo de livros infantis que, em 1984, induziam a ideia de que a opção profissional de enfermagem era para as meninas. Expressivo, nesse sentido, o título “*Quero ser...hospedeira, enfermeira professora, modista,*”.¹³⁴⁴ Não podemos deixar de acentuar o que, nas conclusões de um estudo realizado em 1991, sobre representações sociais de homens e mulheres, Adélia Costa denomina a persistência “*de inexplicáveis distinções entre o que é próprio da mulher e do homem*”, apesar de todas as transformações sociais.¹³⁴⁵ O estereótipo de que existem profissões “femininas” e outras “masculinas” tem-se mantido.¹³⁴⁶

Apesar das dificuldades enfrentadas por cinco dos entrevistados, todos eles acabaram por fazer a sua formação em Enfermagem, embora Manuela tenha enfrentado maiores dificuldades no percurso. Tendo iniciado a sua formação em Medicina, Manuela estava no 2º ano quando o pai faleceu e tentou novamente pedir à família para frequentar o curso de enfermagem:

“Quando iniciei o terceiro ano, voltei a dizer à minha mãe e ao meu irmão mais velho, que tinha mais onze anos que eu, e que assumiu o papel de pai entre aspas, que queria ir para Enfermagem “Não. Se fores para Enfermagem, a mãe deserda-te, ficas sem nada”. Não era o dinheiro que me preocupava, preocupava-me a parte

¹³⁴¹ DUARTE, Maria Palmira – **A imagem da mulher na sociedade: estudo em diferentes meios sociais de Lisboa**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais e Política Ultramarina, 1967.

¹³⁴² VICENTE, Ana – Do autoritarismo e das mulheres na 2ª e 3ª Repúblicas. *Revista da História das Ideias*. Coimbra: Instituto de História e Teoria das Ideias da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 16 (1994) 371-385.

¹³⁴³ PORDATA. Disponível Internet: <http://www.pordata.pt/>. Última actualização: 2011-06-20.

¹³⁴⁴ ALMEIDA, Ana Margarida B. de - **Quero ser... hospedeira, enfermeira professora, modista**. Lisboa: Edições Colibri, 1984.

¹³⁴⁵ COSTA, Adélia – **Representações sociais dos homens e das mulheres, Portugal 1991**. Lisboa: CIDM, 1992.

¹³⁴⁶ ARAÚJO, Helena – **As pioneiras na educação: as professoras primárias na viragem do século - contextos, percursos e experiências**. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2000; MARQUES, António Manuel – **Masculinidade e profissões: discursos e resistências**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2011.

emocional, a parte sentimental. Aquela palavra deserdar, provavelmente naquela altura era mais o distanciamento do que propriamente o vil metal. E outra vez, mais uma vez, me submeti à vontade da minha mãe, e do meu irmão, e fiquei em Medicina, onde fiz os seis anos e depois o ano de estágio. Depois a minha mãe decidiu, entre aspas, que eu ia para analista. Que era uma coisa muito limpinha, não tinha chamadas nocturnas, não tinha que me fazer andar por montes e vales, era sossegadinho, metida num laboratório, sem grandes problemas. Fiquei lá três meses, ao fim de três meses escrevi uma carta à directora do laboratório, que era um amor de senhora, a dizer que não era do meu feitio estar a aspirar pipetas, fazer lâminas e olhar ao microscópio, não era, não tinha nada a ver comigo. Portanto, agradecia-lhe imenso a simpatia dela. Depois disse ao meu irmão e à minha mãe “Vocês podem deserdar-me à vontade, mas eu vou fazer Enfermagem, é aquilo que eu sempre sonhei e tenho que fazer”. Fui à Escola Técnica de Enfermeiras, falei com a directora, descrevi-lhe a minha história de vida e disse-lhe “ Quero fazer Enfermagem, quero descobrir por mim se realmente se justifica esta minha paixão”. E fiz o curso de Enfermagem.” Mas a estranheza era grande, como realça MSP, “era tida como um animal raro”. Desconhecemos se existe em Portugal outro caso de uma médica que quis ser enfermeira, mas a opção de MSP constituía uma surpresa, até pelo prestígio social da profissão médica.¹³⁴⁷

As dificuldades e oposições familiares acabaram por se diluir ao longo do tempo com a afirmação académica e social das entrevistadas. No entanto, o reconhecimento da dureza da profissão e a consciência de que existiam profissões menos desgastantes é patente num comentário feito pela mãe de uma entrevistada, que não se opôs inicialmente à escolha da filha:

“A minha mãe dizia-me: “o curso que tu tiraste, que horror! Ficas tão mal disposta quando trabalhas de noite, porque tiraste esse curso? Vai fazer outra coisa” (X)

Apesar de se manifestarem satisfeitos em termos de realização profissional, os nossos entrevistados reconhecem que se tivessem optado por outra carreira profissional eram mais reconhecidos:

“Estou bem comigo mesma, mas precisamos que nos valorizem mais, houve uma fase em que ninguém queria ir para enfermagem, porque a imagem social não era muito boa, ganhava-se pouco. Mas acho que hoje estamos outra vez numa fase um bocadinho má.” (X)

As questões do reconhecimento social têm perseguido a profissão.¹³⁴⁸ Os enfermeiros sentiram sempre a necessidade de que a sua acção fosse valorizada tanto nas instituições como pela própria população e poder político. Em 1962, a Enf.^a Emília Maria da Costa Macedo, na altura directora da Escola de Enfermagem Artur Ravara e presidente da ACEPS, comentava num encontro

¹³⁴⁷ COSTA, Rui Manuel Pinto – **O poder médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmação, legitimação e Ordenamento Profissional**. Porto: U. Porto Editorial, 2009.

¹³⁴⁸ LOPES, Manuel José; Lourenço, Orlando - **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento socio-moral: Alguns dados e implicações**. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999.

nacional de enfermeiros que a sociedade julgava os enfermeiros com critérios opostos, por um lado exigia um desempenho altruísta de dedicação ao outro, por outro considerava a enfermagem como um grupo “sem nível cultural, social ou moral”.¹³⁴⁹ Representações que se repercutiam no reduzido número de candidatos à profissão, sendo poucos os que estavam dispostos às exigências da formação e dureza do trabalho por tão baixo reconhecimento salarial e social.¹³⁵⁰

Um estigma ainda atual, como demonstra Cristina Correia, que refere ter sentido algum preconceito quando desempenhou funções de assessora no Ministério da Saúde: “*ainda existe uma cultura discriminatória em relação aos enfermeiros.*” (CC)

A OPÇÃO PELA ENFERMAGEM - MOTIVAÇÕES

Enfrentando dificuldades como a falta de reconhecimento e, em alguns casos, a oposição familiar, a distância dos locais para frequência do curso, apenas cinco não tiveram que se deslocar, o que os levou a investir na Enfermagem? As motivações são diversas e não existe homogeneidade entre os entrevistados.

A questão da vocação, associada à escolha profissional impõe-se nos discursos. Carvalho e Lopes salientam que a ideologia da vocação que articulava trabalho e valores religiosos assegurava, por um lado, a dignidade da enfermagem e, por outro, assumia que os enfermeiros tinham já características genéticas específicas para o desempenho da profissão.¹³⁵¹ Esta ideia de que a vocação era condição de opção pela profissão foi acentuada, como já vimos, quer pelos médicos, que pelos enfermeiros, e remonta aos primórdios da profissão.¹³⁵²

Carlota reconhece não ter escolhido a enfermagem por vocação “*Não fui por vocação, era mais porque as meninas que eu conhecia nessa altura iam todas para Irmã Eugénia*”, mas por ser uma opção profissional que lhe permitia ganhar a vida e acompanhar as raparigas suas conhecidas..¹³⁵³

¹³⁴⁹ MACEDO, Emília Maria da Costa – Responsabilidades e problemas da enfermagem. Revista de Enfermagem. Lisboa: Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 202-206.

¹³⁵⁰ Idem.

¹³⁵¹ CARVALHO, Teresa – Profissionalização na Enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional. In DELICADO, Ana; BORGES, Vera; DIX, Steffen (org.) – **Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010. p. 21-47; LOPES, Manuel José; Lourenço, Orlando - **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento socio-moral: Alguns dados e implicações**. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999.

¹³⁵² Idem

¹³⁵³ Lembremos que a Escola de S. Vicente de Paulo, a Escola da Irmã Eugénia, foi uma das primeiras escolas religiosas de enfermagem a admitir alunas laicas . A escola teve grande impacto na altura, devido à qualidade do ensino, tendo atraído, a par com a ETE, alunas oriundas de famílias de classe média alta. Entrevista a Carlota Braz de

No entanto, nenhum dos entrevistados colocou a questão da remuneração como motivo de escolha profissional, até porque os salários auferidos eram baixos¹³⁵⁴. Fernanda decidiu ingressar no curso quando já detinha um emprego: *Nessa altura já ganhava muito bem, ganhava mais lá do que ganharia como enfermeira*. Manuela era médica, como vimos, e alguns dos outros entrevistados poderiam ter escolhido facilmente outro caminho, conhecendo as condições e realidades da vivência profissional da enfermagem, como era o caso de Adriano C. filho de um enfermeiro.

Em alguns entrevistados emerge uma visão idealizada da enfermagem:

“Eu pensava em entrar em enfermagem. Tinha 12 anos quando li o livro “Florence Nithingale - a lâmpada que não se apaga”. Foi aí que eu pensei: eu quero ser enfermeira e era enfermeira de guerra! Um belo dia, vi um anúncio no jornal: estavam abertas as candidaturas, para a escola de enfermagem, pela primeira vez a pedir o 5º ano, eu tinha o 5º ano disse: é agora que eu vou ser enfermeira. Tinha 21 anos.” (FD)

“A enfermagem porque pela minha natureza, pela minha forma de estar sempre fui muito ligada às pessoas e amiga de ajudar as pessoas, muito sensível aos problemas das pessoas”. (MJC)

“Tinha muito mais facilidade nas disciplinas de Ciências, e depois sempre me aliciou o cuidar, não tanto tratar mas cuidar. Assim que tive oportunidade a primeira coisa que fiz foi um curso de socorrismo na Cruz Vermelha, tinha catorze ou quinze anos. Fiz também um curso de Saúde no Lar, também na Cruz Vermelha. Embora na altura eu tivesse notas para entrar em Medicina, achava a Medicina muito limitada na minha perspectiva, era muito vocacionada para tratar a doença e eu queria uma coisa mais abrangente e mais relacional.” (CC)

“A minha ideia da Enfermagem nessa altura era exactamente de um profissional que acompanha o doente, que se preocupa com ele, que dá conselhos, e daí eu ter querido ir para Enfermagem” (MSP)

“Eu no início não pensava ser enfermeira, queria ser educadora de infância, mas tinha quatro irmãos pequenos que faziam tanta guerra que eu ficava saturada e então pensei “Então se eu fico saturada com quatro irmãos pequenos como é que vou ser educadora de infância?” Depois coloquei a hipótese da enfermagem, tinha sempre aquela ideia de ajudar os outros, a ideia foi a de ajudar” (MJB)

Como se lê nestes testemunhos, a opção pela profissão parte, da valorização de aspetos relacionais, altruístas, de quase “missão”, baseada em valores de dimensão humanitária que se aproximam de uma ideologia profissional de vocação.¹³⁵⁵ As motivações de escolha profissional dos entrevistados estão predominantemente associadas às questões do *cuidar*, à intervenção que tem em conta o outro, as suas fragilidades e contextos de vida e não apenas ao tratamento de doenças.

Oliveira; NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.

¹³⁵⁴ SIMEÃO, Maria José – O exercício da enfermagem de saúde pública. Revista de Enfermagem. 46-47 (Out.-Dezembro de 1961) 54-59.

¹³⁵⁵ LOPES, Manuel José; Lourenço, Orlando - **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento socio-moral: Alguns dados e implicações**. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999.

Valores que se inscrevem na génese dos cuidados de Enfermagem, não estão desligados das questões técnicas ou científicas.¹³⁵⁶ De resto, surgem expressos no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), onde é clarificado que a *interacção entre enfermeiro e utente*, se concretiza numa *relação de ajuda*, e que as intervenções de enfermagem passam por fazer pelo outro, ajudá-lo, orientá-lo num processo que passa pela continuidade dos cuidados, e pela avaliação constante dos resultados das intervenções.¹³⁵⁷ Uma das entrevistadas destaca a atenção às diferentes dimensões da pessoa com uma abordagem que inclui, a par com os aspectos curativos, a prevenção da doença e promoção da saúde:

“A minha mãe inculca-nos muito a prevenção, ela estava muito virada para esses aspectos, para os aspectos sociais, humanos, espirituais, sempre conversou muito connosco e acompanhei-a em muita coisa. Eu queria muito não deixar as pessoas adoecerem, de prevenir, as minhas brincadeiras eram muito isso, prevenir, tomar conta, arranjar... era o curso indicado para mim.” (IAC)

Visões que esbatem um pouco, sem os anular, os aspetos mais técnicos da profissão, aliados ao que Carvalho¹³⁵⁸, apoiada por Lopes¹³⁵⁹, designa como associados a uma fase no percurso da enfermagem dominada pelo tecnicismo e que se impõe em Portugal na década de 1960, mas que era já uma realidade anterior nos países anglo-saxónicos.¹³⁶⁰ *“Era uma coisa que eu gostava, porque qualquer coisa que havia, qualquer pessoa que adoecia nada me impressionava, e era um curso mais técnico.”* (NG)

As motivações que levaram à escolha do curso de Enfermagem estão relacionadas com a perceção de que era/é uma profissão que lhes permitia *“ajudar”*, de manifestar abertamente *“preocupação com o outro”* e sensibilidade com o seu sofrimento e os seus problemas, de *“aconselhar”*, de *“prevenir”*, de intervir de forma *“abrangente”* e *“relacional”*, de *“tomar conta”*, de *“estar ligada”* às pessoas, de atender às suas necessidades, incluindo as espirituais, ao mesmo tempo que permitia também fazer algo *“técnico”*.

¹³⁵⁶ ICN – Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. ICN: Genebra, 2008. p. 8.

¹³⁵⁷ DECRETO-LEI N.º 161/96. “Diário da República. Série I-A”. 205 (1996-09-04) 2959-2962. REPE, artigo 4.º, n.º 1, alterado pelo DECRETO-LEI N.º 104/98. “Diário da República. Série I-A”. 93 (1998-04-21) 1739-1757.

¹³⁵⁸ CARVALHO, Teresa – Profissionalização na Enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional. In DELICADO, Ana; BORGES, Vera; DIX, Steffen (org.) – **Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010. p. 21-47.

¹³⁵⁹ LOPES, Manuel José; Lourenço, Orlando - **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento socio-moral: Alguns dados e implicações**. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999.

¹³⁶⁰ SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - *Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain*. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.

Na linha de pensamento de Watson e Hesbeen, arte e ciência em Enfermagem estão ligadas e interdependentes¹³⁶¹ o que pode considerar-se uma característica do discurso destes enfermeiros em relação às razões que os levaram a fazer a escolha pela enfermagem: o reconhecimento de que se identificavam com os valores e práticas ligadas à profissão. Desta análise surge-nos a opção pelo curso e profissão como resultante da coerência entre os modos de pensar, orientações ideológicas pessoais e os valores assumidos como sendo da profissão, ou seja, os motivos de escolha estão ligados a questões essencialmente relacionais, solidárias, tecnicistas/práticas e de consciência da relevância social das problemáticas da saúde.

1.3. FORMAÇÃO

O PERCURSO ESCOLAR

A formação em Enfermagem foi precedida pelo ensino primário e liceal, para alguns, um primeiro obstáculo a ultrapassar. Por exemplo Maria José Crespo relata:

“Eu fiz a 4ª classe já com 12 anos, tive que estar à espera que a escola abrisse porque os meus pais já tinham os meus dois irmãos a estudar em Alcácer e não tinham possibilidades económicas de eu também ir para Alcácer. Como a escola ia abrir no monte eu estive à espera, eu já fui estudar muito tarde, tinha 9 anos.”

Também algumas das outras entrevistadas tiveram que se afastar da família para poderem seguir os estudos liceais:

“Fiz a escola primária na minha aldeia, depois fui para a Guarda estudar, fiquei em casa de um casal conhecido ” (X)

“Vim para o Liceu Nacional de Bragança aos 10 anos, não havia liceu em Vinhais. Mas eu gostava era de estar ao pé dos meus pais e voltei para Vinhais, fui para o Externato de Santo António de Vinhais, só que não tinham até ao 5º ano. Voltei para Bragança, fui para o Colégio do Sagrado Coração de Jesus que era de freiras, como interna para fazer o 5º ano” (ZA)

“Fiz o 5º ano em Viseu, no Liceu Nacional de Viseu” (CT)

“Aqui em Alcácer não havia Liceu e então eu tinha que ir para o Colégio” (NG)

“Fiz o 5º ano no Colégio Costa Marques, era privado, só havia escola pública para o ensino primário.” (CM)

¹³⁶¹ A este propósito ver HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001; HESBEEN, Walter (dir) - **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência, 2004. e WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

Apesar da propaganda oficial da época, no interior do país, e até nos arredores de Lisboa, eram muitas as dificuldades para aceder a um nível de ensino que não o primário. A distância, as despesas com o alojamento, com os transportes, já para não falar no pagamento de colégios privados, tornavam a formação dispendiosa. Destacamos novamente o facto destas famílias, antes da década de 1970, terem investido na formação dos seus filhos, quando eram tantas as dificuldades, com o objectivo de lhes proporcionar um instrumento de trabalho que lhes permitisse acesso a uma melhor condição de vida e até a possibilidades de mobilidade social ascendente. Fernanda Dias recorda a preocupação dos pais em assegurarem aos filhos uma educação diferenciada, para a época, numa cidade do interior do país:

“O meu pai dizia: é preciso que vocês estudem, o vosso trabalho é estudar.” e ainda “Tínhamos em casa a viola, a guitarra, a grafonola, o piano.”

Também Isabel A. Costa refere que o pai, um autodidata, apesar de só ter o curso comercial por impossibilidade económica de prosseguir os estudos, sempre teve preocupações culturais, *“sempre gostou muito de ler, de escrever, de arte, é um homem das artes e da história e continua a escrever sobre Braga”*.

Nazaré Graça conta que quando informou os pais que não queria terminar o 5º ano liceal a colocaram em casa a trabalhar para que experimentasse a dureza da vida que eles próprios tinham:

“Nessa altura os meus pais tinham uma casa com um quintal muito grande e uma quintarola, e eu fiquei em casa, fiquei em casa quase como empregada doméstica. “É preciso alguma coisa na mesa? A Nazaré vai pôr... É preciso passar a ferro? A Nazaré passa a ferro... É preciso ir à horta? Vá vamos e vens também, vamos regar as couves” Ao fim de dois meses a Nazaré diz para a mãezinha: “Oh mãezinha, eu quero ir para o Colégio”. Ao fim de dois meses fui para o Colégio e continuei a minha vida normalmente.”

Num tempo em que não era julgada relevante a formação académica das mulheres, as famílias das nossas entrevistadas, nascidas nas décadas anteriores a 1960, preocuparam-se em assegurar às suas filhas uma educação que lhes permitisse autonomia, nem que fosse numa profissão *bem feminina*. Na verdade durante o Estado Novo a educação feminina passava essencialmente por uma educação que correspondia *“à natureza, sensibilidade, às aptidões físicas, intelectuais da mulher - à sua vocação e ao seu destino”*¹³⁶². Esta vocação e este destino, por mais preparação cultural ou profissional que a mulher tivesse, estavam sempre ligados à sua condição de

¹³⁶² Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]. 139 (Maio-Junho de 1959) 8.

mulher, com obrigações específicas que lhe permitissem assegurar os seus deveres femininos, ligados essencialmente à vida familiar, “*missão que Deus particularmente lhe confia*”.¹³⁶³

Desde o ensino primário que os currícula escolares divulgavam claramente essa doutrina. A este propósito, é bem elucidativo o programa da disciplina de Educação Feminina em 1968, que recomendava que nas aulas as alunas pudessem engomar e coser a sua própria roupa dando “*às coisas modestas e comezinhos um traço de beleza e arte*”, com a preocupação de manter a “*a tradição que importa continuar, da mulher portuguesa como excelente dona de casa*”.¹³⁶⁴ A mesma linha de pensamento prolongava-se nas designadas 5ª e 6ª classes, com o programa da disciplina de Trabalhos Manuais, que, para as raparigas, integrava aprendizagens em tecelagem, costura, passar a ferro, lavagem de roupa, organização da administração doméstica, culinária, decoração de mesas, puericultura e primeiros socorros.¹³⁶⁵ Ainda no início da década de 1970, os currícula do ensino primário continuaram a manter a disciplina de Educação Feminina.¹³⁶⁶

Também a Mocidade Portuguesa Feminina, organização educativa feminina de iniciativa do regime, se empenhava na divulgação dessa imagem de mulher que precisava de saberes essencialmente voltados para a família e o lar proporcionando formação específica, através dos seus centros.¹³⁶⁷

Nesta perspetiva, podemos considerar que as famílias destas nossas entrevistadas rompiam com o estereótipo de que as mulheres deveriam ficar no lar a cuidar dos filhos e, embora tivessem presente a representação do que seria adequado para as suas filhas em termos de futuro, essa ideia passava claramente pela autonomia e pela promoção social através da educação. Contudo, como referimos anteriormente, a enfermagem, rompendo com o ideal da mulher dedicada e circunscrita ao universo doméstico e familiar, permitiu o acesso ao universo das profissões e à vida exterior, embora no exercício de atividades especialmente relacionadas com o universo da feminilidade.

¹³⁶³ Idem.

¹³⁶⁴ PORTARIA Nº 23485. “*Diário do Governo. Série I. Suplemento*”, 167 (1968-07-16) 1019-1036.

¹³⁶⁵ PORTARIA Nº 22966. “*Diário do Governo. Série I. Suplemento*”, 242 (1967-10-17) 1833-1859.

¹³⁶⁶ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NACIONAL – **Legislação anotada do Ensino Primário**. Lisboa: Ministério da Educação Nacional, 1970.

¹³⁶⁷ A propósito da educação feminina no Estado Novo ver MASCARENHAS, João; NEVES, Helena; CALADO, Maria – **O Estado Novo e as mulheres – o género como investimento ideológico e de mobilização**. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa; Biblioteca Museu República e Resistência, 2001; GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002 e PIMENTEL, Irene - **A cada um o seu lugar: a política feminina do Estado Novo**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011.

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A formação académica dos nossos entrevistados à entrada do curso de enfermagem era bastante diversificada, refletindo também as exigências de entrada no Curso, que foram aumentando ao longo do tempo. Verifica-se, também, que alguns dos nossos entrevistados detinham habilitações superiores às exigidas na altura.

Quando Adriano Campos entrou para frequentar o Curso Geral de Enfermagem, as habilitações exigidas eram apenas o 1º ciclo liceal e ele detinha o 7º ano do liceu, atual 11º ano. O mesmo aconteceu com as outras candidatas nascidas antes da década de 60, todas elas com habilitação superior à exigida, constituindo uma exceção no panorama da maioria dos estudantes de enfermagem da altura, que tinham baixas habilitações.¹³⁶⁸

Quadro 18: Caracterização dos entrevistados por habilitações à entrada da formação inicial em Enfermagem.

Habilitações	Nº de enfermeiros
5º ano (atual 9º ano)	10
7º ano (atual 11º ano)	1
Ano Propedêutico (atual 12º ano)	2
Licenciatura em Medicina	1
Total	14

Cesina Bermudes, médica, não se coibiu de comentar essas questões numa intervenção pública: *“É uma triste verdade que muitas enfermeiras são recrutadas em camadas pouco cultas da nossa sociedade... Daqui resulta que o nível intelectual da vossa classe em Portugal seja muito inferior ao que é corrente lá fora.”*¹³⁶⁹

Argumentava que a enfermeira precisava de ser culta para *“ter a inteligência de reduzir às devidas proporções as impertinências dos doentes ricos, as manifestações de má educação e o mau humor de todos... e tomará sobre os doentes o duplo ascendente da competência profissional e da correcção irrepreensível. Também se a enfermeira for bem educada terá a diplomacia e tacto necessário para se saber adaptar ao nível social dos meios que ocasionalmente frequenta.”*

Também ao contrário do que era a prática corrente quanto às exigências académicas para o ingresso no curso, a OMS defendia, em 1962, que *“Para consagrarse con eficacia a los servicios de enfermería de salud pública y encontrar satisfacción en los estudios correspondientes necesita la alumna una buena*

¹³⁶⁸ Entrevistas aos enfermeiros – histórias de vida

¹³⁶⁹ BERMUDES, Cesina – Formação profissional das enfermeiras. *A enfermeira: Boletim*. 3 (Junho de 1939) 17-33. p. 22-23.

*instrucción previa. Enseñar la profesión no consiste en inculcar conocimientos aplicados, sino en estimular el deseo de explorar otros sectores conexos de las ciencias y las artes por ser éste el mejor medio de enriquecer la vida intelectual.*¹³⁷⁰

Nesse mesmo ano, Maria Emília da Costa Macedo propunha que o recrutamento de estudantes de enfermagem se fizesse apenas entre candidatas com o 5º ano do liceu. Esta proposta tinha sido elaborada por um grupo de enfermeiros envolvidos num estudo sobre a reforma do ensino de enfermagem, lamentando que *“devido a condições várias, actualmente o recrutamento não se faz no nível social que é requerido, chegam-nos poucos elementos bons, logo insuficientes para o trabalho de promoção profissional necessário.”*¹³⁷¹. Admitia a mesma enfermeira que a enfermagem não poderia cumprir adequadamente a sua missão se não elevasse o nível de escolaridade dos candidatas. Mas esse desejo dificilmente se concretizaria se não se mudassem também as condições de trabalho e recompensas salariais bem como a representação social dominante da enfermagem.¹³⁷²

Mas, na verdade, quanto às habilitações académicas dos candidatos ao curso de enfermagem, seriam as das mulheres em geral, muito baixas nas décadas de 1940 e 1950, situação que a partir de 1960 se foi alterando. Em 2000 o número de mulheres matriculadas nos ensinos secundário e superior era mais elevado do que o número de homens.

Quadro 19: Alunos matriculados por nível de ensino e sexo entre 1961 e 2000

Tempo	Nível de ensino											
	Total	Homens	Mulheres	Ensino Secundário			Ensino Médio			Ensino Superior		
				Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
1961	x	x	x	13116	8231	4885	x	x	x	x	x	x
1970	x	x	x	27028	15924	11104	x	x	x	x	x	x
1980	1873559	966169	907390	169516	83437	86079	4362	502	3860	80919	45370	35549
1990	2160180	1086639	1073541	309568	145111	164457	//	//	//	157869	68123	89746
2000	2260745	1115985	1144760	417705	199674	218031	//	//	//	373745	162524	211221

Fonte: PORDATA, 2011¹³⁷³.

¹³⁷⁰ BRYAN, Doris; TAYLOR, Margaret S. - La enfermería de salud pública en el programa de estudios básicos. In ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – Enfermería de salud pública: problemas y perspectivas. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1962. p. 74-75.

¹³⁷¹ MACEDO, Emília Maria da Costa – Responsabilidades e problemas da enfermagem. Revista de Enfermagem. Lisboa: Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 202-206.

¹³⁷² Idem.

¹³⁷³ PORDATA. Disponível Internet: <http://www.pordata.pt/>. Última actualização: 2011-06-20.

As exigências de nível de habilitações literárias à entrada dos candidatos nos diferentes cursos de enfermagem foram aumentando. Em 1942 exigia-se o ensino primário, ou seja quatro anos de escolaridade.¹³⁷⁴ Em 1947 era já o 1º ciclo liceal (atual 6º ano).¹³⁷⁵ Na legislação de 1952 as habilitações exigidas eram as mesmas de 1947, para os cursos de auxiliares e Curso Geral, mas criaram-se o Curso Complementar de Enfermagem e o Curso para monitoras, que tinham como exigência de habilitação o 2º ciclo liceal (atual 9º ano).¹³⁷⁶

Reconheciam os enfermeiros, com alguma apreensão, que a disparidade de formações na enfermagem e a desigualdade de níveis de habilitações académicas requeridas pelas diversas escolas correspondiam a diferentes formações, que poderiam conduzir à divisão do corpo profissional de enfermagem em dois: “*nível de elite e nível de massas*”.¹³⁷⁷ O que, segundo Maria Emília da Costa Macedo, acabaria por criar cisões em termos de responsabilidades e funções entre os enfermeiros, excluindo a “enfermagem de massas” das mais importantes. Defendia, por isso, que se fizesse uma formação suplementar para os enfermeiros menos preparados e se apostasse numa formação de elite para os enfermeiros, mas a partir de uma base igual para todos, sustentando também a necessidade de existência de estudos pós-graduados para os enfermeiros que o desejassem.¹³⁷⁸

Na década de 1960 voltaram a aumentar as habilitações de entrada nos cursos¹³⁷⁹ e em 1979 era obrigatório o terceiro ciclo liceal, ou seja, 11 anos de escolaridade. A partir de 1988, com integração do curso no ensino superior, o 12º ano passou a ser a habilitação de ingresso.

O percurso dos nossos entrevistados dá-nos também uma ideia dessa diversidade de formações, mesmo a nível inicial. Doze dos entrevistados frequentaram o Curso Geral de Enfermagem.

¹³⁷⁴ DECRETO Nº 32612. “Diário do Governo. Série I”. 302 (1942-12-31) 1711-1713.

¹³⁷⁵ DECRETO Nº 36219. “Diário do Governo. Série I”. 81 (1947-04-10) 277-280.

¹³⁷⁶ DECRETO-LEI Nº 38884. “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 875-877 e DECRETO Nº 38885. “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 878.

¹³⁷⁷ MACEDO, Emília Maria da Costa – Responsabilidades e problemas da enfermagem. Revista de Enfermagem. Lisboa: Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 202-206.

¹³⁷⁸ *idem*

¹³⁷⁹ DECRETO-LEI Nº 46448. “Diário do Governo. Série I”. 160 (1965-07-20) 1023-1024.

Quadro 20: Caracterização dos entrevistados por *tipo de formação inicial em Enfermagem*.

Tipo de formação inicial em Enfermagem	Nº de enfermeiros
Curso Geral de Enfermagem	12
Curso de Enfermagem de Saúde Pública + Curso de Equiparação ao Curso Geral	1
Curso de Auxiliar de Saúde Pública + Curso Geral de Enfermagem	1
Total	14

Isabel frequentou o Curso de Enfermagem de Saúde Pública na então Escola de Enfermagem de Saúde Pública, fundada em 1967. O curso tinha duração de dois anos e a sua posterior extinção levou a que as enfermeiras tivessem que frequentar o terceiro ano do Curso Geral para obterem a equivalência.¹³⁸⁰ Cesaltina Marquês fez um percurso diferente, realizando o Curso de Auxiliares de Saúde Pública, uma formação que tinha sido uma iniciativa de médicos de saúde pública, com a duração de seis meses. Rapidamente foi extinto, sendo a nossa entrevistada orientada, pela então enfermeira que integrava a ADSS, no sentido de fazer o Curso Geral de Enfermagem:

“A Enf.ª Borges Ferreira mandou-me chamar para me dizer que a profissão ia acabar. Eu tinha duas opções, ou passava automaticamente a administrativa ou tinha a hipótese de fazer o Curso Geral de Enfermagem com comissão gratuita de serviço. Claro que optei pelo curso e ingressei em 1977 na Escola das Franciscanas Missionárias de Maria.”
(CM)

Na realidade, o número de enfermeiras era tão reduzido que, até ao final da década de 1980, existiam bolsas, a nível nacional e distrital, para subsidiar os candidatos a estudantes de enfermagem.¹³⁸¹

Do curso, os entrevistados guardam memórias da sua exigência e, alguns deles, como Zita e Isabel, que ficaram internas no lar das respetivas escolas, afastadas da família, recordam que só iam a casa nas férias. Foi também o caso de Cesaltina, Nazaré, Natália, Eduarda, X, Manuela e Maria José. Apenas Carlota, Maria João, Cristina, Fernanda e Adriano tiveram acesso à escola de enfermagem nas suas cidades de residência.

¹³⁸⁰ Entrevista a Isabel Azevedo Costa

¹³⁸¹ Entrevistas a Isabel Azevedo Costa, Cesaltina Marquês

Dos catorze entrevistados, onze iniciaram o curso entre os dezasseis e os dezoito anos, sendo que duas delas tiveram que ter autorização ministerial, pois não tinham ainda os dezassete anos previstos na lei. Foi o caso de Eduarda e Nazaré. Recorda a primeira:

“Tive que pedir autorização ministerial para entrar na escola porque só tinha 16 anos, os meus pais não gostaram muito mas lá me deixaram ir. Era muito nova... e fiz o curso de Enfermagem, aos 19 anos estava formada.” (CT)

O ensino e os primeiros passos da Escola de S. Vicente de Paulo são mencionados por Carlota: *“Era extraordinário por causa da força da irmã Eugénia, a irmã Eugénia era uma mulher diferente, era muitíssimo inteligente e com uma força e uma esperança... era uma mulher espantosa, dinâmica, e com uma força de vontade extraordinária.”* (CBO)¹³⁸²

Destaca-se também como característica dos entrevistados não terem tido insucesso escolar, mesmo, como foi o caso de Fernanda Dias, quando tiveram que trabalhar a tempo parcial. O gosto pelo curso e pela aprendizagem é destacado por todos. Adriano lembra:

“Eu passava os dias durante os três anos do curso, dentro do Hospital, às vezes dormia lá, mas dormia voluntariamente, porque não havia ninguém e eu ficava, tinha curiosidade, aprendia mais.” (AC)

As dificuldades nos estágios devidas à falta de pessoal, ou ao choque com a realidade, são acentuadas por algumas das entrevistadas

“Lembro-me de ficar sozinha (em estágio) durante a noite com quarenta doentes de cirurgia, só havia uma enfermeira.” (FD)

“Chegava a casa e chorava, por causa daquilo que tinha acabado de ver” (FD)

Quanto à feminização dos cursos, Adriano recorda que era o único rapaz no curso e Nazaré menciona os cinco rapazes que integravam o Curso de Enfermagem Geral de 1954-1957 da Escola Ângelo da Fonseca, num grupo de vinte e três alunos. Aliás, na linha do que Luís Adão, na altura director da Escola de Enfermagem Artur Ravara, mencionava como diferença *“esclarecedora”* entre o número de diplomados homens e mulheres. Em 1956 na sua escola a percentagem de alunos homens não chegava aos 10%.¹³⁸³

¹³⁸² A enfermeira religiosa brasileira Eugénia Tourinho fundou a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo em 1939. Esta enfermeira tinha feito a sua formação na escola de Enfermagem do Hospital Dês Peupliers em Paris, estabelecendo na escola por si fundada em Lisboa, um currículo inovador para a altura. Aliás, esta escola foi, a par com a ETE, das primeiras escolas a introduzir no curriculum do curso as questões da enfermagem de saúde pública/comunitária in NUNES, Lucília - Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência, 2003.

¹³⁸³ ADÃO, Luís – **O problema da Enfermagem**. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956

Podemos dizer que os entrevistados fogem claramente ao panorama da escolaridade nas décadas de 1940/50/60, detendo um capital escolar e cultural que os diferenciava, pertencendo a uma minoria de enfermeiros que detinham maiores habilitações à entrada do curso, num tempo em que o ensino de enfermagem não estava integrado no ensino superior. Esse facto permitiu-lhes também fazer escolhas profissionais mais esclarecidas e assumirem no espaço institucional as suas convicções de forma mais segura. Aliás na linha de Foucault, que liga saber ao poder¹³⁸⁴, esta realidade, como veremos, também lhes permitiu o acesso a lugares de liderança no contexto dos CSP.

1.4. ESCOLHER A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A ESCOLHA

A vida profissional de nove dos nossos enfermeiros iniciou-se nos hospitais. Carlota começou a sua carreira no Hospital de S. Luís (conhecido como “S. Luís dos Franceses”) em Lisboa. Adriano no Hospital de S. Marcos em Braga, Nazaré na Maternidade Alfredo da Costa, Eduarda nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Maria José no Hospital de Santa Maria em Lisboa, Natália no Hospital Curry Cabral em Lisboa, Maria João no Hospital Particular de Lisboa, X no Hospital dos Covões em Coimbra e Cristina no Hospital de Santa Maria em Lisboa. Nenhum deles esteve mais de três anos no Hospital.

Apenas cinco das entrevistadas optaram, logo após o curso, pelos CSP; Isabel, Manuela e Zita ingressaram nos serviços do Instituto Maternal, enquanto Cesaltina e Fernanda iniciaram a sua vida profissional nos então recém-criados centros de saúde, na década de 1970. A opção pelo trabalho nos cuidados de saúde primários teve géneses diferentes. As razões incluem a insatisfação com o percurso profissional até aí realizado, a vontade de experimentar novas atividades, o desejo de trabalhar em atividades de promoção da saúde, e a necessidade sentida de melhor conciliar a vida familiar com a vida profissional.

A impotência sentida perante a doença e a morte levou uma das entrevistadas a sair do hospital e a procurar um local de trabalho que lhe permitisse contribuir para as evitar, demonstrando uma clara consciência de que os números da mortalidade infantil poderiam ser diminuídos com uma intervenção adequada dos serviços de saúde,¹³⁸⁵ aliás, a principal razão para a fundação do

¹³⁸⁴ FOUCAULT, Michel - **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 2008.

¹³⁸⁵ Entrevista a Maria José Crespo

Instituto Maternal, onde as enfermeiras desempenharam um papel crucial na melhoria da situação de saúde de muitas famílias e crianças.¹³⁸⁶

“Eu pensei: tenho que ir trabalhar para um sítio onde eu possa evitar que estas crianças adoçam, se eu for trabalhar para os CSP, para a saúde pública, eu vou sentir-me melhor, vou fazer uma coisa que me dá prazer e vou contribuir para que muitas crianças não adoçam e não morram com problemas que podem ser evitados. E foi essa a minha opção. E depois da morte dessa criança sai do hospital e fui para o Instituto Maternal.” (MJC)

Também Eduarda ingressou no IM mas na altura já tinha realizado um estágio de seis meses no Centro de Reanimação Respiratória do Hospital Henry Lassen, em Paris, tendo pertencido à equipa responsável pela abertura do Centro de Reanimação Respiratória dos Hospitais da Universidade de Coimbra na década de 1960.

“Até 1966 estive nos Hospitais da Universidade de Coimbra e fui a enfermeira responsável pelo Centro de Reanimação Respiratória. Mas queria experimentar outra coisa e então saí. Saí mas não tinha emprego noutra sítio. Então escrevi para o Instituto Maternal para Lisboa porque, isto em 1967, era a altura em que estavam a criar mais Dispensários Materno-Infantis por todo o país.” (CT)

Já Nazaré recorda que a sua ida para a Misericórdia não a afastou dos cuidados hospitalares, antes aumentou o seu leque de experiências

“Como os meus pais estavam em Alcácer eu vinha aqui muitas vezes. Os médicos de cá eram amigos da família e não me largavam: “venha para cá, venha para cá” (para a Misericórdia). Pedi conselho à minha chefe na MAC, disse-lhe: “em Alcácer não me largam, querem que eu vá chefiar a Misericórdia, dê-me um conselho”, ela respondeu-me “Vai experimentar, ver se gostas ou não. Tens sempre aqui a porta aberta.” Então vim. Fiquei a chefiar todos os serviços da Misericórdia, o hospital e o lar.” (NG)

A insatisfação com o trabalho anterior é verbalizada por Natália: *“Vim para Sesimbra em 1972. Estava muito insatisfeita em Santa Marta e então resolvi vir fazer a experiência a ver se gostava, como é que era e pronto. Gostei da terra, gostei da gente, do serviço, dos colegas e cá fiquei.” (NVC)*

Para Adriano a saída do hospital prendeu-se com as condições de trabalho e com a possibilidade de ganhar mais:

“Eu lembro-me que numas férias cheguei a estar no hospital uma semana inteira de dia e de noite. Quando saí desse serviço já nem sabia andar nas ruas, estar metido naquela casa durante uma semana era realmente muito violento. E outra coisa: durante imenso tempo não tínhamos médicos na urgência. Nós, os enfermeiros, é que fazíamos tudo, e tínhamos que ver quando era necessário chamar o médico ou não, significa que todas as situações que ali surgiam eram tratadas por nós, chegávamos ao ponto de sermos nós a fazer os internamentos. Enfim, eu tinha 20 e poucos anos e portanto, com essa idade estar metido num sítio daqueles... Eu gostava do serviço, gostava muito, mas de facto, não dava para aquela idade. Então, como as caixas pagavam mais, fui para lá.”

¹³⁸⁶ CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.

As dificuldades das Misericórdias em garantirem a dotação adequada em termos de recursos de profissionais de saúde, assim como o seu pagamento condigno, são bem visíveis no discurso de Adriano. Estes problemas, já mencionados em capítulo anterior, acabavam por prejudicar os enfermeiros que trabalhavam a tempo inteiro nestas instituições. O facto de as Caixas de Previdência empregarem maioritariamente auxiliares de enfermagem¹³⁸⁷ permite-nos pensar que talvez por essa razão pagassem mais que outras instituições aos enfermeiros melhor qualificados, que contratavam para assumir cargos de chefia ou atividades clínicas de maior complexidade.

A FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Após o ingresso nos serviços de CSP apenas um dos entrevistados não fez formação pós-graduada em saúde pública/comunitária. E isso deveu-se ao facto de ter deixado de exercer a profissão e ter decidido ficar em casa, após o nascimento do seu quarto filho, para investir no bem-estar da família, que entretanto aumentou para oito crianças. Essa opção é exemplar dos condicionalismos da vida familiar no desenvolvimento de uma carreira profissional que dificilmente se conjugava, no seu caso, com uma família numerosa e um marido muitas vezes ausente por obrigações profissionais.

De acordo com Vanda Gorjão, os modelos conjugais e familiares e interiorização da definição do que é ser mulher continuaram a definir as opções das mulheres, e estas enfermeiras não foram exceção.¹³⁸⁸ Manuela deixou a enfermagem em 1971 para optar definitivamente pela medicina e especializou-se em Saúde Pública.

“Quando voltei da Madeira fixei-me, fiquei técnica de Enfermagem do Instituto Maternal. Entretanto a então minha chefe, a Dr.ª Maria Rosália Heitor Ferreira, insistiu muito comigo para que eu fosse fazer a especialização de Saúde Pública como médica. E eu lá fui fazer o curso de Saúde Pública. Entretanto o Instituto Maternal acabou, com a criação dos centros de saúde, ficou na dependência da Direcção Geral de Saúde e eu fui convidada pelo Dr. Arnaldo Sampaio para chefiar o Serviço de Educação Sanitária.” (MSP)

O Serviço de Educação Sanitária da DGS assumiu um papel de relevo na dinamização e coordenação dos Núcleos de Educação para a Saúde dos centros de saúde. No seio destes grupos multiprofissionais, os enfermeiros assumiram grande parte das atividades, nomeadamente na saúde escolar e em outras atividades de índole comunitária.¹³⁸⁹ Com a alteração do seu percurso, Manuela acabou por escolher a carreira que lhe oferecia maior segurança económica, autonomia e prestígio

¹³⁸⁷ Entrevista Adriano Campos, Natália Viera da Costa, Eduarda Cabral Tinoco, Ernesto Tocantins Rodrigues

¹³⁸⁸ GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios**. Lisboa: Instituto Ciências Sociais, 2002.

¹³⁸⁹ Entrevistas a MSP e MJB.

social e lhe possibilitava continuar a trabalhar numa área de que gostava especialmente, a educação para a saúde.

Entretanto a maioria dos enfermeiros empenhou-se em adquirir formação específica em enfermagem comunitária.

Quadro 21: Caracterização dos entrevistados por formação posterior à formação inicial em Enfermagem.

Formação posterior	Nº de enfermeiros
Sem formação posterior (deixou de exercer)	1
Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Pública (CASP)	2
Curso de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública (CAESP) + Curso de Especialização em Enfermagem (CEE)	4
CASP+CEE+Curso Complementar em Enfermagem (Pedagogia ou Administração) (CCE)	2
CASP+ CEE + Mestrado	1
CEE + Mestrado	2
CASP+ CEE + CCE+ Mestrado+ Doutoramento	1
Curso de Esp. em Medicina Saúde Pública	1
Total	14

O CAESP, um curso breve com a duração de três meses, revestiu-se de grande importância para a formação dos enfermeiros que trabalharam nos centros de saúde de saúde pós 1971. Sobre o CAESP Adriano comenta:

“Eu considerei que era importante ter uma formação um bocadinho diferente, então fui fazer o CAESP à Escola de Enfermagem de Saúde Pública. E a Ione Filipe Pinto deu-me uma grande ajuda, deu-me informação, documentação, deu-me muitas horas de formação.” (AC)

Adriano não só reconhece o impacto deste curso na sua vida profissional como, depois dele, ficou motivado para pedir ajuda no sentido de os enfermeiros chefes dos SMS terem acesso a formação semelhante. Adriano desejava que os serviços dos SMS no distrito de Braga funcionassem, em termos de enfermagem, de modo semelhante aos centros de saúde:

“Então eu pedi-lhe (a Ione Filipe Pinto) para que se organizasse uma formação, um curso para os enfermeiros chefes dos SMS aqui de Braga. E fizeram esse curso com a colaboração da Escola de Enfermagem de Saúde Pública e com a Escola de Administração e Ensino de Enfermagem. Durou três semanas e ficaram lá internos na escola em

Lisboa. O curso tinha como professores a Ione Filipe Pinto, a Marília Viterbo de Freitas, a Maria Alcina Fernandes e outras enfermeiras e estava organizado com uma parte de administração e outra de saúde pública.” (ASC)

Quando da integração dos SMS nos centros de saúde, Adriano continuou a insistir na formação dos enfermeiros destes serviços. Com o apoio da Escola de Enfermagem de Saúde Pública, vários enfermeiros dos SMS do distrito de Braga foram também fazer o CAESP :

“Quando se deu a integração dos SMS eles (os enfermeiros chefes) já tinham essa formação. Depois consegui, com o apoio da Enfermeira Ione Filipe Pinto, enviar vários enfermeiros dos SMS, nomeadamente aqueles que pareciam ter mais interesse, para a Escola de Enfermagem de Saúde Pública para fazerem o CAESP.” (AC)

Esta situação é reveladora do empenho que as docentes da Escola de Enfermagem de Saúde Pública demonstraram na formação dos enfermeiros comunitários e na mudança dos CSP, tendo em atenção que nesta altura se expandiam os centros de saúde e se programava a integração nos SMS. As docentes em causa, Ione Filipe Pinto e Maria Alcina Fernandes, foram também responsáveis pelos primeiros Cursos de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e detinham ambas o Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública realizado no Brasil.

A especialização em enfermagem de saúde pública foi considerada pelos entrevistados como bastante relevante para a aquisição ou desenvolvimento de competências.

“Fui substituir a colega que era já especialista de saúde pública, no serviço de planeamento e controlo, e comecei a desenvolver actividades nesse âmbito. Isso criou-me a necessidade de ir mesmo fazer a especialização. Fui fazer o curso de 93/95 de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública, foi o último curso desta especialidade na Escola Maria Fernanda Resende. Foi a especialidade que veio consolidar a experiência que eu já trazia e que me ajudou a olhar de uma forma diferente para a profissão de enfermagem, principalmente no âmbito da gestão. A epidemiologia e a investigação aliciaram-me...Obrigam-nos a pensar e a olhar a enfermagem de outra forma, e acho que a Escola Maria Fernanda de Resende já trazia essa cultura de trás e fazia a diferença nas especialidades.” (CC)

“A especialidade trouxe-me uma maior desenvoltura, maior capacidade, mais competências, tornei-me mais firme nas minhas decisões, acho que a especialidade foi um passo importante na minha carreira profissional.” (X)

A procura de formação e de desenvolvimento profissional é um outro traço dos nossos entrevistados. Podemos dizer que beneficiaram de uma situação de ação favorável ao seu desenvolvimento profissional. O facto de existir escassez de enfermeiros, conjugado com as mudanças nos CSP, em momentos críticos como a implementação dos dispensários materno-infantis do Instituto Maternal, dos centros de saúde em 1971 e a posterior integração dos serviços, conduziram a oportunidades de mais formação para os enfermeiros. Nesse sentido o quadro institucional proporcionou às enfermeiras, nestes momentos críticos, o acesso a recursos de saber que se, por um lado, favoreceram a aquisição de esquemas cognitivos comuns, que facilitaram as

mudanças institucionais, por outro, permitiram-lhes um maior desenvolvimento pessoal e profissional. Aliás, diante dos discursos e da realidade institucional, concluiu-se que o desenvolvimento dos CSP ajudou os enfermeiros a adquirirem saberes que, de alguma forma, alteraram as relações de poder nas instituições. Mas casos houve em que o próprio percurso profissional construído levou à necessidade de maior formação:

“Como eu gostava, naquele momento, das funções de chefe e das funções da gestão, senti necessidade de aprofundar mais conhecimentos, de me dotar de instrumentos que me fizessem ver a gestão e trabalhar de outra forma, e, portanto, havia um mestrado no ISCTE – Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, a que eu concorri, e que fiz.” (CC)

“Na altura em que estava na direcção do centro de saúde senti necessidade de fazer o Mestrado em Saúde Pública, fui fazer o mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, acabei em 2002.” (X)

“Fiz o Mestrado e depois deu-se a entrada do ensino de enfermagem no Ensino Superior Politécnico e eu decidi fazer o doutoramento, fiz o doutoramento na Universidade do Minho, terminei-o em 2000.” (ZA)

Os nossos entrevistados fizeram uma clara aposta na sua formação académica que foi para além das exigências legais, fizeram-no quer pelas exigências profissionais, quer pela questão do enriquecimento pessoal. As suas formações profissionais são diversificadas mas são reveladoras de exigência e tenacidade de propósitos. Aliás, o investimento académico da formação no sentido de maior reconhecimento é considerado como relevante nestes percursos.

De salientar que apenas três das enfermeiras não tiveram filhos, todos os outros tiveram que conciliar vida familiar com a vida profissional e académica, num esforço que, com certeza, levou a tensões e conflitos de vária índole.¹³⁹⁰ Agentes do seu próprio percurso, estes atores enfermeiros procuraram através do saber afirmar também a sua autonomia e poder.

PERCURSOS INDIVIDUAIS

Apesar de distintos, os percursos profissionais e pessoais revelam uma participação significativa dos enfermeiros tanto na vida profissional como na comunitária. Como poderemos ver na síntese abaixo a maioria dos percursos tem particularidades. A juntar à vida familiar e profissional a maioria dos nossos entrevistados envolveram-se em actividades, em áreas essencialmente de intervenção dirigida a indivíduos e a populações vulneráveis.

¹³⁹⁰ Neste sentido consulte-se: MORAIS, Maria Carminda Soares – *Formação, Género e Vozes de Enfermeiras*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Educação.

Quadro 22: Percursos pessoais e profissionais.

Nome	Funções exercidas nos CSP	Outras actividades	Notas
CBO	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.ª “Supervisora” dos SMS	Voluntariado em movimentos católicos	
AC	Enf.º, Enf.º Superintendente dos SMS, Enf.º Vogal da ADSS, Enf.º Director de SRS	Foi dirigente sindical. Exerceu funções no 1º mandato da Ordem dos Enfermeiros. Faz voluntariado.	Condecoração pelo Ministério da Saúde, condecoração pela Ordem dos Enfermeiros.
MSP	Médica, Enf.ª de Saúde Pública e Técnica de Enfermagem no IM, Chefe de serviços do IM na Madeira, Responsável pelo sector de educação sanitária no IM, Responsável pelo Serviço de Educação Sanitária/ Divisão de Educação para a Saúde na DGS.	Acumulou funções docentes em Escola de Enfermagem por curto período. Acumulou funções docentes na ENSP.	Condecorada pelo Ministério da Saúde
NG	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe do Hospital da Misericórdia, Enf.ª Chefe do CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS	Faz voluntariado na Pastoral da Saúde	
MJC	Enf.ª de Saúde Pública no IM, Enf.ª Chefe do CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS		Condecoração pelo Município.
ECT	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.º Chefe Regional do IM, Enf.ª Vogal de ADSS, Enf.ª Directora SRS	Acumulou funções docentes em Escola de Enfermagem.	Condecoração pelo Ministério da Saúde, condecoração pela Ordem dos Enfermeiros.
NVC	Enf.ª Chefe de CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS, Enf.ª Supervisora	Faz voluntariado	
IAC	Enf.ª Chefe de CS, Enf.ª Vogal de Direcção de CS, Enf.ª no Centro Regional de Saúde Pública	Pertence à direcção de uma APPACDM.	
FD	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal de Direcção de CS, Enf.ª Directora SRS	Foi dirigente local e regional nos escuteiros. Foi dirigente sindical. Exerceu funções no 1º mandato da Ordem dos Enfermeiros. Fundou uma associação de apoio a crianças em risco. Faz voluntariado.	
ZA	Enf.ª, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da ADSS		Professora numa Escola Superior de Saúde.
MJB	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da Direcção Centro de Saúde, Membro da ECL da Rede de Cuidados Continuados	Foi dirigente escutista. Foi dirigente sindical. Faz voluntariado na Pastoral da Saúde.	
CM	Auxiliar de Saúde Pública, Enfermeira		
X	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da Direcção Centro de Saúde, Enf.ª da ECL da Rede de Cuidados Continuados, Enf.ª Vogal Conselho Clínico do ACES		
CC	Enf.ª, Enf.ª especialista, Enf.ª Chefe, Enf.ª Vogal da Direcção Centro de Saúde, Assessora do Ministro Saúde, Membro da Missão para os CSP, Enf.ª Vogal Conselho Clínico do ACES	Acumulou funções docentes em Escola de Enfermagem.	

Carlota só deixou de trabalhar quando já tinha o quarto filho e manteve-se ativa tanto na educação como na participação em grupos e movimentos católicos a que pertenceu de forma entusiástica.

Adriano fez o seu percurso de forma muito independente e com sentido crítico acerca do que se passava no sistema de saúde. Foi dirigente sindical num tempo em que os sindicalistas se

defrontavam com inúmeras dificuldades. Exerceu no Hospital da Misericórdia, em empresas privadas, nos SMS e nos Centros de Saúde. Foi dirigente regional numa ADSS e posteriormente numa ARS. Desempenhou funções no 1º mandato da OE. Já aposentado dedicou-se ao voluntariado com um grupo de amigos e com a esposa. Foi também condecorado pela OE.

Manuela trabalhou na Direção Geral de Saúde e nunca se desligou das questões da educação para a saúde tendo integrado vários grupos nacionais e internacionais nesse âmbito. Elaborou inúmeros materiais de apoio de educação para a saúde e foi responsável, no seu país e no estrangeiro, por vários programas de formação e intervenção em Educação para a Saúde. Foi também membro da Comissão Nacional de Luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e chegou a trabalhar nos Serviços de Saúde Prisionais. Foi condecorada pelo Ministério da Saúde.

Maria José, Eduarda e Isabel têm em comum o facto de terem trabalhado no Instituto Maternal e participado na implementação dos primeiros centros de saúde pós-1971. Fizeram um percurso digno de registo em termos profissionais, tendo ocupado cargos de alguma influência a nível regional. O mérito profissional de Eduarda foi reconhecido pela OE, que a tornou membro honorário, e pelo Ministério da Saúde que a condecorou. Isabel teve sempre um grande empenho social nas questões da deficiência, dedicando parte do seu tempo a uma instituição de apoio a pessoas com deficiência.

Maria José e Nazaré ficaram viúvas muito novas, conjugando a partir daí a educação dos filhos e a gestão familiar com a vida profissional sempre absorvente. Sensíveis aos problemas sociais, sempre se envolveram nas questões comunitárias, o que levou a que Maria José fosse condecorada pelo município da sua área de trabalho e residência. Nazaré, quando se aposentou, continuou envolvida em atividades de carácter social, dedicando-se à Pastoral da Saúde da Igreja Católica, acompanhando regularmente doentes dependentes.

Além de Adriano, foram dirigentes sindicais Fernanda e Maria João, estas últimas escuteiras e dirigentes escutistas. Fernanda, que foi enfermeira chefe e exerceu funções de enfermeira diretora na Sub-Região de Saúde (SRS) de Lisboa, optou, quando deixou as funções de enfermeira diretora, por trabalhar numa Comissão de Proteção a Crianças e Jovens e fundou uma organização de apoio a crianças em risco. Maria João emprega algum do seu tempo livre na Pastoral da Saúde, nomeadamente na formação de voluntários para acompanhamento de doentes no domicílio. Natália tem-se dedicado a apoiar a família e desenvolve esporadicamente atividades de voluntariado.

Os nossos entrevistados fogem assim ao estereótipo de que os enfermeiros são pouco implicados na vida pública e não visibilizam os seus interesses e contributos, uma questão que abre várias hipóteses de análise.¹³⁹¹

¹³⁹¹CARVALHO, Teresa – Profissionalização na Enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional. In DELICADO, Ana; BORGES, Vera; DIX, Steffen (org.) – Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010. p. 21-47.

Capítulo 2

DIVERSIDADE DE CONTEXTOS, PRÁTICAS E PERSPETIVAS

“Tomar conta da vida permanece tão vital para os homens de hoje como era para os de outrora.”
Marie-Françoise Collière¹³⁹²

O trabalho nos CSP no período temporal deste estudo era, como já vimos anteriormente, variado tanto no enquadramento e condições de trabalho, como nas práticas dos cuidados e na formação dos enfermeiros. Neste capítulo pretendemos tornar visível a construção da enfermagem em cuidados de saúde primários através do quotidiano dos enfermeiros neste contexto. Trata-se de analisar a narrativa dos entrevistados sob a perspetiva dos próprios, integrando também outros olhares e discursos sobre os acontecimentos, contextualizando os atores e tecendo um relato, com vários olhares, sobre a prática de enfermagem nos CSP.

As histórias de vida destes enfermeiros possibilitam conjugar os aspetos biográficos com os sociais e trazer “clareza” sobre a sua ação, os seus contributos e o modo como viveram a evolução dos CSP e como a mesma afetou a identidade, as conceções e as suas práticas profissionais.

2.1. CONTEXTOS DE PRÁTICA – MULTIPLICIDADES

TRABALHAR NAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA

Carlota iniciou a sua vida profissional nos então recém-inaugurados serviços da **Caixa de Previdência**, em Lisboa, e descreve como eram as condições de trabalho, no início da década de 1940:

¹³⁹² COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar...A primeira arte da vida**. Loures: Lusociência, 2003.p.291

“Fui trabalhar para o primeiro posto da Caixa que abriu ali em Lisboa, na Rua de S. Mamede. Mas era um trabalho muito experimental, estávamos no início, não tínhamos nada para trabalhar, não existiam ficheiros, faltava muita coisa. Éramos poucas enfermeiras e havia também três enfermeiros, que tinham trabalhado nos bacalhoeiros, e poucas auxiliares. Estava tudo no princípio e havia muita guerra política, uns queriam as caixas, outros não, mas depois lá foram aceites e ficámos com melhores condições, já tínhamos tudo o que precisávamos. Ao fim de um ano tínhamos tanta gente que era um disparate, não havia meios materiais para atender tanta gente. ...Cheguei a ser o que chamavam “inspectora” e visitava todos os postos de Lisboa. Quem mandava nos postos eram os chefes de posto, administrativos, mas eles até tinham medo de pedir os materiais, era um problema e eram eles que controlavam o «ponto».” (CBO)

Também Adriano comenta a questão da enfermagem nos SMS, alguns anos depois da experiência de Carlota, já na década de 1960:

“A maior parte das enfermeiras eram auxiliares e eram completamente dominadas pelos médicos, eles passavam pelos postos médicos para ganhar dinheiro, tinham de estar lá duas horas e estavam meia. Então queriam que as enfermeiras estivessem nos consultórios com eles para fazerem os cabeçalhos das receitas para adiantarem serviço. Quem superintendia os postos eram os administrativos, mandavam em tudo, nos médicos, nos enfermeiros...nos médicos não mandavam muito porque eles estavam lá pouco tempo, mandavam mais nos enfermeiros, não havia equipamentos, quando assumi a chefia fiz exigências, quando fui para o posto de Maximinos exigi tudo o que era necessário e deram-me tudo: material, pessoal, tudo o que pedi.” (ASC)

A organização dos cuidados nos SMS e as condições de trabalho dos enfermeiros, tal como a sua formação, tinham algumas características específicas como se depreende do testemunho dos entrevistados. O quadro institucional percebido permite-nos dizer que o poder relacionado com o controlo horário e de gestão dos serviços estava entregue a funcionários administrativos, os designados chefes de posto. Poder que era essencialmente exercido sobre os enfermeiros, na sua maioria auxiliares de enfermagem, com poucas habilitações, que se sujeitavam a tarefas que não eram propriamente técnicas, como *“preencher cabeçalhos de receitas”*.¹³⁹³

O facto de os quadros das caixas estarem essencialmente preenchidos por auxiliares de enfermagem devia-se sobretudo a motivos financeiros, já que aqueles eram polivalentes.¹³⁹⁴ Essa problemática era sobejamente conhecida e objeto de fortes críticas pelas lideranças de enfermagem, como podemos deduzir da intervenção de vários enfermeiros sobre o assunto no II

¹³⁹³ Entrevista a Adriano Campos

¹³⁹⁴ RISCADO, Gisela – **Panorâmica da Enfermagem nos SMS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

Congresso Nacional de Enfermagem, em 1981. Os poucos enfermeiros do curso geral assumiam geralmente funções de chefia e eram responsáveis pela administração de terapêutica.¹³⁹⁵

A enfermeira Gisela Riscado descrevia, em 1981, a situação nas Caixas de Previdência afirmando que o encarregado do posto, funcionário administrativo, dava “*ordens a todo e qualquer estrato profissional*”. É dela a informação de que os auxiliares de enfermagem passavam a maior parte do seu tempo a preparar fichas, chamar doentes e a preencher cabeçalhos de receitas.¹³⁹⁶

Aliás, só em 1973, uma portaria do Ministério das Corporações e Previdência Social aprovou o Estatuto do Pessoal de Enfermagem das Instituições da Previdência, no qual se definiram as suas funções nestes serviços. A mesma portaria permitiu a criação de uma carreira para estes profissionais, que até aí não estavam incluídos nem na carreira hospitalar, nem na da saúde pública, por pertencerem a outro ministério e a tutela assumir que os enfermeiros dos SMS tinham funções diferentes.¹³⁹⁷

Com as alterações orgânicas pós-1974 alguns dos funcionários que tinham como funções o auxílio ao médico em termos de arquivo e ajuda administrativa nos consultórios pediram a sua inserção na carreira administrativa e deixaram de exercer as anteriores funções, que passaram a ser exigidas às enfermeiras: tal decisão levou ao agravamento de uma relação já anteriormente algo conflituosa entre enfermeiras e administrativos, com conseqüente agravamento e extremar de posições.¹³⁹⁸

Mas os problemas não eram apenas de índole administrativa. Em muitos postos das Caixas de Previdência, as condições para a prestação de cuidados de enfermagem não eram as melhores, nomeadamente em termos de material e equipamentos. As dificuldades não estavam só associadas às más condições, à escassez de enfermeiros, à falta de material ou desvio de funções, mas também à ausência de instrumentos de registo dos cuidados de enfermagem, que não permitia a visibilidade e a avaliação do trabalho realizado.¹³⁹⁹ Das dificuldades sentidas relata Adriano:

“Nos postos dos SMS o que fazíamos eram injeções, tratamentos, visita domiciliária. Todos os tratamentos no domicílio eram feitos por nós, andávamos por essas aldeias fora. E as nossas parteiras também faziam os partos de noite, ao fim-de-semana. A minha mulher foi parteira, houve um fim-de-semana que teve que fazer dezasseis partos no domicílio, e existiam cinco parteiras aqui em Braga.” (AC)

¹³⁹⁵ Entrevista a Adriano Campos e a Carlota BO.

¹³⁹⁶ RISCADO, Gisela – **Panorâmica da Enfermagem nos SMS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p.126 a 131

¹³⁹⁷ Idem

¹³⁹⁸ Ibidem, Entrevista a Adriano Campos

¹³⁹⁹ DIAS; Maria Francelina Rosa – **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem nos SMS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

Nos SMS as práticas profissionais de enfermagem tinham essencialmente um carácter curativo e de resposta às situações de doença, embora existisse apoio no parto. No entanto, eram poucos os enfermeiros para tantas solicitações. Em 1981 os SMS tinham 1800 unidades médico-sociais e 3900 enfermeiros mas, em alguns distritos, existiam mais postos dos SMS do que enfermeiros.¹⁴⁰⁰ Sobre as dificuldades dos enfermeiros dos SMS eram apontadas, entre outras, a resistência à mudança; a falta de atualização técnica devido à inexistência e/ou impossibilidade de frequência de cursos de atualização durante anos; a multiplicidade de empregos que não proporcionava disponibilidade para um maior empenho profissional.¹⁴⁰¹

Reconhecia-se que, em algumas unidades dos SMS, as que tinham sido “herdadas” das Casas do Povo, quem continuava a prestar cuidados de enfermagem eram *curiosos*, administrativos ou auxiliares.¹⁴⁰² Sobre as insuficiências e dificuldades identificadas pelos enfermeiros naqueles espaços refere Adriano:

“Havia um subsídio mensal para os enfermeiros se deslocarem aos domicílios, mas se gastassem mais tinha de sair do seu bolso, e nas Casas do Povo nem isso davam, faziam o serviço domiciliário e não recebiam nada para os transportes.” (AC)

Por tudo o que foi dito é clara a falta de autonomia e capacidade de intervenção dos enfermeiros nos SMS, excepção feita para os que tinham cargos de chefia e maior diferenciação profissional. Situação que pode ser interpretada como resultado do desinvestimento nas políticas de regulação, enquadramento e valorização desses profissionais, com repercussões negativas no seu desempenho. Atribuímos também esta falta de autonomia ao facto da maioria dos enfermeiros ter baixas habilitações académicas, aliado ao facto de continuarem a trabalhar nos antigos postos das Casas do Povo vários curiosos que exerciam funções de enfermeiros. Claramente, o saber condicionava o acesso ao poder, dado que as limitações de formação dos enfermeiros acabavam por condicioná-los no acesso a determinadas funções.

O INSTITUTO MATERNAL – UM ESPAÇO DE AUTONOMIA

As nossas entrevistadas Maria José, Isabel, Manuela e Eduarda relembram a forma como se fazia a admissão das enfermeiras no **Instituto Maternal** e como estava organizado o trabalho nos dispensários materno-infantis. Antes da admissão no Instituto Maternal todas as enfermeiras

¹⁴⁰⁰ RISCADO, Gisela – **Panorâmica da Enfermagem nos SMS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p.126 a 131.

¹⁴⁰¹ idem

¹⁴⁰² ibidem

tinham que fazer formação específica, com carácter de obrigatoriedade, ao mesmo tempo que lhes era proporcionada a carta de condução como instrumento de trabalho e a farda que as distinguiu e identificava. O processo de seleção era exigente e algumas das candidatas poderiam não ser admitidas.

“Nós tínhamos que ter, obrigatoriamente, dois meses de estágio nos Dispensários Materno-Infantis da zona de Lisboa. Tínhamos também algumas semanas de teoria no Instituto Maternal. O Instituto Maternal era na Avenida Elias Garcia, a sede, era ali para o Conde Redondo, era um organismo autónomo, não dependia de ninguém a não ser do Ministério, evidentemente. Nós tínhamos aí a formação teórica dada por Técnicas de Saúde Pública, técnicas do Instituto Maternal...eram enfermeiras. Eram enfermeiras de Saúde Pública que, geralmente, tinham tirado o curso na Escola Francisco Gentil. Eram topo de gama. Tínhamos também, em simultâneo, aulas de condução para tirarmos a carta, porque era obrigatório tirar a carta.” (CT)

“Depois de sermos admitidas íamos tirar a carta, que era paga pelo Instituto Maternal.” (MJC)

“Davam-nos a carta de condução e a farda” (CT)

“Tínhamos estágios e tínhamos avaliação, se a enfermeira não respondia às exigências do IM não ficava” (MJC)

“A formação era essencialmente de saúde pública” (CT)

“Quando entrávamos tínhamos três meses de formação teórica e prática. A teórica sobre saúde pública, legislação, ética, comunicação” (IAC)

A posição assumida pelo IM em relação à formação das enfermeiras revela claramente um processo de empoderamento dos atores. O IM proporcionava-lhes uma formação dirigida à ação pretendida, além de outros recursos para a prática, como a carta de condução.

O processo de adesão e admissão de profissionais de saúde era semelhante em todas as delegações regionais. De entre eles destacamos as condições exigidas pelo Instituto Maternal, em Coimbra:

- ✓ Carta de curso de parteira com o curso de Enfermagem Artur Ravara ou enfermeiras dos cursos das Escolas S. Vicente de Paulo ou Escola Rockefeller
- ✓ Nacionalidade portuguesa
- ✓ Moralidade intocável
- ✓ Outras condições previstas na lei
- ✓ Saúde e robustez
- ✓ Idade entre os 21 e os 30 anos
- ✓ Provas de concurso com matéria incluída pelo director da Escola Normal Social (de Coimbra)

- ✓ Todo o pessoal admitido teria que possuir o curso de enfermeiras puericulturas, o admitido sem esse curso deveria fazê-lo assim que fosse possível.¹⁴⁰³



Figura 30: Diploma de Funções Públicas no Instituto Maternal.

Fonte: Gentilmente cedido pela Enf^a Maria José Crespo.

O trabalho estava organizado por áreas geográficas tendo como grupos-alvo as mulheres grávidas e as crianças até aos sete anos de idade, idade de entrada no 1º ciclo do ensino básico.

“(No Instituto Maternal) Cada uma das enfermeiras educadoras sanitárias tinha a sua área geográfica.” (MJC)

“Cada enfermeira tinha a sua área geográfica.” (CT)

“O Instituto Maternal fazia tudo o que eram cuidados de Saúde Materna e de Saúde Infantil até aos sete anos de idade, até à entrada para a Escola Primária. O serviço tinha carrinhas, eram as enfermeiras que guiavam essas carrinhas para fazerem visitação domiciliária. Tinhamos aquelas carrinhas Renault 4L. Desloquei-me muitas vezes por montes e vales, conheci a ilha toda [Madeira].” (MSP)

¹⁴⁰³ CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO, CDB - Obra Social Bissaya Barreto Documentos FFB/OBRS CX2.

No espaço físico do dispensário faziam-se consultas médicas e de enfermagem preparava-se a visitas domiciliária mensal às famílias. A ação das enfermeiras era essencialmente dirigida para intervenções de vigilância da saúde, vacinação e educação para a saúde. As enfermeiras procuravam trabalhar em interligação com outras estruturas comunitárias, da área da saúde e apoio social, autarquias, serviços públicos locais e privilegiavam o trabalho em equipa e interdisciplinar.

“Tínhamos que fazer a visitação domiciliária mensalmente, pelo menos uma vez nós visitámos as famílias todas.” (CT)

“Não cheguei a ir para nenhum dispensário, porque nós estávamos no Serviço de Educação Sanitária do Instituto Maternal e então a Manuela Santos Pardal, que estava a dirigir esse serviço, arranjou-nos instalações próprias num departamento ligado à assistência social lá em Braga, na altura pertencíamos ao mesmo Ministério. Trabalhávamos muito com as extensões rurais do Ministério da Agricultura. Nós trabalhávamos em equipa, com eles, com as escolas, com a Obra das Mães, com os padres mais abertos.” (IAC)

As enfermeiras do Instituto Maternal desenvolviam o seu trabalho com bastante autonomia e asseguravam a efetiva gestão dos Dispensários Materno-infantis:

“Cada dispensário tinha uma enfermeira responsável, que tomava conta de tudo.” (MSP)

“Quem tinha a gestão dos dispensários eram as enfermeiras e respondíamos à técnica responsável pelo distrito.” (CT)

Cada uma das enfermeiras educadoras sanitárias tinha a sua área geográfica e respondia pelos cuidados dessas crianças e dessas grávidas, mesmo quando elas vinham à consulta, se fosse possível, eram sempre atendidas por nós e não por outra enfermeira.” (MJC)

Como noutras instituições, existiam profissionais de enfermagem com formações diversas, mas eram as enfermeiras com o Curso Geral que detinham maiores responsabilidades nos cuidados e na gestão dos serviços. As referidas condições de trabalho que eram proporcionadas, tanto em termos de transporte para as visitas domiciliárias, como em termos de formação e equipamentos, facilitavam a prestação dos cuidados.

“No Dispensário Materno-Infantil de Vila Real tínhamos duas enfermeiras educadoras (Curso Geral de Enfermagem) e uma auxiliar de enfermagem....depois havia uma enfermeira de prática registada sob o artigo 33, equiparada depois a enfermeira de segunda e uma visitadora sanitária... O dispensário estava organizado pelo Instituto Maternal, eram todos iguais pelo país em termos de mobiliário e equipamentos, estava tudo organizado de maneira que não tínhamos problema nenhum em trabalhar em Vila Real ou trabalhar no Dispensário de Faro. Era independente porque andava sempre pelo distrito e trabalhei muito na Educação Sanitária, na zona de Chaves. (CT)

“Nós tínhamos carro e esse carro servia tanto para as visitas domiciliárias, como para ir aos armazéns buscar as coisas, nós é que fazíamos toda a gestão do material.” (MJC)

“Tínhamos um fundo de maneiio de um conto e quinhentos, que na altura era muito dinheiro e era uma grande responsabilidade. Esse dinheiro também servia para comprarmos determinados medicamentos que eram precisos para as crianças numa certa situação, quando ela não podia pagar nós íamos à farmácia, comprávamos os medicamentos, trazíamos a factura e depois lançávamos nas despesas, tínhamos no fim do ano de fazer um relatório de todo o movimento.” (MJC)

Quanto à oportunidade para assegurar a continuidade dos cuidados e assumir escolhas, as enfermeiras não tinham grandes hesitações quando o que estava em causa era o bem maior dos seus clientes:

“Nós não podíamos transportar crianças nos carros, mas às vezes as situações eram de tal maneira graves que nós tínhamos de as levar nos carros até Lisboa, à Estefânia. Contactávamos os médicos e fazíamos essa articulação mesmo até com os hospitais em situações problemáticas, quer das crianças, quer das grávidas, com bom apoio dos médicos que trabalhavam connosco nos dispensários.” (MJC)

“Quando as crianças tinham gastroenterites nós dávamos o soro subcutâneo no dispensário, quando a criança descansava e víamos que estava bem, íamos levá-la a casa, nem que fosse na aldeia mais recôndita, íamos no carro.” (CT)

O IM estruturou o acesso e os recursos para a ação das enfermeiras, mas concedeu-lhes a autonomia que lhes permitiu orientar a sua prática pelas suas próprias conceções, sobre a enfermagem comunitária, embora enquadrada por alguma rigidez normativa. Proporcionou-lhes espaço para a inovação, para a criatividade e para a iniciativa, respondendo a contextos que, na época, como se depreende das suas palavras, seriam pautados pela carência de recursos básicos.

Se as identidades são construídas em contextos sociais concretos, e a dimensão identitária a nível profissional é também condicionada pela dimensão institucional,¹⁴⁰⁴ podemos afirmar que a identidade profissional destas enfermeiras foi também construída pela própria instituição. Marcadamente *“um mundo de mulheres”*, visto que até a maioria dos seus dirigentes eram mulheres, recusavam enfermeiros nos seus quadros. Com as condições que lhes foram dadas, estas investiram e organizaram a seu modo os “seus” dispensários e tiveram aqui, como em nenhuma outra instituição pública de saúde, oportunidade de autonomia profissional e de gestão e organização dos cuidados de saúde.

¹⁴⁰⁴ MARQUES, António Manuel – **Masculinidade e profissões: discursos e resistências**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2011.

TRABALHAR NAS DELEGAÇÕES DE SAÚDE

O trabalho nas **Delegações de Saúde** é recordado por Adriano como circunscrito à vacinação “*não faziam mais nada*” (AC). Estávamos nos anos cinquenta e os delegados de saúde, como já vimos, queixavam-se de não terem enfermeiros que pudessem desenvolver o trabalho existente nas delegações de saúde. A maior parte das delegações de saúde nem tinha uma enfermeira, não porque os delegados de saúde não o desejassem mas porque não existiam candidatas.¹⁴⁰⁵ O que, obviamente, condicionava a ação das delegações de saúde:

“As Delegações de Saúde eram, algumas, numa salinha pequenina e pouco mais, as vacinas eram feitas em condições péssimas porque algumas nem eram enfermeiras; a minha prioridade era, pelo menos, nesses sítios colocar uma enfermeira” (CT)

No entanto a imagem de que as enfermeiras apenas vacinavam é contrariada por alguns dos nossos relatos, que as mostram empenhadas na educação para a saúde e no combate às doenças infecciosas.¹⁴⁰⁶

SER ENFERMEIRO NAS MISERICÓRDIAS

Na maioria dos serviços de saúde das Misericórdias concelhias havia poucas ou nenhuma enfermeiras diplomadas, e as condições de trabalho bastante precárias, apesar do “regresso” das ordens religiosas aos Hospitais das Misericórdias no final dos anos 20, princípio dos anos 30.

“O Hospital tinha tão más condições e na altura tinha mais freiras que enfermeiras, eram essencialmente freiras. Diziam: “Sempre que puderem, não venham para cá. Dêem o soro lá no dispensário porque elas (as crianças) aqui, coitadinhas, não têm condições nenhuma”. O hospital tinha más condições físicas e materiais, tudo...” (CT)

“No Hospital da Misericórdia havia um enfermeiro por serviço, mas a maior parte eram freiras, porque as freiras viviam lá e sempre que era preciso estavam ao serviço. Mas nas férias eles não tinham pessoal para assegurar o funcionamento.” (ASC)

“Durante muito tempo não houve médicos nas urgências, nós, os enfermeiros, é que tínhamos que fazer tudo” (ASC)

Nos discursos dos entrevistados vemos também que nem sempre aquelas religiosas tinham formação em Enfermagem. Neste sentido é justo salientar o trabalho desenvolvido pela enfermeira Maria de Lurdes Sousa Prego¹⁴⁰⁷, precisamente para as formar. No I Congresso Nacional de

¹⁴⁰⁵ FIALHO, Sousa - **O Dispensário de Higiene Social de Setúbal: Relatório de 1934**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1935.

¹⁴⁰⁶ idem

¹⁴⁰⁷ Esta religiosa das Filhas da Caridade foi superiora da congregação em Portugal e docente na Escola de S. Vicente de Paulo durante as décadas de 1950-1960

Religiosas, em Abril de 1958, a referida enfermeira informava que das 1161 religiosas a trabalhar nos hospitais já existiam 968 diplomadas, situação que se devia ao grande investimento realizado nesse sentido. Defendia ser necessário “*que todas as congregações hospitalares tomem, por assim dizer, o compromisso de preparar o seu pessoal de enfermagem e de não ceder à tentação de aceitarem serviços sem dispor de religiosas competentes*”¹⁴⁰⁸ acentuando com algum humor que “*se Deus nos fez viver em 1957 não será certamente para nos dedicarmos a carpir saudades do que se fazia em 1907...procuremos pela nossa abertura de espírito fazer frente às exigências*”.¹⁴⁰⁹ Apelava às enfermeiras religiosas para que procurassem aprofundar e atualizar de forma contínua os conhecimentos, não esquecendo a necessidade de “*colaborar com as enfermeiras leigas*”, o que via como “*um bem e uma vantagem*”, dado que considerava que a possível incompatibilidade entre enfermeiras “*não tinha razão de ser, faz mal à profissão e à vida religiosa*.”¹⁴¹⁰

Nazaré, que chefiou os serviços de uma Misericórdia, realça as dificuldades vividas:

“Porque era assim, veja lá o que a gente trabalhava, na Misericórdia, antes do 25 de Abril, eu entrava às 8 e saía às 5, mas havia dias em que tinha de trabalhar 12 horas, sem me pagarem mais nada. Eu fazia todos os partos, de noite, fora das horas do meu serviço, sem me darem um tostão. Não havia horas extraordinárias, não havia nada, mas eu ia sempre. Às vezes chegava aqui a casa e já cá tinha outra chamada.” (NG)

“Vim chefiar a Santa Casa da Misericórdia, que tinha um lar e que tinha internamento e maternidade, tinha cirurgia, tinha urgência, tínhamos bloco operatório, que tinha sido oferecido e tínhamos radiologia. A urgência tinha um movimento louco, porque a estrada era horrível. Não faz ideia dos acidentes. Tínhamos um piso de homens, um piso de mulheres, a maternidade e tínhamos até quartos particulares, e a urgência, quase sem pessoal de enfermagem. Havia umas moças que tinham alguma experiência e que o Provedor lhes chamava as pica-chouriços.” (NG)

A escassez de recursos de enfermagem refletia-se também nas Misericórdias, embora outros fatores, como as dificuldades financeiras e a relutância em contratar enfermeiras diplomadas, agravassem a situação. Aliás Luís Adão, médico, em conferência organizada pela Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada comentava que “*É verdadeiramente lamentável como à face da lei a enfermagem nestas terras se presta. Se formos contar o número de funcionários que exercem enfermagem com diploma parece-me que talvez não se consiga marcar a dezena*.”¹⁴¹¹

¹⁴⁰⁸ PREGO, Maria de Lurdes Sousa – “Vários aspetos da enfermagem religiosa” intervenção no I Congresso Nacional de Religiosas, Lisboa, 8 a 13 de Abril de 1958, p.660-674, p.664

¹⁴⁰⁹ Idem, p.667

¹⁴¹⁰ Ibidem

¹⁴¹¹ ADÃO, Luís – **O problema da Enfermagem**. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956

CENTRO DE SAÚDE – UMA OUTRA FORMA DE FAZER

Nos **Centros de Saúde** o trabalho era organizado por programas, na maioria dos casos, embora para alguns programas específicos os enfermeiros tivessem áreas geográficas atribuídas.

“No Centro de Saúde de Lisboa ainda trabalhávamos por programas.” (FD)

“No Centro de Saúde Sofia Abecassis nós trabalhávamos por áreas geográficas, no exterior e no interior fazíamos todos os programas, tínhamos uma escala.” (IAC)

No II Congresso Nacional de Enfermagem, realizado em 1981, três enfermeiras do Centro de Saúde Sofia Abecassis apresentaram uma comunicação sobre o seu trabalho defendendo que:

“o acto médico, por si só, não soluciona os problemas de uma população. E no entanto a preocupação maior, e por vezes a única, parece ser a de tratar a doença, relegando para segundo plano a “consciência” da necessidade da promoção da saúde e esquecendo que devem ser simultâneos, tendo em conta as características e aspirações da população a que se destinam.”¹⁴¹²

Descreveram a sua experiência de trabalho por área geográfica, as reuniões em equipa para discussão de casos ou organização das equipas, a preocupação com a formação contínua, defendendo uma intervenção de enfermagem em que se considerasse o indivíduo como um todo, integrado numa família e num ambiente social e cultural, tanto em caso de doença como nas intervenções de promoção de saúde. Destacavam o trabalho realizado em parceria com as instituições da área do centro de saúde, escolas, centro paroquial, creches, e a visita domiciliária como uma oportunidade única de se aperceberem das realidades e dificuldades das famílias para melhor as ajudar.¹⁴¹³ O apoio do director e o seu contacto próximo e atento com todos os profissionais é comentado por Fernanda Dias, *“o Prof. Sakellarides apoiava-nos imenso, deu-nos apoio como director, discutíamos muitas coisas e estimulava-nos a fazer trabalhos.”¹⁴¹⁴* Como já referimos, a experiência piloto deste Centro de Saúde foi marcante para os vários profissionais de saúde que aí trabalhavam.

A variedade de formações também era uma realidade nos Centros de Saúde durante a década de 1970 e foi-o até durante a de 1980. Fernanda foi trabalhar para o Centro de Saúde de Lisboa, precisamente em 1974:

“Fui para o Centro de Saúde de Lisboa que era onde a funcionava a saúde pública. Entrei em Dezembro de 1974. Éramos umas 30 e tal enfermeiras, naquele edifício. Existiam umas quantas enfermeiras com o curso geral, não seriam muitas, meia dúzia de auxiliares de enfermagem, que depois mais tarde fizeram o curso de promoção, ainda

¹⁴¹² MARTINS, Maria Manuela; GARCIA, Elisa; RODRIGUES, Maria Fernanda Alves – **O papel da enfermeira de saúde pública**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p. 249-245 e p.250.

¹⁴¹³ Idem

¹⁴¹⁴ Entrevista a Fernanda Dias.

umas quatro ou cinco que tinham feito o curso de saúde pública e havia no máximo cinco visitadoras sanitárias. Todo aquele serviço vinha do Maternal, as mais velhas vinham do Instituto Maternal. Eu apanhei esta transição.” (FD)

“O grande problema da década de 70 era a falta de pessoal de Enfermagem. Quando falavam que vinham mais médicos, eu às vezes dizia, e disse-o lá em baixo muita vez em reuniões, “dêem-me trinta enfermeiros, eu com trinta enfermeiros faço um trabalho não excelente mas bom, enfermeiras que queiram trabalhar e que tenham formação” (CT)

“Acabávamos o curso num dia e no outro estávamos a trabalhar” (CC)

A falta de enfermeiros colocava em causa o próprio desenvolvimento dos CSP e a qualidade dos serviços. As estruturas dirigentes das ARS também não se esforçariam muito para possibilitar alguma progressão na carreira aos enfermeiros, situação que se manteve até depois do ano 2000, como se nota nos testemunhos de alguns entrevistados:

“Concorri para enfermeira chefe porque nunca mais abriam concursos para enfermeira especialista” (CC)

“Continuei a trabalhar como graduada mas pediam-me que exercesse as minhas competências de especialista” (CC)

No entanto, todos os entrevistados destacavam aspetos positivos do trabalho nos Centros de Saúde, designadamente experiências com a comunidade e /ou em equipa, e a possibilidade de intervenções nas áreas curativa como de vigilância e promoção da saúde.

2.2. AS PRECÁRIAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E OUTRAS DIFICULDADES

Para além de todos os factores já identificados, também as instalações e as condições de acolhimento aos clientes eram muito precárias:

“Aquilo na altura (1972) era um dispensário materno-infantil do Instituto Maternal que existia num pavilhão que foi desmontado mais tarde. Era um pavilhão desmontável no largo do Hospital da Misericórdia, onde hoje é a garagem, um pré-fabricado que funcionava para a área de Sesimbra.” (NVC)

“As instalações... havia muitas que eram das Juntas de Freguesia e portanto eram de graça, outras eram casas de habitação adaptadas a dispensário, tinham uma renda. A renda era paga pela Comissão Distrital. A Comissão Distrital sustentava grandemente a parte dos medicamentos, a parte dos técnicos era toda responsabilidade do Instituto Maternal.” (MSP)

“Encontrei coisas terríveis ali nas Casas do Povo, no que toca a condições de trabalho, normalmente as casas de banho, as cozinhas, as salas de enfermagem, as salas médicas não tinham condições. Era uma coisa terrível, em alguns sítios nem água havia, a sala de enfermagem era na cozinha, ou na casa de banho, e depois alargavam aquilo, porque era onde havia água, e depois os enfermeiros estavam ali sem condições absolutamente nenhuma, não havia

higiene nenhuma, nem equipamentos, não havia nada. Portanto quando recebemos as Casas do Povo, depois de fazer aquela integração, eu tive de apetrechar os postos médicos das Casas do Povo, porque eles mantiveram-se”.(AC)

“As instalações eram péssimas, porque o Centro de Saúde só tinha duas instalações físicas, a sede e uma extensão. Na altura a localidade já era muito povoada e as instalações eram muito exíguas. Eram casas de habitação, um prédio onde até ao 3º andar era o centro de saúde, a partir do 3º andar até ao sétimo era habitação própria. As instalações, além de serem já pequenas para a quantidade de população que aí recorria e para o número de profissionais, já estavam bastante degradadas. E não foi fácil. A imagem que eu guardo dessa altura, é o odor a gente, é aquele calor humano que se sente e que causa claustrofobia. Causava-me constrangimento ver as pessoas todas amontoadas, tudo amontoado, não havia espaço para nada. (CC sobre as instalações do CS em 1998)

E se podemos pensar que nas Casas do Povo e no IM a falta de condições se devia a uma política do regime que assumia um papel supletivo na saúde e subfinanciava os serviços de saúde, já em relação aos centros de saúde na década de 1990 resultaram de políticas discriminatórias no financiamento dos CSP.¹⁴¹⁵ Também os centros de saúde com serviços de internamento dos antigos hospitais concelhios se debatiam com grandes dificuldades, como a falta do material mais elementar, como pinças ou material para a higiene das pessoas internadas.¹⁴¹⁶

Era considerado também como problemático o facto de os enfermeiros não integrarem os órgãos de gestão das instituições de saúde, que consideravam por isso, na sua maioria “conservadoras e anquilosadas”.¹⁴¹⁷ A inexistência de lideranças formais dificultava também o acesso a essa participação nas estruturas de poder dentro dos CSP.

Vejamos o caso de Santarém onde existia, em 1981, uma estrutura de coordenação formal dos cuidados de enfermagem organizada e com poder de intervenção. Também aqui a maioria das vezes a enfermagem era “ignorada na tomada de decisão”¹⁴¹⁸, mesmo quando as decisões lhe diziam diretamente respeito.

¹⁴¹⁵ GIRALDES, Maria do Rosário – **Equidade e Despesa em Saúde**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.

¹⁴¹⁶ Existia apenas “*uma sanita e duas bacias de plástico para os doentes se lavarem*”. Ver CORREIA, Maria Adelina Bandeira – **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982, p.201-205, p.202

¹⁴¹⁷ *Revista de Enfermagem*. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem do Distrito de Lisboa. Ano 20:6 (Novembro-Dezembro 1973) 43.

¹⁴¹⁸ FONSECA, J. Ernesto da – **Evolução da Enfermagem: Panorama português numa óptica regional**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p. 277-286

Quadro 23: Carreira de enfermagem nos CS no distrito de Santarém em 1980.

CATEGORIA	Nº DE ENFERMEIROS
Chefe de Serviço Enfermagem Regional	1
Sub - Chefe de Serviço de Enfermagem Regional	1
Enf.º Chefe de Centro de Saúde	0
Enf.º 1ª classe	12
Enf.º 2ª classe	71
TOTAL	85

Fonte: FONSECA, J. Ernesto da - II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981.¹⁴¹⁹

Em 1981, os enfermeiros mencionavam como condicionantes ao adequado exercício profissional, para além das condicionantes referidas, as dificuldades que encontravam em trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde, fator que atribuíam a uma prática não centralizada no cliente e a um desconhecimento das funções dos enfermeiros e das técnicas de trabalho em grupo. Os serviços dos centros de saúde e dos SMS funcionavam por vezes no mesmo edifício, mas os enfermeiros não comunicavam, nem se entendiam em termos funcionais. O facto de não existir uma coordenação comum dos cuidados de enfermagem dos CS e SMS a nível concelhio¹⁴²⁰ terá sido um dos fatores que contribuiu para a falta de autonomia dos enfermeiros. Em suma, um conjunto de condições que aumentaram o isolamento profissional dos poucos enfermeiros existentes.

2.3. O INVESTIMENTO PROFISSIONAL

ÁREAS DE INTERVENÇÃO E ATIVIDADES

As áreas de intervenção e atividades das enfermeiras em CSP estiveram sempre balizadas legalmente. No entanto, foi grande a diversidade de vivências e modos de fazer, até porque as próprias instituições de CSP condicionaram, pelas suas características próprias, a ação das enfermeiras. Situação que é bem patente no discurso dos nossos entrevistados.

"Havia uma enfermeira responsável em cada dispensário do IM, que tomava conta de tudo, desde a parte burocrática, ou seja, das inscrições, até tudo o resto" (MSP)

¹⁴¹⁹ Entrevistas a Isabel Azevedo Costa, Francisco George, Ernesto Tocantins Rodrigues, Fernando Vasco

¹⁴²⁰ idem

“Então fazia a 2ª,4ª,6ª em Santana. Fazíamos saúde materna, saúde infantil e depois mais tarde começou o planeamento familiar e vacinação. A vacinação ainda tinha os dias fixos como tem ainda hoje e depois mais tarde começamos a consulta de diabetologia e tínhamos os cuidados médicos de base mas, porque todos os indivíduos que trabalhavam na restauração faziam exames médicos e análises anuais.” (NVC)

“Fazia a saúde materna, a saúde infantil, planeamento familiar. Fazia inquéritos epidemiológicos com um velho Volkswagen na mão. Além dos cartões de sanidade, era ali que se faziam de toda a Lisboa, fazíamos também as vacinas de toda a cidade de Lisboa. A educação para a saúde, aproveitava a hora do almoço enquanto as pessoas estavam na sala de espera para passar filmes sobre: tuberculose, difteria, primeiros socorros, passava o filme e discutíamos o filme. Tudo o que apanhasse e o que pudesse servir, as pessoas gostavam imenso, e foi assim que eu comecei a fazer muito timidamente a educação para saúde. Fazia a saúde escolar nas escolas primárias nas freguesias de Santos, dos Prazeres, da Lapa.” (FD)

“Tinha de ser eu, ou a pessoa ficava sem assistência nenhuma, portanto assisti partos, fiz pequenas cirurgias... e fartei-me de medicar...” (AC)

As intervenções dos enfermeiros tinham também atenção especial aos mais vulneráveis e nesse contexto a sua ação era autónoma, ia para além do normativo, e permitia-lhes inovar e recriar as suas intervenções nas margens do não legislado.

“ O chão das casas era terra, os tectos tudo a cair, com as telhas todas partidas, dormiam todos no mesmo quarto, os pais, os filhos, e eu trabalhava lá imenso, passava lá tardes, de manhã fazia apoio às consultas e de tarde pegava no carro e ia para lá trabalhar, levava os leites para as crianças, ajudava e ensinava a dar os banhos aos bebés, nos alguidares porque não tinham mais nada, aquecia-se a água lá numas panelas, porque os recém-nascidos coitadinhos tinham de tomar banho quentinhos...” (MJC)

“Antes do 25 de Abril já fazia essas sessões (de Planeamento Familiar), então aquilo era assim uma coisa clandestina, eu ir fazer aquilo à noite, uma mulher, ainda por cima enfermeira, mas as pessoas ... colaboravam imenso, viviam ali naqueles buracos e tinham muitos filhos e então eu achava que devia de ir para ali trabalhar. Eram pessoas que trabalhavam durante o dia e à noite é que estavam disponíveis, então eu ia lá, dar formação, convidar as pessoas a virem às consultas e informá-las sobre as coisas...” (MJC)

Os contributos da formação especializada para o desenvolvimento de novas competências são frisados por Cristina:

“Depois da especialização fiquei muito ligada ao planeamento em saúde, à intervenção comunitária, à reorganização dos cuidados de enfermagem, mas também à área da saúde infantil e juvenil, à vacinação, à visita domiciliária e à saúde escolar” (CC)

Adriano relata a sua experiência nos serviços de saúde ocupacional de uma empresa.

“Combinei com ele (com o engenheiro da empresa) fazer uns cursos de primeiros-socorros, e eu é que dei esses cursos, aos trabalhadores, nomeadamente mais ligados à área do trabalho, e à eletricidade” (AC)

Sobre a intervenção das enfermeiras no controle de epidemias e vigilância epidemiológica Isabel conta-nos o que a fez deixar o seu serviço em Braga para trabalhar para Lisboa:

“Começaram as epidemias de cólera e eu vim porque eram precisas muitas enfermeiras” (IAC)

O discurso de IAC lembra também o surto epidémico de cólera em 1971 surgido em Setembro desse ano, na região de Lisboa. Propagado pela população de um bairro pobre da margem sul do Tejo, junto aos estaleiros navais da Lisnave, que tinha tido contacto com os tripulantes de um navio que tinha feito escala num porto espanhol, onde a pandemia, originária da Europa Oriental, já tinha feito as primeiras vítimas¹⁴²¹. Foram nomeados para a Comissão de Luta contra a Cólera o Prof. Doutor Arnaldo Sampaio, o Dr. Fernando de Melo e o Eng. Doutor Lobato Faria que, em conjunto com o Dr. Bandeira Costa, implementaram um plano de ação que incluía medidas de isolamento e tratamento dos doentes, divulgação de medidas preventivas junto da população, vacinação e administração de terapêutica às populações em maior risco de contrair a doença e saneamento do meio.

Foram também criadas equipas de intervenção nos bairros mais pobres, e com piores condições de saneamento, de Lisboa e dos concelhos limítrofes, como Oeiras, Sintra, Loures e a sul do Tejo também Almada, Barreiro, Moita, Montijo. Denominadas *centros*, estas equipas atuavam no terreno e incluíam enfermeiras, visitadoras sanitárias, bombeiros e funcionários das autarquias. Foram dirigidas essencialmente por enfermeiras, a exceção foram apenas duas médicas, uma delas a Dr.^a Manuela Santos Pardal, médica e enfermeira. A atuação foi de tal forma eficaz que poucas horas depois da confirmação do 1º caso, num bairro de barracas da Margueira, foi possível iniciar a quimioprofilaxia e efetuar a vacinação em massa, assim como executar medidas de saneamento que impediram o alastrar da epidemia. Nesse contexto registavam-se apenas 6 casos num universo de 1500 pessoas, a residirem sem condições de higiene e saneamento adequadas.¹⁴²²

Fazem também parte dos discursos dos nossos entrevistados a ação da enfermeira no domicílio, a promoção da saúde, os cuidados curativos, a prevenção da doença, nomeadamente através da vacinação, a vigilância e investigação epidemiológica, a vigilância da saúde da mulher e da criança e das pessoas com doenças crónicas. Outra das áreas de intervenção foi a saúde nos locais de trabalho. A complexidade e exigência de um trabalho tão diversificado eram reconhecidas por outros profissionais.

¹⁴²¹ SAMPAIO, Arnaldo; MELO, Fernando; FARIA, Lobato - Relatório de 6 de Dezembro de 1971 da Comissão de Luta contra a Cólera.

¹⁴²² Idem

“Pertence à enfermeira de saúde pública, de harmonia com os conceitos de medicina de hoje, essencialmente preventiva, uma papel de primeiro plano, como elemento fundamental nas tarefas em que os povos andam empenhados, de elevação do nível sanitário do homem...”¹⁴²³

Quadro 24: Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras em cuidados de saúde primários

Espaço temporal	Décadas de 1940/50	Décadas de 1960/70	Décadas de 1980/90	Décadas de 2000/10
Atividades/ Intervenções				
Saúde materna	X	X	X	X
Planeamento familiar		X	X	X
Saúde infantil	X	X	X	X
Saúde escolar	X	X	X	X
Vacinação	X	X	X	X
Vigilância e promoção da saúde do doente crónico		X	X	X
Educação para a saúde a grupos	X	X	X	X
Educação para a saúde a famílias	X	X	X	X
Cuidados curativos nas unidades de saúde	X	X	X	X
Inquéritos epidemiológicos e combate às doenças transmissíveis	X	X	X	X
Visitação domiciliária para cuidados curativos	X	X	X	X
Visitação domiciliária para promoção de saúde e cuidados preventivos	X	X	X	X
Apoio a consultas médicas com presença no consultório médico	X	X		
Distribuição de leites e roupas	X	X		
Trabalho em programas/projetos com populações vulneráveis	X	X	X	X
Atividades de gestão	X	X	X	X
Saúde ocupacional	X	X	X	X

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de CSP entrevistados configuram o que se esperava do desempenho dos enfermeiros de CSP.

“O enfermeiro da comunidade (ou de saúde pública) é um enfermeiro polivalente, responsável pelos cuidados de enfermagem globais e compreensivos ao indivíduo e família, considerando a comunidade como um todo e a família a menor unidade social no que respeita aos problemas de saúde. As funções do enfermeiro da comunidade serão:

- Participar na apreciação do estado de saúde dos indivíduos, dos grupos e da comunidade em geral;
- Programar os cuidados de enfermagem considerando os recursos existentes;

¹⁴²³ PIMENTA, Madalena Maria Brandão Alves – *Serviços de Enfermagem de Saúde Pública*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1964. Dissertação para o Acto de Licenciatura.

- Prestar os cuidados de enfermagem preventivos, curativos e de reabilitação a nível dos cuidados primários;
- Avaliar os cuidados prestados e estudar a melhoria dos cuidados a realizar.¹⁴²⁴

Atendamos, no entanto, à centralidade dos cuidados materno-infantis nos centros de saúde ser, já na década de 1980, atribuída ao facto de muitos deles terem surgido dos ex-dispensários materno-infantis do Instituto Maternal, o que levou a um menor investimento nos cuidados curativos e de reabilitação.¹⁴²⁵ Considerava-se que o enfermeiro comunitário se deveria preocupar de forma especial com as pessoas que não recorriam ao centro de saúde, procurar prestar cuidados nos locais de trabalho e no domicílio, estendendo a sua ação às famílias e grupos vulneráveis, também no campo dos cuidados curativos.

Reprovando a existência da dicotomia entre cuidados curativos e preventivos na prática de enfermagem em CSP, propunha-se uma maior colaboração entre os serviços e uma integração efetiva entre SMS e CS. Atribuía-se aos enfermeiros dos CSP a responsabilidade de deixarem por “mãos alheias” (nomeadamente de médicos e pessoal auxiliar) as funções que profissionalmente deveriam desempenhar. O desafio consistia em atender às necessidades de todas as pessoas ao longo do seu ciclo de vida, com especial preocupação com os doentes, os idosos, os emigrantes, os dependentes, os toxicodependentes, os mais pobres e vulneráveis.¹⁴²⁶

INOVAR E CRIAR

O investimento pessoal dos enfermeiros entrevistados na construção dos cuidados de saúde primários surge-nos dos discursos em termos de envolvimento em iniciativas que permitissem melhorar os cuidados de saúde prestados às comunidades. Estas eram, por vezes inovadoras, outras vezes passavam por uma adesão a mudanças que estavam em curso. Adriano Campos descreve o trabalho realizado enquanto enfermeiro responsável por um Posto Clínico dos SMS em Braga:

“Quando fui abrir esse posto (dos SMS) conversei muito, com o médico chefe, então pensávamos no futuro, e resolvemos... “e se nós fizéssemos aqui um posto diferente dos outros?”. Fui fazer uma visita (ao CS Guimarães) fui falar com uma enfermeira responsável, e quis saber tudo o que é que se fazia lá, trouxe toda aquela informação e depois, com o apoio do médico Dr. Alberto Cruz, fiz um regulamento para a nova

¹⁴²⁴ CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982, p.132-139.

¹⁴²⁵ Idem

¹⁴²⁶ Ibidem

unidade de saúde, foi a primeira unidade dos serviços médico-sociais a funcionar nos mesmos moldes que os centros de saúde.” (AC)

Nesta altura, entre 1971 e 1979, como já referimos, os SMS tinham uma organização bastante diferente dos Centros de Saúde. Em termos assistenciais o enfoque era dirigido para os cuidados curativos, organizando-se essencialmente em torno dos cuidados médicos, contando com um extraordinário peso administrativo, ao contrário do Centro de Saúde mais organizado em torno dos cuidados preventivos e do envolvimento da comunidade.

Sobre o papel assumido na criação dos Centros de Saúde após 1971, Eduarda Cabral Tinoco afirma que:

“depois fui abrindo, eu e ele (o médico director distrital) os Centros de Saúde onde havia possibilidades de abrir...e todos tiveram a minha mão, digamos assim.” (CT)

Também Mário Pinho da Silva, médico convidado para primeiro director do Centro de Saúde de Vizela, relata que: *“Em meia dúzia de dias, com a colaboração de uma enfermeira de saúde pública e alguns, poucos, outros funcionários, desempacotámos o equipamento, montámos, decorámos, o melhor possível, o velho edifício adaptado e no dia 12 de Junho inaugurou-se o Centro de Saúde de Vizela”¹⁴²⁷*

A partir de 1971 a criação dos Centros de Saúde por todo o país foi um desiderato que Arnaldo Sampaio perseguiu com empenho e que a revolução de Abril de 1974 não colocou em causa, antes estimulou. No entanto, é pesado o silêncio em torno da participação dos enfermeiros nesse processo.

“Criámos lá, uma coisinha simples, o nosso instrumento de registo, onde tínhamos os dados de identificação do utente, os hábitos, estilos de vida, colocávamos o problema, os objectivos, actividades a desenvolver” (ZS)

“Eu criei, ajudei a dinamizar aqueles centros de ocupação para as crianças...”(MJC)

“Eu fui abrir o primeiro dispensário (do IM) em Portalegre “ (MJC)

“Tive de apetrechar os postos médicos das Casas do Povo, tive de arranjar novas instalações, conquistar terrenos para instalar as salas de enfermagem e equipá-las, tive de admitir enfermeiros.” (ASC)

A procura de inovação que perpassa no discurso, a busca de novas soluções, de querer aprender com outras experiências que aos seus olhos se revelavam positivas, são aspectos comuns nas narrativas destes enfermeiros. A criatividade, que Collière considera “fugaz e efémera se não terminar numa criação...só tem importância se for traduzida em criação, numa ação que implica fazer nascer, fazer

¹⁴²⁷ SILVA, Mário Pinho da - Gonçalves Ferreira uma referência fundamental. In COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995. p.183.

existir¹⁴²⁸, é uma característica dos nossos entrevistados. Para lá do papel institucional que lhes foi permitido, a sua ação teve caráter inovador e de investimento pessoal.

TRABALHAR COM A COMUNIDADE: FAZER COM E PARA AS PESSOAS

O conhecimento, e contacto direto, com uma multiplicidade de problemáticas sociais e de saúde permitiu aos enfermeiros aperceberem-se que alguns dos problemas com que se defrontavam só se conseguiriam resolver implicando outros profissionais e instituições numa rede que facilitasse uma ajuda eficaz. A intervenção comunitária foi uma realidade na vida profissional dos nossos entrevistados.

“Nós trabalhávamos em equipa, com os padres mais abertos até na preparação para o casamento, podíamos falar em métodos anticoncecionais com algum jeito, a gravidez, o parto, anatomia do homem e da mulher, já fazíamos sessões sobre isso (1971/72).” (IAC)

“também me dediquei um bocado ao PIIP, Projeto Integrado de Intervenção Precoce, era com as educadoras que eu fazia as visitas, tínhamos um plano integrado de apoio à família” (ZS)

“Também trabalhei bastante numa área que era a Tutoria (denominada “casa de correção”), que era de jovens, digamos que eles não eram presos, mas era como se estivessem presos. Trabalhávamos temáticas de educação para a saúde.” (ZS)

“O CINDI funcionou muito bem, com as escolas, com os outros parceiros, fizemos muitas coisas com as pessoas.” (MJB)

“Nós tínhamos que nos deslocar, mas as pessoas gostavam. Nós chegávamos a uma aldeia, normalmente num largo, muitas vezes as mulheres vinham ter connosco. as mulheres estavam em casa e vinham ter connosco, traziam os filhos. Recebiam-nos muito bem.”(CT)

“No fim do dia ia para essa escola, jantava, dormia lá... numa casa muito fria e no dia seguinte lá me levantava cedo e dava aulas de Puericultura, de Higiene e assim, e vinha-me embora outra vez de comboio.” (CT)

Sobressai nestas narrativas a mobilização destes enfermeiros no sentido de envolver as pessoas nos cuidados conforme reconheciam, no II Encontro Nacional de Enfermagem, ser necessário fazer nos CSP: intervir para que as pessoas pudessem ter melhor saúde, onde, e como sentissem que a sua ação poderia ter melhores resultados.¹⁴²⁹ Não conseguindo responder a todas

¹⁴²⁸ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

¹⁴²⁹ REBELO, Teresa – **Algumas reflexões sobre enfermagem e saúde comunitária Real**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982. p. 433-437.

as solicitações, consideravam dever utilizar metodologias de intervenção que favorecessem a autonomia e empoderamento das pessoas e comunidades.¹⁴³⁰

O TRABALHO COMO FORMA DE INTERVENÇÃO SOCIAL

A consciência social, a atitude de fazer política agindo, perpassa claramente nos discursos dos nossos entrevistados.

“Uma miséria enorme, não tinham nada, não tinham água nem coisa nenhuma e ainda por cima nasceram dois, não tinham roupa, nem para um, quanto mais para dois, enfim, e depois a gente tinha que arranjar para aí uns amigos para dar umas ajudas e arranjar umas camas e assim, enfim...”(ASC)

“Dávamos leites a crianças necessitadas, nós tínhamos leite para dar.” (MJC)

“Trabalhei com prostitutas, era eu e um médico de saúde pública, elas tinham dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde, eram discriminadas. Nós criámos acessibilidade, fizemos-lhe formação.” (X)

A intervenção social dos enfermeiros dos CSP é aqui vista como *natural*, fazendo parte integrante dos cuidados a prestar, numa nítida assunção de que o cuidado de enfermagem deve considerar a pessoa toda, incluindo as suas circunstâncias. A este propósito, Jean Watson, escreve *“Cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos.”*¹⁴³¹ Esse comprometimento é notório na intervenção destes enfermeiros. Outra característica destes discursos é a solicitude revelada, que, tal como refere Margarida Vieira, é fundamentada *“na capacidade e disponibilidade permanente”*, num cuidado que surge da capacidade de partilha e de sensibilidade para a situação daqueles de quem se cuida.¹⁴³²

O projeto profissional destes enfermeiros foi partilhado com outros atores, com outras instituições da área social, com autarquias, com organizações não governamentais e com Instituições Particulares de Solidariedade Social.

“Estive em Évora, aqueles dois anos foram uma experiência muito interessante porque, quando eu lá cheguei, a articulação entre a delegação de saúde e o dispensário não existia, não havia articulação e então a delegação de saúde tinha uns ficheiros e os dispensários tinham outros ficheiros de vacinação. Eu estava a trabalhar sem saber o que é que já estava feito na delegação de saúde. Depois com muito jeitinho conseguimos integrar o ficheiro, e então passámos a conferir as fichas todas das crianças daqueles grupos etários e ele (o delegado de saúde) deixou de vacinar essas crianças e passou só a vacinar os adultos e nós vacinávamos as crianças, era muito mais fácil, tanto para a delegação, como para nós.” (MJC)

¹⁴³⁰ idem

¹⁴³¹ WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

¹⁴³² VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro, da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.

“Também me dediquei ao Projecto Integrado de Intervenção Precoce, fazíamos muitas visitas domiciliárias, tínhamos um plano integrado de apoio à família. Fazíamos encaminhamento, educação, promoção da saúde, tentávamos dar competências às famílias. Trabalhávamos em parceria com a APPACDM, com uma equipa multiprofissional.” (X)

“Tivemos no IM, na Madeira, uma parceria com veterinários para resolver problemas de Saúde e tive outra parceria com o Ministério da Agricultura para impulsionar determinadas culturas que não eram usuais na ilha da Madeira. E a certa altura, já no final da minha estadia, instalou-se lá o Serviço de Desenvolvimento Comunitário, chefiado pela Dra. Manuela Silva, foi para lá um casal de assistentes sociais. Ah! E também o Serviço da Cooperação Familiar, tudo relacionado com a Direcção Geral de Assistência. E, portanto, com esses dois serviços, começámos a fazer muito trabalho comunitário. Foi muito interessante, muito interessante. Os três assistentes sociais, qualquer deles, eram muito bons profissionais e fez-se um trabalho muito bom. De apoio às famílias pobres, de incentivar determinadas capacidades das pessoas. Realmente mexeu-se na parte de desenvolvimento e foi um trabalho muito interessante. Eles ainda lá ficaram depois de eu me vir embora, mas aquilo durou relativamente pouco tempo, foi nos finais da década de 1960.” (MSP)

A ação das enfermeiras revestiu-se da sua própria individualidade e construiu uma dinâmica de interpelações que colocaram as pessoas cuidadas como preocupação central nestes projetos de parceria, ou de simples articulação, com outras instituições. As enfermeiras mostraram sensibilidade e disponibilidade para o trabalho intersectorial e comunitário, concretizando na sua prática cuidados participativos e integrados, conscientes de que a problemática da saúde resulta da interação de vários determinantes e tem uma complexidade que não se soluciona apenas com a intervenção dos profissionais de saúde.¹⁴³³

O RELACIONAMENTO COM OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os enfermeiros de CSP integram-se numa constelação de atores que ocupam o mesmo espaço institucional. Sobre a relação entre enfermeiros e outros profissionais dos CSP, MJC refere que:

“O delegado de saúde não estava assim muito habituado a relacionar-se com enfermeiros assim...a decidir, decididos e um dia eu disse-lhe: “Vamos lá tomar um cafezinho que a gente tem que se entender, porque isto assim não pode ser, nem é rentável para si nem para mim, nem para as pessoas que coitadas, já se deslocam com tanta dificuldade daqueles montes, que aquilo é uma coisa horrível e às vezes vêm e já não é necessário porque já foram vacinados”. Ele não queria abrir mão das coisas. Depois começámos a articular esse trabalho com a delegação de saúde e foi muito interessante. De tal maneira que o delegado de saúde, quando nós tínhamos um problema de infecto-contagiosas ou qualquer coisa, eu telefonava-lhe, porque às vezes não tínhamos médico ali, e eu dizia-lhe... “Doutor

¹⁴³³ SAKELLARIDES, Constantino - **De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2006. LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia – **Promover a saúde**. Coimbra:Almedina, 2010

venha cá, que nós temos aqui uma criança com este problema assim... venha ajudar-me”, e ele vinha, e ajudou, colaborou lindamente, foi mesmo um trabalho que eu achei que em termos de trabalho de equipa, acho que conseguimos fazer ali um bom trabalho e foi muito interessante.” (MJC)

“havia um acordo entre o Instituto Maternal e a Comissão Distrital de Assistência que era do Funchal, e que portanto, a Comissão Distrital pagava determinadas coisas, pagava a gasolina dos carros, pagava os concertos dos carros, pagava papel, impressos, envelopes, essas coisas e o Instituto Maternal pagava as enfermeiras e pagava os médicos. Eu nunca tive a ver com dinheiros, felizmente. A minha chefia era uma chefia técnica, a parte de dinheiros passava-me assim ao lado, embora eu às vezes tivesse que me imiscuir um bocadinho nas coisas porque o senhor Presidente nessa altura da Comissão Distrital de Assistência era assim um bocadinho agarrado ao dinheiro, por exemplo fazia verdadeiros dramas quando as enfermeiras tinham um acidente, que era a coisa mais normal do mundo, umas estradas horrorosas, não é a ilha da Madeira que é agora.” (MSP)

“Sempre senti que acolheram os meus saberes, as minhas competências, os meus contributos, e, portanto, sempre me senti um par em qualquer das direcções do centro de saúde em que tenho estado. Já não tanto na experiência que tive, limitada no tempo, enquanto assessora do Secretário de Estado. Considero que aí ainda existe uma cultura um bocado discriminatória para os enfermeiros. Aí senti.” (CC)

A interação, relação dos enfermeiros com outros profissionais, prende-se também com o percurso anterior da profissão, com a sua história e com os poderes institucionais, com a feminização da profissão e com a representação e poder das próprias mulheres. Em 1937, a enfermeira Isabel D’Orey identificava como responsabilidades e deveres da enfermeira a obediência aos superiores mas, destacava a autora, essa obediência não deve ser passiva, nem servil e hipócrita. Antes uma obediência “*não de uma simples subordinada mas valiosa colaboradora*”.¹⁴³⁴ Estas preocupações com a “subordinação” da enfermeira, revelam-se ao longo dos anos, se bem que percecionadas de forma diferente.

A assinalar o Dia Mundial da Saúde em 1954, que a OMS dedicou, no centenário de Florence Nightingale, aos enfermeiros, com o lema “*A enfermeira militante da saúde*”, o discurso do provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto, enfatizando a ação das enfermeiras e enfermeiros “*Aqui por estas salas e salões se vivencia o permanente e humaníssimo diálogo médico-enfermeiro-doente, três figuras plasmadas em um só desejo e para um só fim, simbiose de três corpos e três almas a procurarem, por um e em três empenhos diversos, mas poderosamente convergentes, a mesma solução para o grande ou mínimo conflito que é a luta da Humanidade contra a doença, desde que o mundo é mundo. Tudo se exige ao indispensável e prestante intermediário entre o médico e o doente. Daí a aflitiva rareza destes especialísimos técnicos, dentro e fora do país, tanto mais sentida quanto mais preciosos são.*”¹⁴³⁵

¹⁴³⁴ D’ OREY, Isabel de Albuquerque - **Moral Profissional da Enfermeira**. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1937. p.30.

¹⁴³⁵ PINA, Luís - A enfermeira, militante da saúde. In Separata do: Jornal do Médico. XXIV:590 (7 de Abril 1954) 155-166. p.23.

O médico João Porto, também em 1954, citando Mackintosh, expressava que “os médicos devem habituar-se a considerar a enfermeira visitadora como uma auxiliar possuidora de conhecimentos altamente especializados, paralelos aos seus e não apenas como uma enfermeira unicamente a proceder consoante a sua direcção oficial. Deveremos dizer que os conhecimentos das enfermeiras e dos médicos não são paralelos mas sim complementares.”¹⁴³⁶ Não deixava o autor de admitir que “os excelentes resultados obtidos pelas enfermeiras isoladas nas vilas ou aldeias provam bem que elas podem acumular, e com êxito os cuidados preventivos e curativos. A enfermeira não é pois simples auxiliar ou servidora do médico, mas sim imprescindível colaboradora. E tudo isso só faz que aumente a dignidade da profissão.”¹⁴³⁷ Já em 1973, no I Congresso Nacional de Enfermagem, a Enf^a Mariana Diniz de Sousa reclamava que “com uma formação desatualizada ainda não se deu conta que de todas as funções de enfermeiros (e são muitas como vimos) apenas a única dependente do médico é a que diz respeito à execução das prescrições médicas relativamente a tratamentos e terapêuticas. E então afinal porquê tanta sujeição e dependência? Disto temos nós culpa!”¹⁴³⁸

A verdade é que se tornava difícil romper com uma história de dependência do percurso anterior da profissão e com a efectiva assimetria de saber e poder entre médicos e enfermeiras, que influenciaram a relação entre eles.

2.4. SOBRE O SER ENFERMEIRO COMUNITÁRIO

SOBRE A ENFERMAGEM E OS CSP

O discurso dos nossos entrevistados acentua a relevância atribuída pelos próprios à profissão, considerando-a com um papel determinante nos CSP e destacando as formas de cuidar dos enfermeiros, onde se incluem a proximidade e uma visão global dos cuidados, que integra as várias dimensões e contextos da pessoa/comunidade.

“O enfermeiro tem uma visão holística, de continuidade e de proximidade com a população que mais nenhum técnico nos centros de saúde tem neste momento. Podem vir a ter futuramente, mas, neste momento, o nível abrangente e de continuidade dos cuidados acho que mais ninguém tem sem ser o enfermeiro.” (CC)

A persistência e a capacidade de assegurar a continuidade dos cuidados são também destacadas:

¹⁴³⁶ PORTO, João – **A Enfermeira, militante da saúde e colaboradora do médico**. Separata do: Boletim da Assistência Social. Ano 12º:115-116 (Janeiro a Junho de 1954) 11.

¹⁴³⁷ PORTO, João – **A Enfermeira, militante da saúde e colaboradora do médico**. Separata do: Boletim da Assistência Social. Ano 12º:115-116 (Janeiro a Junho de 1954) 13.

¹⁴³⁸ SOUSA, Mariana Diniz - Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem do Distrito de Lisboa. Ano 20:6 (Novembro-Dezembro 1973) 32.

“Nós sabemos que para atingirmos um determinado impacto na saúde da comunidade, tem que haver continuidade de cuidados. Portanto, não podem ser intervenções esporádicas, casuais, tem que ter alguma persistência, alguma continuidade e consistência, têm que estar estruturadas. Nada melhor que os cuidados de enfermagem para isso.” (CC)

O caráter humanista da profissão, que atende às pessoas e que as envolve nos cuidados é destacado por Isabel: *“Ser enfermeira é trabalhar com as pessoas. Eu acho que se não tivesse sido enfermeira, penso isto tantas vezes, eu teria perdido tantas coisas.” (IAC)*. O discurso de que a enfermagem permite *“tantas coisas”* é expressivo da possibilidade que esta enfermeira teve, e criou, para experienciar vivências diversas e satisfatórias em termos profissionais e humanos. Transmite também a ideia de que a enfermagem abrange um vasto leque de intervenções e possibilidades.

Aliás, a própria intervenção preconizada em termos da enfermagem em CSP inclui áreas tão diversificadas como os cuidados em contexto domiciliário, nas escolas, com famílias e indivíduos ao longo do ciclo de vida, com grupos vulneráveis, em lares e em prisões, em situações de epidemia ou crise humanitária, na doença crónica e na promoção da saúde.¹⁴³⁹ Esta diversidade possibilita aos enfermeiros experimentarem na relação, e no cuidado ao outro, situações gratificantes ou, pelo menos, marcantes.

O valor que a enfermagem assumiu na vida dos nossos entrevistados é patente na frase de Nazaré: *“A Graciete foi presidente da câmara aqui, era enfermeira, e eu disse-lhe tanta vez, “Oh Graciete, isto para presidentes da câmara há tanta gente e você faz tanta falta no centro de saúde”.*

Lucília Nunes afirma que a *“a finalidade da profissão é o bem-estar de outros seres humanos – e esta não é uma finalidade científica, mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências que se vão desenvolvendo dirigem-se para responder a esta finalidade”.*¹⁴⁴⁰ E lembra que o Código Deontológico da profissão prevê que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade das pessoas humana e do enfermeiro”.*¹⁴⁴¹ A ação dos nossos entrevistados parece-nos ter sido desenvolvida à luz deste imperativo moral.

¹⁴³⁹ STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusociência, 1999.

¹⁴⁴⁰ NUNES, Lucília - A especificidade da Enfermagem in Para uma ética da enfermagem – desafios in NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coord.) Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p.33-48, p.36

¹⁴⁴¹ Decreto Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artº 78º, 1 citado em NUNES, Lucília - A especificidade da Enfermagem in Para uma ética da enfermagem – desafios in NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coord.) Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p.33-48, p.36

A condição de atores dentro do sistema de saúde e nas instituições de CSP permitiu a estes enfermeiros expressarem as suas ligações e representações sobre o próprio sistema de saúde e os CSP.

“Na altura a visão que eu tinha dos cuidados primários, portanto dos centros de saúde, era muito burocrática, muito de papel, pensava que se fazia muito pouco para além de papéis.” (NVC)

Esta ideia de que os CSP envolviam essencialmente tarefas burocráticas, por oposição à *agitação do cuidar* do exercício hospitalar visível no discurso de Natália, liga-se aos estereótipos construídos sobre os CSP. Os centros de saúde são lugares onde as pessoas vão e onde não ficam, por outro lado os profissionais de saúde *vão*, a casa, às escolas, às instituições comunitárias. Por outro lado há que ter em conta que a vacinação ou as atividades do delegado de saúde implicavam efetivamente um processo de algum trabalho *“com papéis”*.

A ligação efetiva, e afetiva, aos CSP é patente. Está arreigada a crença de que os CSP são a oportunidade e o modo de concretizar melhores resultados em saúde.

“Os cuidados de saúde primários são a razão de ser e aquilo porque eu tenho lutado na minha vida profissional. Porque acredito que é aí que se tem de investir, porque só investindo é que poderemos ter melhor saúde no futuro.” (CC)

As oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional proporcionados pelos CSP são também realçadas:

“As minhas vivências nos CSP têm sido tão ricas... Não tenho palavras para descrever a riqueza das experiências que vivi, positivas e negativas, e que me fizeram crescer muito. Enquanto pessoa e enquanto profissional.” (CC)

O discurso dos nossos entrevistados acentua também a necessidade de existir um outro paradigma na prestação de cuidados de saúde primários e no sistema de saúde português.

“Medicalizamos muito a saúde, se se respeitassem, os saberes dos outros profissionais, se se trabalhasse em equipa, verdadeiramente em equipa, se se partilhassem os saberes e as decisões, não havia problema com falta de médicos.” (IAC)

“Eu acho que é assim, tem de se ter a visão integral, da pessoa, do ser humano, do indivíduo, da concepção à morte.” (IAC)

“Tenho pena de politicamente se investir tão pouco ao nível dos CSP. Tenho pena. Poupávamos algum dinheiro do orçamento...” (CC)

PERCEÇÃO DE SI, VALORES E REFERÊNCIAS IDEOLÓGICAS

Na percepção da sua imagem e dos seus valores, quase todos os entrevistados se reconheceram como pessoas intrinsecamente motivadas para o seu trabalho, guiadas por preocupações humanistas e por referências ideológicas essencialmente cristãs.

“Eu também era uma pessoa muito motivada para fazer coisas. Gosto de ajudar pessoas que no fundo se encontram em situação de dependência (X)

“Era um bocado carola nas coisas e trabalha imenso para que as coisas resultassem. Uma pessoa sente-se bem ao saber que depois de fazer alguma coisa pelos outros, mais tarde vê o fruto desse trabalho. (MJC)

A preocupação de ajudar os outros surge como determinante, aliada à motivação para o trabalho e à procura de resultados positivos da sua ação, o que os levou a muitas vezes, a abdicar do seu tempo livre: *“Eu também era uma pessoa muito motivada para fazer coisas, chegava a casa, não me contentava com o trabalho do centro de saúde.” (X)*

As referências ideológicas e religiosas terão marcado os percursos de alguns dos nossos entrevistados e guiado a sua ação. Denota-se, claramente, que não detendo grande preparação ideológica ou política, tal não os impediu de assumirem uma intervenção social e de trabalharem com vários grupos, e em vários contextos políticos e sociais.

“Não era politizada, era sobretudo uma católica, uma pessoa com uma formação mais humanizada, mas pensava que as pessoas tinham de viver melhor, toda a minha vida profissional foi sempre a pensar na humanização dos cuidados” (FD)

“Eu era uma católica, pronto...” (NG)

“Sou católico” (AC)

“Padre M., eu também estou aqui na posição que o senhor está, a gente aproveita para fazer alguma coisa na comunidade, aproveite estas pessoas cheias de energia e vontade e dinâmica, porque se cruzarmos os braços perdemos o barco” (MJC sobre os movimentos pós 25 de Abril)

Auto-percecionam-se também como pessoas detentoras de experiências que constituem uma mais-valia e uma referência para a profissão.

“Só me reformei ao fim de 49 anos de exercer a profissão (aos 64 anos) eu estive mais tempo do que era necessário, porque havia toda uma experiência que eu tinha acumulado que fazia falta (AC)

A identidade destes atores aparece claramente ligada às “suas pertenças e consciência de si”¹⁴⁴², integra aspetos ligados ao ser, à condição de género, às crenças e até à sua origem social. A sua ação e percursos, na linha do que os neoinstitucionalistas designam como fatores que impelem

¹⁴⁴² TOURAINE, Alain – **Pensar de outro modo**. Lisboa: Instituto Piaget, 2010. p.137

à ação provida de sentido¹⁴⁴³, foi fortemente motivada pela sua própria identidade, pelos valores e ideologia, pelo seu interesse em assegurar o reconhecimento social, um domínio de intervenção próprio e o bem-estar/coerência com as suas crenças.

¹⁴⁴³ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. Politix. 14:55 (2001) p. 95-123.

SÍNTESE ANALÍTICA DA TERCEIRA PARTE

Através das histórias de vida dos enfermeiros de CSP obtivemos um retrato da coexistência de múltiplos e diversificados contextos e práticas que nos permitiu compreender como no decurso de todas estas experiências e transformações os enfermeiros se foram constituindo intervenientes nos processos de mudança e evolução dos CSP. Também nos permitiu perceber os diferentes níveis de participação e envolvimento das enfermeiras, as identidades construídas ou sedimentadas neste percurso, tal como as aprendizagens realizadas. As memórias deste grupo de enfermeiras/o permitiram relacionar os percursos individuais com a história dos CSP. Sustentados nos seus olhares apercebemo-nos das transformações e processos de mudança institucional em que participaram, resgatámos essas vivências e as suas perspetivas sobre os CSP.

As enfermeiras entrevistadas vivenciaram muitas e diversificadas mudanças, desde as perceções sobre o estatuto da mulher, da profissão e do seu exercício, às alterações das políticas de saúde e sociais, das ideologias e dos contextos económico, demográfico e epidemiológico. A evolução da enfermagem em CSP reproduziu a realidade social, quer em termos do que era esperado das mulheres enfermeiras, quer da prestação de cuidados de saúde. Por outro lado, as suas intervenções dirigiram-se no sentido da mudança social, através da melhoria das condições de vida e saúde das populações.

Maioritariamente mulheres, foram-lhes reservados, nas instituições, os papéis mais instrumentais, do cuidar, da proximidade, do lidar com a intimidade, de assegurar ligações e a comunicação entre a instituição, as pessoas, as famílias e a comunidade. A falta de poder, associada à condição feminina¹⁴⁴⁴, afetou o modo como as enfermeiras se afirmaram, ou se silenciaram, no espaço institucional.

A condição social e de género, a heterogeneidade de formações e a falta de formação específica, marcaram negativamente a enfermagem comunitária. Assim, nos cuidados não hospitalares, os processos sociais ligados à educação feminina, aos estereótipos sobre a imagem da mulher e da enfermeira e os fracos recursos das instituições públicas de saúde estruturaram

¹⁴⁴⁴ SCHOUTEN, Maria Johanna – **Uma sociologia do género**. V.N. Famalicão: Edições Húmus, 2011.

diferenças na formação e nas práticas de enfermagem nas várias instituições. Exemplo flagrante desta realidade foi a acentuada diferença de formação profissional e acadêmica entre as enfermeiras do Instituto Maternal e dos Centros de Saúde e as enfermeiras das organizações corporativas.

Contudo, apesar da diversidade de intervenções das enfermeiras comunitárias, existiu aquilo que podemos designar como um núcleo central que atravessa a profissão desde as suas origens: a educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, a relação de ajuda, os cuidados curativos, o estabelecimento de redes de apoio e o encaminhamento para outros profissionais. Este foi suportado em princípios éticos como a defesa dos interesses das pessoas/famílias/comunidades por si cuidadas, pelo respeito pelo outro, pela não discriminação, pela preocupação e preferência pelos mais vulneráveis.

Em termos de formação, a enfermagem comunitária foi marcada por formações muito distintas que influenciaram a orientação da ação dos enfermeiros mediante diferentes, e muitas vezes divergentes, perceções da realidade dos cuidados e das instituições. Lembremos aqui a existência de cursos de visitadoras sanitárias, de enfermeiras visitadoras, de auxiliares de saúde pública, de enfermeiras de saúde pública, de auxiliares de enfermagem, de enfermeiras, de enfermeiras especialistas em saúde pública, de enfermeiras com o CASPE.

Apesar das limitações impostas pelo próprio papel social, que contribuiu para definir e delimitar o domínio da ação das enfermeiras em muitas situações concretas de ação, estas conseguiram romper com estereótipos: misto de mulher, “anjo da guarda”, policia, conselheira, amiga, confidente, a enfermeira/enfermeiro de CSP logrou, no entanto, construir uma identidade própria.

Uma identidade que não se resumiu a integrar as normas institucionalizadas ou culturalmente enraizadas, mas esteve ligada à condição essencialmente feminina dos enfermeiros de CSP, aos antecedentes religiosos da profissão, à influência da difusão do modelo de enfermeira de saúde pública pela Fundação Rockefeller e pela OMS e às políticas e ideologias que construíram os próprios CSP. Foi também construída na relação com outros atores e aprofundada na relação com as pessoas de quem cuidavam. Uma identidade que integra a preocupação com o outro, uma visão global da saúde e da pessoa, preocupações de índole social, empenho em envolver as pessoas e a comunidade nas questões da saúde, a humanização do cuidado, as preocupações com

a promoção de estilos de vida saudáveis e com a continuidade e articulação dos cuidados, a propensão para o trabalho em equipa, assim como o investimento pessoal colocado nos cuidados.

Nas distintas circunstâncias experimentadas pelos enfermeiros nos CSP participaram outros atores e intervieram outros poderes. Estabeleceram-se elos quer com outros profissionais e com as pessoas cuidadas, quer com instituições e agentes comunitários que marcaram os enfermeiros e as suas práticas. Essa partilha e influência ajudou os enfermeiros a definirem-se enquanto atores nos processos de criação, intervenção e mudança institucional.

A multiplicidade de contextos de prática profissional levou a que tanto as práticas como as oportunidades de desenvolvimento dos enfermeiros fossem diversas. A intervenção do enfermeiro nas diferentes instituições tinha características próprias, assim como a relevância atribuída pelos próprios às suas práticas. Também o poder dos enfermeiros tinha graduações diferentes conforme os locais de exercício profissional. A dimensão e pluralidade de situações vivenciadas pelos enfermeiros em ambiente institucional, o contexto político e social, as normas institucionais e as estruturas de poder, tal como os próprios saberes das enfermeiras, condicionaram as práticas. Tal como defendem os institucionalistas históricos, a situação de ação foi decisiva neste processo.¹⁴⁴⁵

As histórias de vida das entrevistadas, assim como as biografias de algumas outras enfermeiras comunitárias, permitem-nos identificar a orientação da sua ação. Se efetivamente o quadro institucional estrutura e influencia o acesso aos recursos que possibilitam a ação, não tem um caráter determinante,¹⁴⁴⁶ pois estas enfermeiras constituíram-se também como agentes da sua própria ação. Assim guiaram-nas os interesses em torno da procura de autonomia e de reconhecimento social e de afirmação de um espaço próprio de intervenção. Já as normas institucionais estipularam para as enfermeiras a limitação da sua ação, as tarefas que lhes estavam atribuídas e os meios que lhes eram dados.

As crenças, valores, identidade social e a própria cultura das organizações, foram fundamentais na definição do espetro da ação das enfermeiras comunitárias. Neste sentido os constrangimentos históricos e a dependência do percurso da própria profissão, afetaram a intervenção e desenvolvimento das enfermeiras comunitárias. Incluem-se aqui as baixas habilitações académicas de muitas enfermeiras comunitárias no período em causa, a não

¹⁴⁴⁵ PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004

¹⁴⁴⁶ MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. *Politix*. 14:55 (2001) 95-123.

valorização das práticas cuidativas femininas¹⁴⁴⁷, a diversidade de formações, a condição maioritariamente feminina da profissão. O percurso efetuado pelos enfermeiros comunitários surge associado às necessidades e práticas das próprias instituições e a uma continuidade dos valores presentes nas práticas das enfermeiras religiosas, e na intervenção social das enfermeiras laicas pioneiras da enfermagem comunitária. Nesse sentido podemos dizer que o seu desenvolvimento apresenta uma clara dependência do percurso anterior da profissão.

Das intervenções dos enfermeiros, na sua maioria mulheres, fizeram parte os cuidados mais instrumentais, os cuidados aos mais vulneráveis, nomeadamente no domicílio, o investimento na saúde materna e infantil que reproduziu no tempo as preocupações e normas institucionais de combate às elevadas mortalidade infantil e juvenil, o trabalho comunitário com outras instituições e com a comunidade.

Os enfermeiros tiveram nos CSP oportunidade de exercer com autonomia, de criar as suas próprias marcas e deixá-las nas instituições. Tiveram modos de fazer que não eram prescritos, mas que derivaram da sua avaliação da situação num tempo em que, oficialmente e por tradição, a sua ação estava dependente do médico.

São de salientar nos enfermeiros de CSP a preocupação com o bem das pessoas, o trabalho com as pessoas e com a comunidade. Podemos, nesse sentido, dizer que a prática de cuidados de enfermagem na comunidade está ligada às questões da cidadania e éticas e ao envolvimento social, sobressaindo como um fazer com cariz de dever. Se bem que o ICN advogue a participação das enfermeiras na “modelação das políticas de saúde”¹⁴⁴⁸, os dados analisados permitem-nos afirmar que as enfermeiras comunitárias tiveram dificuldade em influenciar as políticas de saúde para os CSP, tendo a sua participação essencialmente dependido da posição de outros atores.

¹⁴⁴⁷ A este propósito ver COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003 e COLLIÈRE, Marie-Françoise - Du pain aux pauvres honteux á la péniciline: les soins à domicile (d’hier à aujourd’hui). In BINDEFELD, John et al - **Univers de la Profession Infirmiere**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.

¹⁴⁴⁸ ICN – **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. ICN: Genebra, 2008. p. 8.

CONCLUSÕES

Este estudo teve o intuito de compreender como os cuidados de saúde não hospitalares e a enfermagem comunitária se desenvolveram e se influenciaram mutuamente, no período 1926-2002 em Portugal. Partimos do pressuposto de que as instituições e profissionais de enfermagem se envolveram num processo de criação e recriação mútuos, durante o período em estudo. Com base na análise histórica de fontes escritas e nas histórias de vida, e tendo como referenciais de análise conceções do novo institucionalismo, nomeadamente do institucionalismo histórico e do institucionalismo baseado nos atores, o conceito de governança e os conceitos de poder e biopoder de Foucault, percorremos o caminho da institucionalização e desenvolvimento dos cuidados de saúde não hospitalares e da enfermagem comunitária no referido período.

Do presente estudo ressaltam algumas ideias força que se interligam nas suas diversas etapas, configurando um percurso influenciado pelos contextos económicos e sociais, sucessivos regimes políticos e consequentes políticas sociais. Verificou-se que as preocupações com os cuidados de saúde não hospitalares em Portugal se inscrevem na Idade Média, tendo sido alvo de numerosa legislação. Estão ligados na sua génese a práticas de caridade cristã tendo como alvo principal os mais pobres, as vítimas de epidemias e outros grupos mais frágeis. Já no início do Período Moderno, assumiram especial papel neste âmbito as Misericórdias, decisivas no desenvolvimento da enfermagem comunitária, visto que, a partir do seu empenho em responder às necessidades dos mais vulneráveis, com base nos valores do cristianismo, desenvolveram uma área de intervenção.

Saliente-se em Portugal a centralidade do século XIX na expansão dos cuidados de enfermagem comunitária associada à expansão das ordens/congregações religiosas femininas, muitas delas fundadas e/ou constituídas por enfermeiras. Foram buscar inspiração organizacional e prática à congregação das Filhas da Caridade, fundada em França no século XVII, com um modelo de prestação de cuidados na comunidade assente em formação específica e grande autonomia, atuação por área geográfica, prioridade aos mais vulneráveis e/pobres, e prestação de cuidados no domicílio. Distinguiram-se pela sua ação inovadora e pela formação diferenciada várias enfermeiras

religiosas portuguesas. Num tempo em que o Estado não tinha organizada a prestação de cuidados de saúde não hospitalares, estas mulheres assumiram os cuidados na comunidade como tarefa sua, constituindo-se estes também como oportunidade de intervenção pública quer para elas próprias quer para enfermeiras laicas.

O novo entendimento sobre o papel do Estado relativamente à saúde, assumido pelos estados europeus a partir do século XVIII, conduziu à criação de instituições de saúde não hospitalares. No entanto, foi no início do século XX que, pela primeira vez, o Estado português ensaiou uma verdadeira política pública centralizada para os cuidados de saúde não hospitalares, isto é, já fora da tutela das Misericórdias. O crescimento demográfico e maior urbanização, a ascensão do poder médico, a necessidade de controlar epidemias e o contexto político favorável conjugaram-se e estiveram na origem de O *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública*, de 1901. Este transmitiu a ideia de um Estado disposto a exercer, de forma efetiva, o controlo da saúde, através de um sistema de saúde organizado numa rede de serviços de proximidade. Entende-se pois que esta legislação marca, no plano das políticas públicas de saúde, a génese da organização dos cuidados de saúde não hospitalares em Portugal. A instabilidade política, o contexto de crise económica e a oposição de alguns setores acabaram por não permitir a concretização da lei.

A Constituição de 1933 inaugurou uma nova fase de políticas para os cuidados de saúde de proximidade, lançando o Estado Novo as bases do corporativismo, aplicado também aos cuidados de saúde, e assumindo um papel supletivo na prestação desses mesmos cuidados. Demonstrámos que a década de 1930 e 1940 foram pródigas na criação de instituições corporativas e privadas, mas que ao Estado cabiam apenas os cuidados de saúde aos mais pobres e, ainda assim, com grandes dificuldades e exíguos recursos.

A análise realizada permite afirmar que, no entanto, o Estado Novo fundou, ou impulsionou, a criação e expansão, de vários serviços de cuidados de saúde não hospitalares, preferencialmente privados e autofinanciados, de cariz benemérito, com base em estruturas e tradições assistenciais anteriores. Exemplo disso foi a construção de hospitais concelhios, que integravam também cuidados em regime ambulatorio, a cargo das Misericórdias, e de outras instituições de iniciativa privada para assistir os mais pobres.

A par destas, as instituições corporativas, de inscrição obrigatória, assistiam grupos específicos e funcionaram como espaços de controlo social e divulgação ideológica do regime, não

deixando, apesar disso, de ter um papel significativo na melhoria efetiva das condições de vida e saúde dos seus associados. Distingue-se aqui a ação das Casas dos Pescadores, com uma panóplia de intervenções que abrangiam todo o ciclo de vida e várias áreas de atividade social. Também as Caixas de Previdência se constituíram como instituição significativa pela dimensão assumida em termos de implantação no território.

Os serviços públicos eram parcos e dirigidos para intervir em patologias e grupos específicos, por exemplo o combate à tuberculose e às designadas doenças venéreas, saúde materna e infantil, saúde escolar, mas faltava-lhe uma conceção global e integradora das diferentes áreas de intervenção. Isto porque existiu uma continuidade de estruturas e políticas, condicionada pelo conhecimento e práticas anteriores, de serviços públicos de saúde vocacionados apenas a assistir os mais pobres e a combater epidemias. Consideramos, por isso, que experiências inovadoras em termos de serviços de saúde públicos, como a criação dos primeiros centros de saúde em 1934, não conseguiram implementar-se com sucesso pela divergência que representavam, não só em relação à política corporativa do governo, mas também como com experiências anteriores e com a ideia de que o Estado deveria ter um papel supletivo na prestação de cuidados de saúde.

Verificou-se que durante o Estado Novo a política para os cuidados de saúde não hospitalares, ideologicamente corporativista e assistencialista, teve características próprias. De entre elas destacamos a pulverização de instituições e a dispersão de programas de saúde, a não continuidade dos cuidados, a descoordenação interinstitucional, as desigualdades no acesso, a exiguidade de recursos, o exercício claro do biopoder através dos serviços de saúde, a diferenciação na atribuição de poderes aos diferentes atores e forte controlo sobre todo o tipo de instituições de saúde, quer fossem públicas, corporativas ou privadas. Pelos dados analisados esse controlo estatal era concretizado através de legislação reguladora, de nomeações de dirigentes e de medidas de fiscalização, surgindo como um dos aspetos significativos no panorama do nosso trabalho.

No entanto, para a enfermagem comunitária a expansão dos cuidados de saúde não hospitalares e sua institucionalização representou uma oportunidade de desenvolvimento pelo que implicou em termos de necessidade de profissionais de saúde que assegurassem o cumprimento das atribuições dos novos serviços, permitindo que a enfermagem comunitária se constituísse como área específica de intervenção dos enfermeiros.

A formação de visitadoras sanitárias e enfermeiras visitadoras foi a primeira formação específica de iniciativa pública para as enfermeiras comunitárias. No entanto, fez-se com exigências acadêmicas elementares. Ao longo deste período existiu uma fragmentação de experiências formativas em enfermagem comunitária e a implantação tardia da especialização. A Fundação Rockefeller teve um papel determinante na formação das enfermeiras comunitárias através da criação da ETE e da concessão de bolsas para formação pós graduada de enfermagem de saúde pública. Verificamos, porém, que o modelo de formação de enfermeiras comunitárias da Fundação teve dificuldades em se expandir não só porque as enfermeiras Rockefeller eram uma minoria de elite, mas porque a concepção sobre a formação feminina do Estado Novo limitava o acesso das mulheres à formação e a uma carreira profissional. Por outro lado, era opinião corrente que a enfermagem precisava mais de competências instrumentais relacionais do que de conhecimentos teóricos. Nesse sentido considera-se que as enfermeiras comunitárias viram limitados os seus saberes pelas normas institucionais.

Crê-se que, nas instituições onde trabalharam, as enfermeiras acabaram por ser agentes do biopoder, divulgando muitas das concepções do Estado Novo sobre a moral ou a família, mas também se envolveram em atividades que permitiram melhorar as condições das pessoas de quem cuidaram. Assumiram nas várias instituições um papel preponderante assegurando de forma visível o seu funcionamento efetivo. As múltiplas dimensões dos CSP foram acompanhadas por um investimento de algumas mulheres de elite na enfermagem comunitária, assegurando um contributo não só prático mas também conceptual em alguns serviços inovadores. As limitações impostas pela sua condição feminina, pela exiguidade de recursos postos à sua disposição, pela diversidade de formações, pela falta de saberes específicos e de poder formal nas organizações, não as impediram de fazer para além do prescrito, aproveitando o espaço do não dito nas normas institucionais. Lograram assim superar a subalternidade que lhes estava atribuída na maior parte das organizações, embora algumas lhes permitissem grande autonomia e espaço para a inovação, como foi o caso do IM. Admitimos que a política assistencialista, as restrições associadas ao género, a falta de uma política coerente de formação para as enfermeiras comunitárias, a sua escassez, reduziram a sua capacidade de intervenção e influência formal, condicionando não só os saberes como o desenvolvimento das enfermeiras comunitárias.

Em 1971, tempo de abertura política do regime, foram dados os primeiros passos no sentido de garantir a acessibilidade de todos os cidadãos aos cuidados básicos de saúde. O reconhecimento das insuficiências do modelo assistencialista, perante uma sociedade em grande

transformação, tornou prementes alterações organizacionais que exigiam a clara intervenção do Estado. Também a mudança de paradigma sobre o papel do Estado e o encontro de atores com perspectivas semelhantes e com influência possibilitou que estas dimensões se complementassem e potenciassesem numa situação de ação favorável, permitindo a materialização de um quadro legislativo inovador, que assumia a saúde enquanto direito dos cidadãos.

Na nossa perspetiva, a reforma de 1971 constituiu o avanço mais significativo no percurso dos cuidados de saúde não hospitalares, pelo apoio que teve e pela inovação e proximidade conceptual às recomendações internacionais. Nesse sentido, constitui-se como uma rutura face aos anteriores modelos de organização dos CSP. A criação de uma rede de centros de saúde de implantação concelhia e distrital, que integrou uma panóplia de serviços dispersos por várias organizações, firmou os CSP como uma realidade efetiva e incontornável.

Este movimento de criação dos centros de saúde veio a beneficiar com a instauração do Estado democrático, em 1974. A publicação da Constituição de 1976, que reconheceu a saúde como direito, e a construção do Serviço Nacional de Saúde, consolidaram a ideia dos CSP e dos centros de saúde. Permitiram a materialização do idealizado, com criação efetiva de estruturas, atribuição de recursos, expansão territorial dos serviços, aumentando a acessibilidade, quer por medidas de formação de profissionais médicos e enfermeiros, quer por medidas inovadoras de melhor distribuição geográfica de recursos, como foi o caso do serviço médico à periferia. A Declaração de Alma-Ata e o movimento dos CSP constituíram-se também como incentivo ao desenvolvimento e afirmação institucional. Os centros de saúde tornaram-se a imagem dos CSP.

Os CSP e os centros de saúde proporcionaram aos enfermeiros comunitários oportunidades de desenvolvimento profissional, não só pela expansão dos centros de saúde, como pela diversidade de funções, oportunidade de trabalho em equipa e consonância com os valores da enfermagem comunitária, associados a uma visão global da pessoa, à especial atenção aos mais vulneráveis, à promoção da saúde e ao trabalho com as famílias e comunidade. Também as atividades que eram previstas para as enfermeiras apresentavam semelhanças a práticas anteriores, como eram, por exemplo, a visitação domiciliária e os cuidados materno-infantis. O período que medeia entre 1971 e 1982 foi de ganhos significativos para as enfermeiras comunitárias, pois foi criada formação a especialização em Enfermagem de Saúde Pública e a carreira de enfermagem de 1981 que claramente reconhecia a especificidade da sua intervenção. Por todas estas razões a criação e desenvolvimento dos CSP, através dos centros de saúde, contou com o envolvimento das enfermeiras, que a consideraram uma mais-valia para a profissão.

Analisando o período de 1982/1983, considerou-se que este encerrou o ciclo de integração dos CSP, com a fusão de instituições, de que se destaca a integração SMS/Centros de Saúde. Este processo de aglutinação juntou recursos, formações e práticas profissionais diversas, pensamentos e concepções divergentes sobre as questões da saúde. A coexistência de diferentes interesses e identidades acarretou conflitos e descontentamentos. A fortíssima organização burocrática dos SMS, centralizada no tratamento da doença, sobrepôs-se aos centros de saúde, pela sua superioridade numérica, poder de influência e pelo enraizamento das suas estruturas institucionais burocráticas, o que conduziu a uma desvalorização das intervenções de promoção da saúde.

Esta reforma teve um impacto contrário aos princípios dos CSP, dado que não melhorou a acessibilidade, não se diversificaram os cuidados no sentido de melhorar as práticas de promoção de saúde e de estimular o envolvimento das pessoas nos seus próprios cuidados, nem se formaram os profissionais para uma mudança que contou ainda com a entrada nos centros de saúde de um novo profissional, o médico de família. Esta foi sentida pelos enfermeiros como um retrocesso no seu percurso pela perda de autonomia e pela desvalorização das intervenções de promoção de saúde. Sem alcançarem os resultados desejados pelos legisladores, os centros de saúde tornaram-se altamente burocratizados e pouco flexíveis, o que, acreditamos, ser fruto da cristalização e sedimentação de regras e práticas anteriores. Consideramos não ter existido nestes processos, por parte do poder político, uma adequada gestão da reforma no sentido de minimizar os seus efeitos indesejados. No entanto, existiram vantagens na integração dos serviços, pois esta permitiu o acompanhamento das pessoas ao longo do ciclo de vida, conjugando numa mesma instituição cuidados curativos e preventivos.

Entre 1982 e 1996 assistiu-se à normalização das instituições num contexto de questionamento do Estado-Providência e do fim da expansão económica europeia das décadas pós-II Guerra Mundial. Neste contexto, destacou-se, entre 1996 e 1999, uma nova reforma que tentou consagrar os CSP como fundamento do sistema de saúde português e garante do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Introduziu nos centros de saúde uma gestão participativa e responsabilizante, procurando aumentar a qualidade dos serviços, mantê-los como imagem de marca do SNS e centrá-los nas necessidades das pessoas. Constituiu uma reforma inovadora, no sentido em que assegurava a continuidade do papel do Estado enquanto prestador/responsável por garantir os CSP, mas rompendo com as estruturas burocratizadas de gestão, tentando conjugar os interesses dos diferentes atores. Verificou-se, contudo, que as mudanças políticas, e novamente as

divergentes concepções sobre o papel do Estado, não permitiram a sua sedimentação e desenvolvimento.

A reforma de 1996/1999 trouxe à enfermagem comunitária a possibilidade de diferenciar as suas áreas de intervenção em enfermagem familiar e em enfermagem de saúde pública. A legislação previu, pela primeira vez, a responsabilização dos enfermeiros por uma unidade de prestação de cuidados e a possibilidade de acesso à direção dos Centros de Saúde. No entanto, uma vez mais, a reforma não passou do corpo da lei. O que atribuímos à inexistência de um entendimento comum sobre as políticas para os cuidados de saúde primários.

As várias alterações na organização dos cuidados de saúde não hospitalares surgem com processos de desenvolvimento diverso, devido aos contextos socioeconómicos e à evolução dos conceitos organizacionais. As sucessivas mudanças foram, apesar das descontinuidades ideológicas, sociais e epidemiológicas, capazes de absorver legados anteriores. Nomeadamente, o modo como foram concretizadas as reformas de 1971 e 1996/1999 têm um fio condutor que as torna de algum modo similares: foram feitas do centro para a periferia, com uma liderança reformista, envolvendo os vários atores, procurando coordenar recursos.

A evolução dos CSP apresenta claramente uma dependência do percurso anterior permitindo, na nossa perspetiva, dizer que, apesar das diversas reformas e inovações, o Estado não surge, ao longo deste estudo, como ator capaz de desenvolver uma liderança responsabilizante e integradora.

Parece-nos justificado afirmar que os processos de institucionalização e de reformas dos CSP foram sempre acompanhados de grandes dificuldades que se prendem com as concepções sobre o papel do Estado e o direito à saúde, interesses dos atores envolvidos, baixos financiamento e investimento na formação e envolvimento dos vários grupos profissionais, escassez de recursos humanos e não assunção de uma política pública clara e coerente para o setor que tenha continuidade temporal.

Em suma, na nossa perspetiva, no período 1926-2002 a evolução dos cuidados de saúde não hospitalares em Portugal caracteriza-se pela ambiguidade do papel do Estado em determinados momentos, pela não concretização de algumas reformas, pela distância entre o legislado e o efetivo, pelas dificuldades em conjugar interesses muitas vezes divergentes, pelos avanços e recuos na implementação de uma rede coordenada de CSP gerida e sustentada pelo Estado, enquanto garante da saúde e do bem-estar dos cidadãos.

A nossa análise permite-nos ainda distinguir alguns períodos determinantes na história da enfermagem comunitária. O primeiro foi o de criação dos cursos de enfermeira visitadora e visitadora sanitária, no final da década de 1920. Da década de 1930, até meados de 1950, assumem relevância a fundação das Escolas de Enfermagem de S. Vicente de Paulo e Técnica de Enfermeiras e a formação de enfermeiras de saúde pública no estrangeiro, com o apoio da Fundação Rockefeller, o exercício profissional no Instituto Maternal, assim como a participação de algumas enfermeiras em organismos internacionais. Entre 1960 e de 1970 deu-se a formação específica dos enfermeiros comunitários, com os cursos de Enfermagem de Saúde Pública, de Aperfeiçoamento em Saúde Pública e a especialização em Enfermagem de Saúde Pública. De 1971-1982 existiu desenvolvimento profissional e consolidação das áreas de intervenção. Já entre 1982-1996 houve uma perda de autonomia e de influência das enfermeiras comunitárias. O período pós 1996-2002 caracterizou-se pela inovação e mudança na organização do trabalho das enfermeiras e pelas novas perspetivas de protagonismo trazidas pela reforma.

Ao longo do período estudado, a evolução da enfermagem na comunidade foi fortemente influenciada pela própria evolução dos CSP. A multiplicidade de contextos de prática profissional conduziu a que tanto as práticas como as oportunidades de desenvolvimento dos enfermeiros fossem diversas.

Através da análise das histórias de vida dos nossos entrevistados apercebemo-nos que as trajetórias individuais dos enfermeiros comunitários foram condicionadas pela condição feminina da profissão e pelos estereótipos a ela associados. Assim, pelo menos alguns enfermeiros, enfrentaram alguma oposição familiar em relação à sua opção profissional, devido a representações sociais díspares sobre a profissão. As motivações que os levaram a escolher a profissão estão ligadas à partilha de valores que consideravam inerentes à profissão como os aspetos relacionais, a preocupação com o outro, atendendo às suas condicionantes e contextos. A opção pelos CSP prendeu-se com a importância atribuída à promoção de saúde, ao desejo de aumentar o leque de experiências profissionais e contribuir para melhorar a saúde das pessoas. Regista-se um entendimento comum sobre o contributo significativo dos cuidados de saúde primários e da enfermagem comunitária para o desenvolvimento humano. Estes enfermeiros trabalharam em grande diversidade de instituições, enfrentando dificuldades decorrentes da escassez de recursos e falta de autonomia, entre outras. No entanto, realçam a conjuntura de inovação, a atividade diversificada e o espaço para a participação proporcionados pelos CSP.

Este processo de desenvolvimento entretecido entre enfermagem comunitária e CSP apresenta influências e contributos mútuos. Nesse sentido, a criação e desenvolvimento dos CSP foi acompanhado pelo desenvolvimento e individualização de uma área de intervenção específica em enfermagem, a enfermagem comunitária. Os CSP proporcionaram aos enfermeiros formação, desenvolvimento profissional, oportunidade de uma intervenção diversificada e com elevado grau de autonomia. Já os enfermeiros trouxeram aos CSP aproximação à comunidade através da intervenção comunitária, da visita domiciliária e da educação para a saúde, disponibilidade para prestarem cuidados nas diversas áreas, criatividade e capacidade de adaptação perante condições de trabalho adversas. Asseguraram cuidados de proximidade e contribuíram para a visibilidade e relevância afetiva dos CSP.

É lícito expressarmos também que a escassez de enfermeiras influenciou o desenvolvimento e expansão dos CSP, pelo menos até ao final do século XX, tal como as políticas para os CSP condicionaram o acesso ao poder, e o próprio desenvolvimento, das enfermeiras, acentuando a sua diferenciação social numa conjugação de ambiguidade e de reprodução de estereótipos associados ao papel da mulher. Também as visões divergentes sobre o que era a enfermagem comunitária, nomeadamente a diversidade de práticas consoante as organizações, assim como a multiplicidade e disparidade de formações, condicionaram o seu desenvolvimento.

Algumas das instituições refletiram a identidade das enfermeiras e contribuíram também para construir a identidade da enfermeira comunitária. Defendemos que existiu um fenómeno de dependência de percurso em relação a padrões identitários próximos da génese religiosa aliados às práticas de intervenção social das primeiras enfermeiras comunitárias laicas. Na sua quase invisibilidade nas estruturas de decisão ou poder formal, as enfermeiras levaram ao concreto da vida das pessoas de quem cuidaram os valores dos CSP. Através da intervenção dos enfermeiros, os CSP puderam materializar os seus princípios e tornar mais próximos e equitativos os cuidados de saúde, visto que as enfermeiras comunitárias se preocuparam com os mais vulneráveis, com a proximidade e com a continuidade dos cuidados.

Historicamente, as intervenções das enfermeiras comunitárias procuraram responder às necessidades das pessoas, estabelecer ligações interinstitucionais e pluridisciplinares, articular intervenções, atuar tanto na promoção da saúde como no tratamento, reabilitação e até nos cuidados em fim de vida. A “invenção” da enfermagem comunitária trouxe um novo paradigma para a enfermagem: da intervenção centrada sobre o indivíduo, essencialmente em contexto hospitalar, para a intervenção em contexto comunitário, dirigida não só a indivíduos mas também às famílias, a

grupos e à comunidade, considerando os vários determinantes que envolvem as suas situações de vida e saúde. Da reflexão feita permanece a ideia de que, desde as suas origens, os CSP e a enfermagem comunitária percorreram um atribulado caminho, surgindo ligada aos seus fundamentos uma perspetiva que valoriza a vida e a dignidade humana.

Cientes que estamos das limitações deste estudo, cujas problemáticas podem ser objeto de outros olhares, ele permitiu-nos levantar um conjunto de questões, que consideramos pertinentes. A começar pelos fatores que têm conduzido à invisibilidade das enfermeiras nos processos de tomada de decisão em relação às políticas para os CSP: o que tem conduzido a este paradoxo de ser significativo na instituição mas não o ser para/na decisão? Parece-nos que este tema se presta a ser investigado em posteriores estudos. Na mesma linha, surge a interrogação sobre o desenvolvimento da atual reforma dos CSP em ambiente de crise económica e de grande questionamento sobre as atribuições do Estado. A reforma encetada conseguirá concretizar-se nas suas linhas fundamentais, permitindo equidade no acesso aos CSP? Que repercussões terá a crise económica no desenvolvimento dos CSP?

Conscientes de que *“não há presumido saber que não seja contestado”*¹⁴⁴⁹, consideramos que este estudo é um contributo para a compreensão da génese e desenvolvimento dos CSP e da enfermagem comunitária, assim como das conjunturas políticas e sociais que estiveram na base da sua origem e percurso. Temos também a pretensão de que constitua uma mais-valia para o estudo das instituições e das políticas públicas para a saúde e a enfermagem em Portugal.

¹⁴⁴⁹ MOREIRA, Adriano – *Política do Ensino Superior* in **Estado e cidadania: o que impede boas políticas? – Actas dos XIII Cursos de Verão de Cascais**, coord. Viriato Soromenho Marques, Cascais: Ensaio 3, 2006, (p.135-143), p.143

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FONTES ORAIS

- Entrevista a Adriano Silva Campos, Braga, 6 de Abril de 2010.
Entrevista a Carlota Braz de Oliveira, 12 de Setembro de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Cesaltina Marquês Coelho, 24 de Novembro de 2010, Sesimbra.
Entrevista a Constantino Sakellarides, 9 de Dezembro de 2009, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
Entrevista a Cristina Correia, 5 de Novembro de 2010, Queluz.
Entrevista a Ernesto Tocantins Rodrigues, 21 de Julho de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Fernanda Dias, 24 de Julho de 2009, Lisboa.
Entrevista a Fernando Vasco, 21 de Janeiro de 2010, Lisboa.
Entrevista a Francisco George, 1 de Julho de 2010, Lisboa.
Entrevista a Isabel Azevedo Costa, 25 de Junho de 2010, Lisboa.
Entrevista a Manuela Santos Pardal, Junho de 2011, Lisboa
Entrevista a Maria Eduarda Cabral Tinoco, 18 de Janeiro de 2010, Vila Real.
Entrevista a Maria João Bastos, 1 de Julho de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Maria José Crespo, 16 de Julho de 2009, Almada.
Entrevista a Natália Vieira da Costa, 22 de Julho de 2009, Sesimbra.
Entrevista a Nazaré Graça, 23 de Junho de 2010, Alcácer do Sal.
Entrevista a Zita Alves, 26 de Agosto de 2010, Bragança.
Entrevista a Zita Gomes, 6 de Abril de 2010, Coimbra.

FONTES MANUSCRITAS

- ADMINISTRAÇÃO DISTRITAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SETÚBAL - **Plano a médio prazo: Triénio 1979-1980** [dactilografado e na sua maior parte manuscrito]. Arquivo da ARSLVT (Junho 1978).
- DIAS, António Carvalho - [Carta] 1937 Julho 21, Sesimbra [ao] Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde - 1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- DIAS, António Carvalho - [Carta] 1937 Maio 27, Sesimbra [ao] Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde - 1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: SERVIÇOS DE ENGENHARIA SANITÁRIA - [Carta] 1941 Maio 14, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1941. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- DIRECTOR GERAL DE SAÚDE – [Carta] [aos] Directores dos Centros de Saúde [Manuscrito]: Dossier de correspondência com o Centro de Saúde de Sesimbra. Acessível no Arquivo da ARSLVT, Portugal.
- DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1927 Setembro 28, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1927. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

- DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1939 Setembro 04, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1939. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1940 Abril 06, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1940. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- DIRECTOR GERAL DE SAÚDE - [Carta] 1950 Setembro 09, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1950. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- LOURINHA, Carlos Ferreira [Vice-presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1937 Novembro 2, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- MAGALHÃES, Manuela de [Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra] - [Carta] 1941 Maio 23, Sesimbra [ao] Presidente da CMS [Manuscrito]: Casa dos Pescadores: 1941-1960. 1941. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR K/I 01, Sesimbra, Portugal.
- PRESIDENTE DA COMISSÃO ADMINISTRATIVA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SESIMBRA - [Carta] 1937 Maio 24, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- PRETO, Virgílio [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1936 Dezembro 10, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1936. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- PRETO, Virgílio [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1936 Janeiro 10, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1936. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- PRETO, Virgílio [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1937 Maio 24, Sesimbra [ao] António Carvalho Dias [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.
- VAZ, Abel [Presidente da Casa dos Pescadores de Sesimbra] - [Carta] 1954 Fevereiro 16, Sesimbra [ao] Presidente da CMS [Manuscrito]: Casa dos Pescadores – 1941-1960. 1954. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR K/I 01, Sesimbra, Portugal.
- VICE-PRESIDENTE DA COMISSÃO ADMINISTRATIVA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SESIMBRA - [Carta] 1937 Novembro 2, Sesimbra [ao] Director Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direcção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

FONTES IMPRESSAS

LEGISLAÇÃO E FONTES OFICIAIS

- “Diário da República. Série II”. (1988-07-26).
“Diário da República. Série II”. (1988-07-26).
“Diário do Governo. 2ª série”. 68 (1929-03-23).
“Diário do Governo”. 237 (1901-10-21). p. 2884.
“Diário do Governo”. 294 (1901-12-28).
ABREU, Cancellia - Sessão de 21 de Março de 1972. Diário das Sessões da Assembleia Nacional. (22 de Março de 1972) 3429.
Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge – Dossiers dos Cursos de Visitadoras Sanitárias.
Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge – Pastas dos Cursos de Visitadoras Sanitárias.
ASSEMBLEIA NACIONAL - Diário de 30 de Abril de 1970: Sessão de 29 de Abril de 1970. Diário das Sessões da Assembleia Nacional. p.938-939.
BRYAN, Doris; TAYLOR, Margaret S. - La enfermería de salud pública en el programa de estudios básicos. In ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – Enfermería de salud pública: problemas y perspectivas. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1962. p. 74-75.
Código Civil de 1867.
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. (1933-03-19).
DECRETO DE 04 DE OUTUBRO DE 1899. “Diário do Governo”. 226 (1899-10-06)
DECRETO DE 28 DE FEVEREIRO DE 1895. “Diário do Governo”. 59 (1895-03-14).
DECRETO DE 28 DEZEMBRO DE 1899. “Diário do Governo” 15 (1900-01-19). Artº 4º e 5º.
DECRETO- LEI Nº 48506. “Diário do Governo. Série I”. 179 (1968-07-30) 1100-1103.
DECRETO Nº 12094. “Diário do Governo. I Série”. 174 (1926-08-10) 980-981.
DECRETO Nº 12477. “Diário do Governo I Série”. 227 (1926-10-12) 1519-1530.
DECRETO Nº 14803. “Diário do Governo. Série I”. 290 (1927-12-30) 2447-2448.
DECRETO Nº 15809. “Diário do Governo. Série I”. 175 (1928-08-02) 1619-1626.
DECRETO Nº 19211. “Diário do Governo. Série I”. 6 (1931-01-08) 41-42.
DECRETO Nº 19460. “Diário do Governo. Série I”. 60 (1931-03-13) 447-448.
DECRETO Nº 2. “Diário do Governo”. (1911-05-26)
DECRETO Nº 20375. “Diário do Governo. Série I”. 235 (1931-10-12) 2215.
DECRETO Nº 20828. “Diário do Governo. I Série”. 23 (1932-01-28) 217-218
DECRETO Nº 22241. “Diário do Governo. Série I. Suplemento”. 43 (1933-02-22) 227-236.
DECRETO Nº 22751. “Diário do Governo. Série I”. 143 (1933-06-28) 1103-1105.
DECRETO Nº 25935. “Diário do Governo. Série I”. 237 (1935-10-12) 1465-1476.
DECRETO Nº 30711. “Diário do Governo. Série I” 201 (1940-08-29) 1004.
DECRETO Nº 31 913. “Diário do Governo. Série I”. 58 (1942-03-13) 228-230.
DECRETO Nº 32255. “Diário do Governo. Série I.” 214 (1942-09-12) 1173-1178.
DECRETO Nº 32612. “Diário do Governo. Série I”. 302 (1942-12-31) 1711-1713.
DECRETO Nº 346/72. “Diário do Governo. Série I”. 202 (1972-08-30) 1233-1234.
DECRETO Nº 36219. “Diário do Governo. Série I”. 81 (1947-04-10) 277-280.
DECRETO Nº 36508. “Diário do Governo. I Série”. 216 (1947-09-17) 888-927.
DECRETO Nº 37762. “Diário do Governo. Série I”. 38 (1950-02-24) 119-126.
DECRETO Nº 38885 “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 878-880.
DECRETO Nº 455. “Diário do Governo. Série I”. 65 (1914-04-28) 247.
DECRETO Nº 4695 “Diário do Governo. Série I”. 163 (1918-07-23) 1461-1463.

- DECRETO Nº 47843. “Diário do Governo. Série I”. 187 (1965-08-11) 1448.
- DECRETO Nº 534/76. “Diário da República. Série I”. 158 (1976-07-08) 1496-1497.
- DECRETO Nº 5371. “Diário do Governo. Série I”. 73 (1919-04-09) 600-601.
- DECRETO REGULAMENTAR Nº 85/79. “Diário da República. I Série. 9º Suplemento”. 300 (1979-12-31) 3478-(197)- 3478-(204).
- DECRETO-LEI n.º 74/84. “Diário da República. I Série”. 53 (1984-03-02) 729-732.
- DECRETO-LEI Nº 10/93. “Diário da República. Série I-A”. 12 (1993-01-15) 126-129.
- DECRETO-LEI Nº 104/98. “Diário da República. Série I-A”. 93 (1998-04-21) 1739-1757.
- DECRETO-LEI Nº 15/82. “Diário da República. Série I”. 16 (1982-02-20) 153-154.
- DECRETO-LEI Nº 157/99. “Diário da República. Série I-A”. 108 (1999-05-10) 2424-2435.
- DECRETO-LEI Nº 161/96. “Diário da República. Série I-A”. 205 (1996-09-06) 2959-2962.
- DECRETO-LEI Nº 161/96. “Diário da República. Série I-A”. 205 (1996-09-04) 2959-2962. REPE, artigo 4.º, n.º 1, alterado pelo DECRETO-LEI N.º 104/98. “Diário da República. Série I-A”. 93 (1998-04-21) 1739-1757.
- DECRETO-LEI Nº 203/74. “Diário da República. Série I”. 113 (1974-05-15) 623-627.
- DECRETO-LEI Nº 22386. “Diário do Governo. I Série”. 75 (1933-04-01) 446.
- DECRETO-LEI Nº 22520. “Diário do Governo. Série I”. 105 (1933-05-13) 733-734.
- DECRETO-LEI Nº 23051. “Diário do Governo. Série I”. 217 (1933-09-23) 1662-1664.
- DECRETO-LEI Nº 23052. “Diário do Governo. Série I”. 217 (1933-09-23) 1664-1671.
- DECRETO-LEI Nº 23807. “Diário do Governo. Série I”. 99 (1934-04-28) 560-563.
- DECRETO-LEI Nº 25676. “Diário do Governo. I Série”. 170 (1935-07-25) 1095.
- DECRETO-LEI Nº 260/75. “Diário do Governo. I Série”. 121 (1975-05-26) 729-730.
- DECRETO-LEI Nº 27424. “Diário do Governo. Série I”. 306 (1936-12-31) 1773-1874
- DECRETO-LEI Nº 27442. “Diário do Governo. I Série”. 306 (1936-12-31) 1904-1904.
- DECRETO-LEI Nº 305/81. “Diário da República. Série I”. 261 (1981-11-12) 2998-3004.
- DECRETO-LEI Nº 30692. “Diário do Governo. Suplemento”. 199 (1940-08-27).
- DECRETO-LEI Nº 310/82. “Diário da República. Série I”. 177 (1982-08-03) 2283-2298.
- DECRETO-LEI Nº 31095. “Diário do Governo. I Série. Suplemento” 303 (1940-12-31) 1637-1740.
- DECRETO-LEI Nº 31666. “Diário do Governo. Série I”. 273 (1941-11-22). 1134-1137.
- DECRETO-LEI Nº 31913. “Diário do Governo. I Série”. 58 (1942-03-12) 228-230.
- DECRETO-LEI Nº 32241. “Diário do Governo. I Série”. 208 (1942-09-05) 1135-1139.
- DECRETO-LEI Nº 32651. “Diário do Governo. I Série”. 26 (1943-02-02) 77-80.
- DECRETO-LEI Nº 33018. “Diário do Governo. I Série”. 187 (1943-09-01) 569-570.
- DECRETO-LEI Nº 335/93. “Diário da República. Série I-A”. 229 (1993-09-29) 5460-5466.
- DECRETO-LEI Nº 35108. “Diário do Governo. Série I”. 247 (1945-11-07) 899-922.
- DECRETO-LEI Nº 353/99. “Diário da República. Série I-A”. 206 (1999-09-03) 6198-6201.
- DECRETO-LEI Nº 35611. “Diário do Governo I Série”. 89 (1946-04-25) 301-304.
- DECRETO-LEI Nº 36219. “Diário do Governo. Série I”. 81 (10-04-1947) 277-280.
- DECRETO-LEI Nº 37869. “Diário do Governo. I Série”. 124 (1950-06-29) 385-386.
- DECRETO-LEI Nº 38884. “Diário do Governo. Série I”. 190 (1952-08-28) 875-878
- DECRETO-LEI Nº 413/71. “Diário do Governo. Série I”. 228 (1971-09-27) 1406-1434.
- DECRETO-LEI Nº 41825. “Diário do Governo. Série I”. 177 (1958-08-13) 890.
- DECRETO-LEI Nº 44165. “Diário do Governo. Série I”. 15 (1962-01-20) 70.
- DECRETO-LEI Nº 44579. “Diário do Governo. Série I”. 216 (1962-09-19) 1245-1246.
- DECRETO-LEI Nº 44923. “Diário do Governo. Série I”. 65 (1963-08-18) 270.
- DECRETO-LEI Nº 45591. “Diário do Governo. Série I”. 53 (1964-03-03) 380-382.
- DECRETO-LEI Nº 46448. “Diário do Governo. Série I”. 160 (1965-07-20) 1023-1024.
- DECRETO-LEI Nº 480/88. “Diário da República. Série I”. 295 (1988-12-23) 5070-5072.

- DECRETO-LEI Nº 48166. "Diário do Governo. Série I". 299 (1967-12-27) 2514-2516.
- DECRETO-LEI Nº 48357. "Diário do Governo. Série I". 101 (1968-04-27) 599-612.
- DECRETO-LEI Nº 48507. "Diário do Governo. Série I". 179 (1968-07-30) 1103-1105.
- DECRETO-LEI Nº 488/75. "Diário da República. Série I". 204 (1975-09-04) 1305-1306.
- DECRETO-LEI Nº 519-N1/79. "Diário da República. Série I. 5º Suplemento". 299 (1979-12-29) 3446-(97)-3446(105).
- DECRETO-LEI Nº 589/74. "Diário do Governo. I Série". 258 (1974-11-06) 1337-1338
- DECRETO-LEI Nº 618/75. "Diário do Governo. I Série". 261 (1975-11-11) 1788-1788.
- DECRETO-LEI Nº 704/74 "Diário do Governo. I Série. Suplemento". 285 (1974-12-07) 1534-(5)-1534-(6).
- DESPACHO CONJUNTO 84/SEES/SEAMS/88-XI
- DESPACHO CONJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE E DO SECRETÁRIO DE ESTADO DO ENSINO SUPERIOR DE 29 Maio de 1984. "Diário da República. Série II". (1984-05-29).
- DESPACHO DE 04 DE OUTUBRO DE 1899. "Diário do Governo". 225 (1899-10-05).
- DESPACHO DE 19 DE MARÇO DE 1975. "Diário do Governo. Série II". (1975-03-19).
- DESPACHO DO MINISTÉRIO DO INTERIOR DE 6 DE OUTUBRO DE 1939. "Diário do Governo. Série II". (1939-10-06).
- DESPACHO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE 9 DE FEVEREIRO DE 1983.
- DESPACHO do SubSecretário de Estado das Corporações e Previdência Social. "Diário do Governo I Série". 263 (1939-11-10) 1191.
- DESPACHO MINISTERIAL DE 20 DE MARÇO DE 1935. "Diário do Governo. Série II". 67 (1935-03-22).
- DESPACHO MINISTERIAL DE 6 DE OUTUBRO DE 1934. "Diário do Governo. Série I". 238 (1934-10-10) 1843-1844.
- DESPACHO MINISTERIAL DE 7 DE FEVEREIRO DE 1946. "Diário do Governo". (1946-02-07).
- DESPACHO MINISTERIAL DE 9 DE ABRIL DE 1970. "Diário do Governo. II Série". (1970-04-09).
- DESPACHO Ministerial do Ministério dos Assuntos Sociais. "Diário da República. Série II". 173 (1978-07-29).
- DESPACHO MINISTERIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS: REGULAMENTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM PORTUGAL. "Diário da República. II Série". 266 (1977-11-17).
- DESPACHO Nº 13/96. "Diário da República. Série I-B". 33/96 (1996-02-08) 250.
- DESPACHO NORMATIVO Nº 46/97. "Diário da República. Série I-B". 182 (1997-08-08) 4137-4138.
- DESPACHO NORMATIVO Nº 97/83. "Diário da República. Série I". 93 (1983-04-22) 1439-1453.
- DIÁRIO DAS SESSÕES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DA NAÇÃO PORTUGUEZA, 10, Maio, 1862 - Debates Parlamentares: actas. Legislatura XIII: sessão leg. 2: n.º 63 (1862-05-10) 1255-1262.
- DIÁRIO DAS SESSÕES DO SENADO, 4, Fevereiro, 1925. Legislatura VI: sessão leg 3: n.º 2 (1925-02-04) 1-28.
- GEPS - **Normas para a programação funcional de Centros de Saúde**. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1983.
- GOVERNO CIVIL DE LISBOA - Edital de 17 de Setembro de 1947. In LEMOS, A. Tovar de – **O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1948, p.8-10.
- ICN – **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. ICN: Genebra, 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Anuário Demográfico 1940. Lisboa: INE, 1941.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Estatísticas da Saúde, Continente e Ilhas Adjacentes, 1971.
- LEI DE 18 DE ABRIL DE 1901. "Diário do Governo". (1901-04-18).
- LEI nº 1884. "Diário do Governo. Série I". 61 (1935-03-16) 385-387.
- LEI nº 1940. "Diário do Governo. Série I". 78 (1936-04-03) 381-384
- LEI nº 1942. "Diário do Governo I Série". 174 (1936-07-27) 859-864.
- LEI nº 1953. "Diário do Governo. Série I". 58 (1937-03-11) 207-208.

- LEI Nº 1998. "Diário do Governo. Série I". 102 (1944-05-15) 433-437.
- LEI Nº 2036. "Diário do Governo. Série I". 175 (1949-08-09) 559-562.
- LEI Nº 2044. "Diário do Governo. Série I". 142 (1950-07-20) 443-445.
- LEI Nº 2115. "Diário do Governo. Série I". 138 (1962-06-18) 829-833.
- LEI Nº 2144. "Diário do Governo. Série I". 127 (1969-05-29) 592-596.
- LEI Nº 48/90. "Diário da República. I Série". 195 (1990-08-24) 3452-3459.
- LEI Nº 56/79. "Diário da República. Série I". 214 (1979-09-15) 2357-2363.
- LEI Nº 61/78. "Diário da República. Série I". 172 (1978-07-28) 1530-1531.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NACIONAL – **Legislação anotada do Ensino Primário**. Lisboa: Ministério da Educação Nacional, 1970.
- MINISTÉRIO DA FAZENDA - DECRETO 31 DE JANEIRO DE 1901. "Diário do Governo". 27 (1901-02-04).
- MINISTÉRIO DA FAZENDA - DECRETO DE 18 DE JULHO DE 1895. "Diário do Governo". 163 (1895-07-24).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século - 1998-2002**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.
- MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL - **Normas a observar no recrutamento e admissão do pessoal das Casas do Povo**. Lisboa: Ministério das Corporações e Previdência Social, 1963.
- MINISTÉRIO DO INTERIOR - DECRETO DE 16 DE NOVEMBRO DE 1910. "Diário do Governo". 41 (1910-11-22).
- MINISTÉRIO DO REINO - PORTARIA DE 10 DE SETEMBRO DE 1863.
- MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DO REINO: DIRECÇÃO GERAL DE INSTRUÇÃO PÚBLICA - DECRETO Nº 8. "Diário do Governo". (1901-12-24)
- MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DO REINO: DIRECÇÃO GERAL DE INSTRUÇÃO PÚBLICA - DECRETO nº 4. "Diário do Governo". (1902-09-19).
- MINISTRO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL – **Alguns Princípios da Política Social e Cooperativa Portuguesa. Declarações à Imprensa Estrangeira do Ministro das Corporações e Previdência Social**. Lisboa: Ministério das Corporações e Previdência Social, 1958.
- OMS - **Cuidados de Saúde Primários: hoje mais do que nunca**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008.
- OMS - **Declaração de Alma-Ata**. In GEPS. Portugal: Ministério da Saúde e Assistência. 2-3 (1978).
- OMS – **Promoção dos Cuidados Primários de Saúde**: Tradução do documento de trabalho A 28/WP/4 apresentado e discutido na 28ª Assembleia Nacional de Saúde. Lisboa: DGS, 1975.
- Orçamentos programa das Sub-regiões de Setúbal, Santarém e Lisboa, 1999
- PEREIRA, Pedro Teotónio - **As ideias do Estado Novo: Corporações e Previdência Social**. Lisboa: Edições do Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social, 1933.
- PORTARIA de 22 de Julho de 1970. "Diário do Governo. II Série". (1970-08-12).
- PORTARIA Nº 1144/82. "Diário da República. Série I". 286 (1982-12-13) 4093-4094
- PORTARIA Nº 22874. "Diário do Governo. Série I". 208 (1967-09-06) 1596.
- PORTARIA Nº 22966. "Diário do Governo. Série I. Suplemento". 242 (1967-10-17) 1833-1859.
- PORTARIA Nº 23485. "Diário do Governo. Série I. Suplemento". 167 (1968-07-16) 1019-1036.
- PORTARIA Nº 260/73. "Diário do Governo. I Série". 86 (1973-04-11) 566.
- PORTARIA Nº 268/2002. "Diário da República. Série I-B". 61 (2002-03-13) 2305-2309.
- PORTARIA Nº 34/70. "Diário do Governo. I Série. Suplemento". 11 (1970-01-14) 58-64

- PORTARIA Nº 34/88. "Diário da República. Série I". 12 (1988-02-15) 129.
- PROENÇA, Manuel José; ABREU, Lopo de; SAMPAIO, Vasco de - **A terra e o homem: Casas do Povo**. Orient. Fot. de Jorge Alves; plan. Gabinete de Informação do Ministério das Corporações e Previdência Social. Lisboa: Junta de Acção Social, 1966.
- REGULAMENTO DA CARTEIRA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. "Diário do Governo. II Série". 18 de Outubro de 1947.
- Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias, art.º 12º.
- Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano II:5 (1947) 72.
- REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA. "Diário do Governo". 292 (1901-12-26) 1031-1070.
- SALAZAR, Castro - Intervenção na Assembleia Nacional, Abril de 1970. Diário das Sessões da Assembleia Nacional.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - **Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de saúde**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1974.

PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

- "O Cezimbrense". (13 Junho 1937) 568.
- "O Cezimbrense". (28 Janeiro 1945) 967.
- "Jornal Acção Social". (Março - Abril de 1960) 12-14.
- "Jornal Cezimbrense". (15 de Abril de 1934) 403
- "Jornal do Pescador". 188 (Setembro de 1954).
- "O Cezimbrense". (9 de Setembro de 1934) 424.
- A voz do Enfermeiro. 28 (16 de Dezembro de 1933).
- As reportagens de "O Século" sobre as actividades das pescas e da Junta Central das Casas dos Pescadores. Separata do "Jornal do Pescador". 155 (Novembro de 1951) 22. Artigo de Leopoldo Nunes.
- As reportagens de "O Século" sobre as actividades das pescas e da Junta Central das Casas dos Pescadores. Separata do "Jornal do Pescador". 155 (Novembro de 1951) 22.
- Assinalando o 50º aniversário da ANT. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 6ª Série: (1949).
- Assinalando o 50º aniversário da ANT. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. (Maio de 1959).
- Balanço de 1971. Revista de Enfermagem, ano 19:1 (Janeiro-Fevereiro de 1972).
- BARBOSA, Pedro M. - Sistemas de Previdência. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 27-32.
- BARBOSA, Pedro Morais - **Política de Saúde**. In Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. 1 (1972) 37- 46
- BAYET, A. – L' Union Internationale contre le Péril vénérien. In L' Effort Universel contre les maladies Vénéériennes. Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Paris: Publication de L' Union Internationale contre le péril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Vol. IX -nº 6 (Juin 1928) 193-195.
- BERMUDES, Cesina – Formação profissional das enfermeiras. A enfermeira: Boletim. 3 (Junho de 1939) 17-33. p. 22-23.
- Boletim da Mocidade Portuguesa Feminina. Lisboa. 62 (Maio de 1945) 6.
- Boletim de educação sanitária. Lisboa: DGS, 1978/1979.
- BOMBARDA, Miguel – Editorial. A Medicina Contemporânea. 23 (9 Junho 1901) 189-190.

- CARVALHO, Lopo de - La lutte contre la tuberculose au Portugal - la situation actuelle. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).
- CAVAILLON – L' union fait la force. In L' Effort Universel contre les maladies Vénériennes. Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Paris: Publication de L' Union Internationale contre le éril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. _Vol. IX -nº 6 (Jun 1928) 195-196.
- COLLIERE, Marie Françoise - Fernanda Falcão Alves Diniz: em memória. Enfermagem: Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2ª série , Nº 25/26 (Jan.-Jun. 2002), p.73
- CORREA, Beatriz de Mello – A enfermagem de hoje e as suas características no nosso país: intervenção na II Semana de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 44 (Junho de 1961) 26.
- CORRÊA, Beatriz de Mello - Discurso da Enfª Beatriz de Mello Corrêa no encerramento do ano letivo da ETE. Revista de Enfermagem. 2:4 (1962) 180-183.
- CORREA, Beatriz de Mello - No Dia Mundial da Saúde. Revista de Enfermagem. 6:2 (Abril 1967) 57.
- CORREIA, Fernando. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano II:5 (1947) 70.
- De todo o Mundo. Revista de Enfermagem. 6:4 (Agosto 1967) 173.
- Diário de Lisboa. 24 de Dezembro de 1967, p.12 e p.20.
- Discurso do Ministro da Saúde na inauguração da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 6:6 (Dezembro 1967) 276-281.
- FERREIRA, Cardoso António. In Boletim de Educação Sanitária. ano II:1 (Junho 1979).
- FONSECA, Aureliano da – Esboço de Planificação de um centro de saúde. In Separata de: O médico. LVI:990 (1970), p.1.
- GOMES, Manuel Cerqueira - Assistência e saúde pública. Separata de: Jornal do Médico. Lisboa. XIII: 312 (1949) 62-66.
- HUMBERT, F. – La Ligue des Sociétés de la Croix Rouge et la lutte contre les maladies vénériennes. In L' Effort Universel contre les maladies Vénériennes. Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Paris: Publication de L' Union Internationale contre le éril vénérien et la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Vol. IX -nº 6 (Jun 1928) 196-200.
- JÚNIOR, Manuel Fraga – A escolha de uma profissão. Revista de Enfermagem. 7:5 (1968) 35-39.
- L'ouvre des infirmières. Revue et Bulletin de'Information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. XII:1 (Janvier 1931).
- L'ouvre des infirmières. Revue et Bulletin de'Information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. XII:2 (Février 1931).
- LIMA, Almeida – Algumas considerações a propósito da enfermagem. Separata de: A Medicina Contemporânea. LXIV:10 (Outubro de 1946) 415-432.
- LIMA, Sofia Fidelis - A enfermeira. Boletim do Sindicato Nacional Feminino do Distrito de Lisboa. 5 (1941) 6.
- LOURENÇO, Eduardo - Do Estado como Previdência (o fim de um mito). Finisterra. Revista de Reflexão Crítica. 24/25 (1997) 7-10.
- MACEDO, Emília Maria da Costa – Responsabilidades e problemas da enfermagem. Revista de Enfermagem. Lisboa: Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 202-206.
- MAHLER, Halfdan – Justiça em saúde. A saúde do Mundo-Revista da Organização Mundial de Saúde. Geneve: OMS, Maio de 1978 (versão em português).
- MARQUES - Assistência Materno-infantil no concelho do Sabugal. Separata da: Acção Médica. Lisboa. Fasc. XXIX (Julho de 1943) 20.
- MIRA, Ferreira de - La lutte contre la tuberculose au Portugal. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série: 1:1 (Setembro de 1937).

- P.E. - Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]. 75 (Outubro de 1953) 13.
- PEDROSA, Aliete - Enfermagem Portuguesa: Referências Históricas. Revista Referência. 11 (Março 2004) 69-78.
- PINTO, António Teixeira et al - A equipa de saúde. Saúde em Revista. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (1987) 25-38.
- PORTO, João – A Enfermeira, militante da saúde e colaboradora do médico. Separata do: Boletim da Assistência Social. 12:115-116 (Janeiro a Junho de 1954) 13.
- Problemas dos Auxiliares de Enfermagem expostos ao Ministro da Saúde. Revista de Enfermagem. 45 (Agosto 1961) 29.
- Projecto do III Plano de Fomento – O sistema de médico do dispensário será substituído pelo de médico assistente. Diário de Lisboa. (24 de Dezembro de 1967).
- RAMOS, Rosélia – A enfermeira de saúde pública e a higiene mental. Separata de: Gazeta Médica Portuguesa. IX:3 (Maio-junho de 1956) 389 – 392. p. 389.
- Reportagens de “O Século”. Separata do “Jornal do Pescador”. 154 (Outubro de 1951).
Revista Clínica do Instituto Maternal. I:3 (1948).
Revista de Enfermagem. Ano 19:1 (Janeiro-Fevereiro de 1972).
- Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 218-220.
- Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem do Distrito de Lisboa. Ano 20:6 (Novembro-Dezembro 1973) 43.
- Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 218-220.
- Revista Menina e Moça [Revista da Mocidade Portuguesa Feminina]. 139 (Maio-Junho de 1959) 8.
- RIBEIRO, José Mendes – O sistema de Saúde português. XXI, Ter opinião. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos (2012) 194-196. p. 196.
- RIBEIRO, Maria Gabriela Alves (Enfermeira de saúde pública na Misericórdia de Lisboa) – Vantagens de um Estágio de Saúde Pública no Curso geral de Enfermagem. Revista de Enfermagem. 6 (1967) 10-22.
- RISLER, Georges - La noble tâche de L’infirmière-Visiteuse. In La Messagère de Santé. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930.
- RODRIGUES, António Elísio Lopes - O trabalho médico-social dos Dispensários Antituberculosos. Separata do: Jornal do médico. Lisboa: IANT. XXXIII (Julho, 1957) 490-493.
- ROSA, E. Ribeiro - Problemas práticos de saúde escolar e sua coordenação com os serviços de saúde concelhios e distritais. Separata de: Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical. Lisboa. 5:1-2 (Janeiro-Junho de 1971).
Separata do “Jornal do Pescador”. 155 (Novembro de 1951) 22. Artigo de Leopoldo Nunes.
- SIMEÃO, Maria José – Funções e responsabilidades da enfermeira para com os indivíduos na idade adulta e na anciania. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 221-226.
- SIMEÃO, Maria José – O exercício da enfermagem de saúde pública. Revista de Enfermagem. 46-47 (Out.-Dezembro de 1961) 54-59.
- VIPOREL, Lucien – La valeur pratique de la tâche de l’infirmière-visiteuse. La Messagère de Santé. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930. p. 26-31.

RELATÓRIOS E ATAS

- AGUIAR, Alcinda de - **Estudo sobre mil criancinhas portuguesas em idade escolar.** In CONFERÊNCIAS DA LIGA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 1939, 7ª Série, Porto: Imprensa Social, 1952.
- ALMEIDA, M. Lopes de - **Méritos e desméritos da História Dominicana em Portugal.** In Actas do I Encontro sobre História Dominicana. Arquivo Histórico Dominicano Português. Vol. II (1979) 39-161.
- ARQUIVO DA ARSLVT - **Plano de actividades da Administração Distrital dos Serviços de Saúde de Setúbal para o triénio 1979-1981.** Setúbal, 1978.
- Assistência Materno-Infantil da Junta Central das Casas dos Pescadores. In V CONGRESSO NACIONAL DE PESCA REALIZADO EM LUANDA, ANGOLA, 1958. Separata do: Boletim da Pesca. 71 (1958).
- BARBOSA, António José Feliciano et al - **Relatório do serviço médico à periferia: Grupo Alandroal, Borba e Vila Viçosa.** Março 1976; Janeiro 1977.
- BARRETO, Bissaya - **Discurso efectuado na Homenagem do Governo Civil e das Câmaras Municipais do Distrito de Coimbra ao Presidente da Junta de Província da Beira Litoral no dia da sua extinção.** Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral, Dezembro de 1959.
- BARRETO, Bissaya - **Relatório de actividades da Junta de Província da Beira Litoral.** Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral, 2 de Dezembro de 1940.
- BESSA, Daniel - **Organização da luta contra a tuberculose - assistência e previdência.** In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários, 1940.
- BESSA, José dos Santos - **A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral.** In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.
- BRAGA, Moreira - **Centros polivalentes de saúde e serviço social a instalar pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.** In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- CAETANO, Marcello - **O Estado dos nossos dias tem de constituir um Estado Social: discurso proferido no Palácio de S. Bento ao receber os agradecimentos dos dirigentes corporativos em 15 de Junho de 1970.** Secretaria de Estado de Informação e Turismo, 1970.
- CAETANO, Marcelo - **Discurso de tomada de posse.** In **Pelo futuro de Portugal: colectânea de discursos proferidos entre 1968-1969.** Lisboa: Verbo, 1969.
- CAMARA MUNICIPAL DE PAÇOS DE FERREIRA - **Em memória de D. Sílvia Cardoso Ferreira da Silva: homenagem do Concelho de Paços de Ferreira.** Porto: Tipografia Porto Médico, 1951.
- CARDIA, Mário - **Dispensário de Higiene Social do Porto - Relatório do seu director Dr. Mário Cardia, anos de 1948, 1949 e 1950.** Porto: Direcção Geral da Saúde, 1951.
- CARDIA, Mário; MORAIS, Álvaro - **Organização da luta contra a tuberculose: assistência e previdência.** In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.
- CARVALHO - **Da necessidade de coordenação na assistência.** In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- CASTRO, José Guilherme de Mello e - **O Problema da Enfermagem. Discurso do Subsecretário de Estado da Assistência Social, Senhor Dr. José Guilherme de Mello e Castro, na sessão inaugural do ano lectivo da escola de Enfermagem do hospital de S. Marcos, em 4 de**

- dezembro de 1956. Braga: Edição da Santa Casa da Misericórdia e Hospital de S. Marcos de Braga, [1957].
- CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO, CDB - Obra Social Bissaya Barreto Documentos FFB/OBRS CX2.
- CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E À INFÂNCIA - **Relatório de Atividades e contas 1949-1951**. Lisboa, 1949.
- CERQUEIRA, Ana Maria Lago - **Cuidados Primários de Saúde no Distrito de Vila Real**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- COELHO, Aloísio et al - Cuidados primários ou de base e a orgânica da cobertura médico-sanitária do país. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 45-55.
- CONSTITUIÇÕES DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DA 3ª ORDEM DE S.FRANCISCO DE ASSIS EM LISBOA – Convento das Trinas 1902. In REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976**. II vol. Das Origens até à República (1871-1976). Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979.
- CORRÊA, António Augusto Mendes - **Discurso na abertura do I Congresso Nacional de Ciências da População**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.
- CORREIA, Fernando - Assistência Moderna e a Tradição: Conferência realizada no Clube Fenianos Portuenses em Janeiro de 1939. In CONFERÊNCIAS DA LIGA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 1939, 7ª Série. Porto: Imprensa Social, 1952.
- CORREIA, Fernando - Lição proferida no 2º Curso de aperfeiçoamento destinado a médicos sanitários em 1946 no ISHRJ. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. 21 (1949) 119.
- CORREIA, Fernando Silva - Relatório das actividades do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge no ano de 1960. Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: DGS. VIII (1961) 143-144.
- CORREIA, Fernando Silva - Relatório das actividades do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge no ano de 1958. Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: DGS. VI (1959) 572.
- CORREIA, Fernando Silva - Relatório das actividades do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge no ano de 1960. Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: DGS. VIII (1961) 171-172.
- CORREIA, Maria Adelina Bandeira – **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- CORSÉPIUS, Yolanda - **Panorama da enfermagem em Portugal – a enfermagem de comunidade**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- CORTEZ, Maria da Anunciação G. – **Relatório do ano de 1940**. Porto: Organização Nacional Defesa da Família, Delegação do Norte, 1941.
- COSTA, Mário Perdigão Garcia da - **Sobre os órgãos de assistência concelhia**. IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias: vol.II. Lisboa, 1959.
- CRUZ, Domingos Braga da - Sistemas nacionais e cobertura geral da população. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 23-26.
- DGCSP - Estatísticas de Saúde.
- DIAS, José Lopes - **As crianças portuguesas na política de assistência**. In CONFERÊNCIAS DA LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 9 de Junho de 1934 - Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social. 3ª Série. Porto: Imprensa Social, 1936. p. 80-81.

- DIAS; Maria Francelina Rosa – **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem nos SMS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- DOSSIER DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE A DGS E O DIRECTOR DO CENTRO DE SAÚDE DE SESIMBRA. Arquivo da ARSLVT. (1972-1976).
- FARIA, José Alberto de - **Para a aplicação preventiva das instituições de Assistência e Medicina Social**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.
- FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE BRAGA - **Relatório de Actividades e Contas da Gerência: 1964**. Braga: Oficinas Gráfica Augusto Costa & C.a, Lda, 1965.
- FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE BRAGA - **Relatório de Actividades: ano de 1966**. Braga: [s.n.], 1967.
- FEDERAÇÃO DAS CASAS DO POVO DO DISTRITO DE ÉVORA - **Relatório de Actividades e Contas: 1964**. Évora: Minerva, 1965.
- FERNANDES, António Júlio de Castro - **Sobre a organização da medicina**. Discurso proferido pelo Sub-Secretário de Estado das Corporações e Previdência Social, Dr. António Júlio de Castro Fernandes, na Faculdade de Medicina do Porto, em 8 de Novembro de 1947. Lisboa: Edição da Federação de Caixas de Previdência, 1947.
- FERREIRA, Gonçalves - Discurso em 19 de Janeiro de 1971, em Lisboa, na cerimónia de inauguração de dois postos clínicos da Caixa de Previdência e Abono de Família e dos Serviços Médico-sociais do Distrito de Lisboa. In Boletim de Documentação da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971).
- FERREIRA, Gonçalves - Discurso proferido enquanto Secretário de estado da Saúde e Assistência em 19 de Janeiro de 1971 nas cerimónias de inauguração dos Postos Clínicos da Ajuda e Marechal Carmona, em Lisboa. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMILIA. Boletim de Documentação. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971).
- FIALHO, Sousa - Palestra realizada no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge aos formandos do II Curso de Aperfeiçoamento de Subdelegados de Saúde em Maio de 1946. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1947.
- FINALISTAS DO CURSO DE MEDICINA DE 1954 - Récita dos finalistas do Curso de Medicina de 1954, Teatro da Trindade, 1954.
- FONSECA, J. Ernesto da – **Evolução da Enfermagem: Panorama português numa óptica regional**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- GALHORDAS, António do Carmo, et al - **Os médicos perante as condições actuais da Medicina em Portugal**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- GARRET, António de Almeida - **Como organizar a luta contra a mortalidade infantil**. Separata do: III CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928. Vol. I.
- GARRET, António de Almeida - **Tendências demográficas de Portugal metropolitano**. In CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.
- GOMES, João de Lemos – **O iniciador da verdadeira enfermagem**. Conferência promovida pelo Sindicato dos Profissionais de Enfermagem no Salão Nobre do Ateneu Comercial do Funchal. Funchal: ed. do autor, 1961.

- GOUVEIA, Alberto Pinto - **Coordenação da Assistência local - relações entre as Misericórdias e as Casas do Povo**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias: vol.II. Lisboa, 1959.
- INSTITUTO NACIONAL DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA – Separata de: **Dez Anos de Política Social – Casas dos Pescadores - 1933-1943**. Lisboa: INTP, 1943.
- IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- JORGE, Ricardo - **Higye Social Applicada à Nação Portuguesa: Conferências feitas no Porto pelo Professor Ricardo D’Almeida Jorge**. Porto: Livraria Civilização, 1885.
- JÚNIOR, Alfredo Tovar de Lemos – **Relatório do Serviço de Inspeção às toleradas no Dispensário Oriental de Lisboa** - ano de 1928.
- JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1931-1932**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1933.
- JÚNIOR, Pina - **Posto de Protecção à Infância: Relatório de 1940**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde Pública, Fevereiro de 1941.
- JUNTA CENTRAL DAS CASAS DO POVO - **Lista das Casas do Povo**. Lisboa: Junta Central das Casas do Povo, 1974.
- JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **15 anos de assistência à Gente do Mar**. Lisboa, 1953.
- JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Relatório de 1944**. 1ª edição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1945.
- JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA - Como cuidar das crianças: Conselhos às mulheres dos pescadores**. Lisboa: Oficina de Papel Luso-Brasileira, Maio de 1941.
- JUNTA CENTRAL DAS CASAS DOS PESCADORES - **Serviço de Visitadoras - Instruções Regulamentares**. 1ª edição. Lisboa: Junta Central das Casas dos Pescadores, 1942.
- LE MOS, A. Tovar de – **Dispensários de Higiene Social: relatório de 1945**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1946.
- LE MOS, A. Tovar de – **Dispensários de Higiene Social: relatório de 1941-1944**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1945
- LE MOS, A. Tovar de – **O Serviço de Inspeção das Toleradas em 1937**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1938.
- LE MOS, A. Tovar de – **O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1948.
- LOUREIRO, João Maia de - Finalidades e directrizes. In CENTRO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE E À INFÂNCIA - **Relatório de Actividades e contas 1946-1947**. Lisboa, 1949. p.13-14.
- MARTINS, Maria Manuela; GARCIA, Elisa; RODRIGUES, Maria Fernanda Alves – **O papel da enfermeira de saúde pública**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- MENDES, Carlos Azevedo – **Assistência: Previdência**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- MURTEIRA, António Manuel Santos - **Futuro das pequenas Misericórdias rurais**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 288- 292.
- MURTEIRA, António Manuel Santos - **Futuro das pequenas Misericórdias rurais**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 288- 292.

- NEREU, Maria Helena – **Papel dos enfermeiros nas ADSS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- NEVES, Ilídio das - Discurso proferido enquanto presidente da Direcção da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família em 19 de Janeiro de 1971 nas cerimónias de inauguração dos Postos Clínicos da Ajuda e Marechal Carmona, em Lisboa. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMILIA. Boletim de Documentação. Lisboa. 1:1 (Janeiro de 1971).
- NINA, Cristiano – **Hospital rural: centro de Saúde e serviço social**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959. p. 300-317.
- PAIVA, José Pedro – **O movimento fundacional das Misericórdias (1498-1910)**. In A solidariedade nos séculos: a confraternidade e as obras. Actas do I Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Lisboa: Alêthea Editores, 2009, p. 397-412.
- PALMEIRO, Joaquim Augusto Saraiva - **Sobre os órgãos da assistência concelhia**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- PAÚL, Amândio - Actividade médico-social dos Dispensários da ANT em 1940. Separata do: Boletim Tuberculose. Lisboa: Instituto Central da ANT. 5ª Série: III (Julho de 1941).
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. **Promoção dos Cuidados Primários de Saúde: Tradução do documento apresentado e discutido na 28ª Assembleia Mundial de Saúde em 1975**. Lisboa: DGS, 1975.
- PREGO, Maria de Lurdes Sousa – “Vários aspectos da enfermagem religiosa” Actas do I Congresso Nacional de Religiosas, Lisboa, 8 a 13 de Abril de 1958, p.660-674
- RAMOS, Vítor – Actas do 1º Encontro dos Grupos de Projectos Formativos Piloto, 2000.
- REBELO, Teresa – **Algumas reflexões sobre enfermagem e saúde comunitária Real**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- Regras Communs das Filhas da Caridade e Servas dos Pobres Enfermos** [Tradução portuguesa das Regras das Filhas da Caridade de 1684]. Lisboa: Typographia de Antonio Rodrigues Galhardo, 1822.
- Relatório de Actividades 1969/1970. ARQUIVO DA ARSLVT. Lisboa: IANT, 1971.
- RISCADO, Gisela – **Panorâmica da Enfermagem nos SMS**. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- SALAZAR, A. – **Discursos**. 4ª edição. Coimbra: Coimbra Editora Lda., 1948. Vol. I.
- SALAZAR, Castro - Intervenção na Assembleia Nacional, Abril de 1970. Diário das Sessões da Assembleia Nacional.
- SAMPAIO, Arnaldo - **Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-1945 e suas conseqüências**. IV CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA, Lisboa, 1980. In Participação do INSA no IV Congresso Nacional de Medicina. Separata dos: Arquivos do Instituto Nacional de saúde. Lisboa. V (1981) 75-84.
- SAMPAIO, Arnaldo - **Um Instituto de Higiene e Escola de Saúde Pública perante as realidades nacionais**. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS, Lisboa, 1959 - actas do IV Congresso das Misericórdias. Lisboa, 1959.
- SAMPAIO, Arnaldo; MELO, Fernando; FARIA, Lobato - Relatório de 6 de Dezembro de 1971 da Comissão de Luta contra a Cólera.
- SANT'ANA, José Firmino - **A mortalidade na população portuguesa e suas principais causas**. CONGRESSO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA POPULAÇÃO, Porto, 1940 - actas, memórias e

- comunicações do Congresso Nacional Ciências da População. Lisboa: Comissão executiva dos Centenários, 1940.
- SANTOS, Reinaldo – **Alguns Aspectos da Problema da Assistência**. In CONFERÊNCIA, Porto, 24 de Abril de 1937. Porto: Liga de Profilaxia Social, 1937.
- SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA - **Dez anos de acção Médico-Social: 1946-1955**. Lisboa: Federação das Caixas de Previdência, 1956.
- SOUSA, Baltazar Rebelo de - **Estado Social: doutrinação, acção política, participação**. In CONGRESSO DA ACÇÃO NACIONAL POPULAR, Tomar, 1973 - Comunicação apresentada à 1ª secção do Congresso da Acção Nacional Popular. Tomar, 1973.
- THE ROCKEFELLER FOUNDATION – **The Rockefeller Foundation annual report**. New York: The Rockefeller Foundation, 1935.
- THE ROCKEFELLER FOUNDATION – **The Rockefeller Foundation annual report**. New York: The Rockefeller Foundation, 1941.
- Trabalhos/grupos de discussão sobre Cuidados de Saúde Primários do II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981. In CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 5-10, Abril, 1981, Coimbra: Actas. Coimbra: II Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Carlos - Limpos, sadios e dóceis - História da Saúde escolar em Portugal no Estado Novo: 1930 a 1960. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.
- ABREU, Laurinda - A assistência e a saúde como espaços de inovação: alguns exemplos portugueses. In SAKELLARIDES, Constantino; ALVES, Manuel Valente, ed, lit. - **Lisboa, Saúde e Inovação – do Renascimento aos dias de hoje**. Lisboa: Edições Gradiva, 2008.
- ABREU, Laurinda - Health and Welfare in a moment of transition. In ABREU, Laurinda; BOURDELAIS, Patrice; ORTIZ-GOMÉZ, Teresa; PALACIOS, Guillermo (eds.) - **Dynamics of health and welfare: texts and contexts**. Edições Colibri; Cihedus/UE; GRAPH/PhoenixTN, 2007. Edições Colibri; Cihedus, 2007.
- ABREU, Laurinda - **Igreja, Caridade e Assistência na Península Ibérica**. Lisboa: Edições Colibri, 2004.
- ABREU, Laurinda - Misericórdias: patrimonialização e controle régio (séculos XVI e XVII). Ler história. 44 (2003) 5-24.
- ABREU, Laurinda - Políticas de caridade e assistência no processo de construção do Estado Moderno: alguns elementos sobre o caso português. In MILLÁN, José Martínez; LOURENÇO, Maria Paula Marçal - **Las relaciones discretas entre las monarquias Hispana y Portuguesa: las Casas de las Reinas (siglos XV –XIX): Vol. II**. Madrid: Polifemo, 2008.
- ABREU, Laurinda: As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V. In **Portugaliae Monumenta Misericordiarum – Vol.I: Fazer a História das Misericórdias**. Lisboa: Multinova, 2002.
- ABREU, Luís Machado de – Vicentinas. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- ABREU, Luís Machado; FRANCO, José Eduardo - **Ordens e congregações religiosas no contexto da I República**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- ADÃO, Áurea; REMÉDIOS, Maria José – A narrativa educativa da primeira fase da governação de Salazar. A voz das mulheres na Assembleia Nacional portuguesa (1935-1945). Revista Lusófona de Educação. 5 (2005) 85-109.
- ADÃO, Luís – **O problema da Enfermagem**. Conferência proferida em Ponta Delgada, Junho de 1956.
- ALLENDER, Judith Ann; SPRADLEY, Barbara W. – **Community Health Nurse: Concepts & Practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- ALMEIDA E OLIVEIRA, António Corrêa - **Princípios fundamentais do Estado Novo Corporativo**. Coimbra: Tipografia Gráfica de Coimbra, 1937.
- ALMEIDA, Ana Margarida B. de - **Quero ser... hospedeira, enfermeira professora, modista**. Lisboa: Edições Colibri, 1984.
- ALMEIDA, Ana; PESTANA, Maria – Proposta de organização dos cuidados de enfermagem prestados à população utente do Centro de Saúde Sofia Abecassis. Lisboa: Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa. Março de 1983. Trabalho realizado no estágio de Administração do Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas.
- ALMEIDA, António Ramalho de - **O Porto e a Tuberculose: História de 100 Anos de Luta**. Porto: Fronteira do Caos, 2007.

- ALMEIDA, Fortunato de - **História da Igreja em Portugal**. Barcelos: Livraria Civilização Editora, 1970.
- ALVES, Ana Maria da Rocha Pereira Cardoso - Percursos de vida: A prostituição no Porto na década de 60/70. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2009. Dissertação de mestrado em História Contemporânea.
- ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (org.) - **Medicina geral e familiar, 20 anos - da memória**. Lisboa: APMCG, 2003.
- AMARAL, Diogo Freitas do – **O antigo regime e a revolução: memórias políticas (1941-1975)**. Venda Nova: Bertrand/Nomen, 1995.
- AMENDOEIRA, José - **Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX**. Coimbra: Formasau, 2006.
- ANDRESEN, Sofia de Mello Breyner - **Contos Exemplares**. 3ª edição. Lisboa: Contemporânea/Portugália, 1970.
- ARAÚJO, Helena – **As pioneiras na educação: as professoras primárias na viragem do século - contextos, percursos e experiências**. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2000.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – O hospital do Espírito Santo de Portel na Época Moderna. Cadernos do Noroeste. Série História. 3:20 (2003) 341-409.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de: **Pobres, honradas e virtuosas: a distribuição de dotes de D. Francisco pela Misericórdia de Ponte de Lima (1680-1850)**. Ponte de Lima: Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000.
- ARNAUT, António - **Introdução à Maçonaria**. 5ª ed.. Coimbra: Coimbra Editora, 2006.
- ARNAUT, António – **Serviço Nacional de Saúde: SNS 30 anos de Resistência**. Coimbra: Coimbra Editora, 2009.
- AUJALEU, Eugène. - Les différents types de systèmes de santé: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. Vol.III (1974) 17-22.
- AZEVEDO, David de – **O Evangelho entre os humildes: Mary Jane Wilson**. Apelação: Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, 2004.
- BACKER, BA - Lillian Wald: connecting care with activism. Nursing and Health Care. New York. 3:14 (1993) 122-129.
- BARNARD, C. - La noble tâche de L'infirmière-Visiteuse. La Messagère de Santé. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930.
- BARREIRA, Ieda de Alencar – Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. Revista latino americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. 7:3 (Julho 1999) 87-93.
- BARREIROS, Bruno - O discurso higienista no Portugal do século XVIII: tradição e modernidade. In **Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII – Catálogo**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010.
- BARREIROS, Bruno – **O discurso higienista no Portugal do século XVIII: tradição e modernidade**. In **Arte Médica e Imagem do Corpo – de Hipócrates ao final do século XVIII**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010.
- BARRETO, António – **Os silêncios do regime**. Lisboa: Editorial Estampa, 1992.
- BARRETO, António (org.) – **A situação social em Portugal: 1960-1999**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2000.
- BARRETO, António; PRETO, Clara Valadas – **Portugal: 1960/1995: Indicadores Sociais**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais; Jornal Público, 1996.
- BARRETO, Bissaya - **Subsídios para a história VII – Coisas que aconteceram**. Coimbra: Coimbra Editora, 1964.
- BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge de Almeida – Portugal: Health system review. Health Systems in Transition. 9:5 (2007).

- BASTO, Marta Lima - Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 23:1 (2005) 25-41.
- BASTOS, A. de Magalhães – **História da Santa Casa da Misericórdia do Porto**. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1999.
- BEDOYA, María - Las potencialidades del institucionalismo histórico centrado en los actores para el analisis de la política pública. Contingentes de trabajadores extranjeros en España. Estudios Políticos. Instituto de Estudios Políticos: Universidad de Antioquia. 35 (julio-diciembre de 2009), p.33-58.
- BÉLAND, Daniel - Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. In Social Policy and Administration. 39:1 (February 2005) 1-18.
- BERTAUX, Daniel - **Le Récit De Vie: L'Enquête Et Ses Méthodes**. 3ª ed. Armand Colin, 2010.
- BEXIGA, Francisca Carmo [Enfermeira Supervisora das ARS do distrito de Lisboa] – [entrevista] 1983 Fevereiro 28, SMS [por] Ana Almeida e Maria Pestana: Problemas relativos ao atendimento da população por equipas de enfermeiras de área e futura integração dos serviços de cuidados primários. In ALMEIDA, Ana; PESTANA, Maria – **Proposta de organização dos cuidados de enfermagem prestados à população utente do Centro de Saúde Sofia Abecassis**. Lisboa: Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa. Março de 1983. Trabalho realizado no estágio de Administração do Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas.
- BEZES, Philippe – **Réinventer l'État: Les reformes de l'administration française (1962-2008)**. Paris: Presses Universitaires de France, 2009.
- BINDEFELD, John – **Univers de la profession infirmière**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.
- BISCAIA et al - **Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2006.
- BJØRNSØN, Øyvind – O Estado Providência na Noruega: Os anos de formação. In As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada. Ler História. 37 (1999) 23-43.
- BLOCH, Marc - **Apologie pour l'histoire ou le métier de l'historien**. Paris, 1949.
- BLOCH, Marc - **Introdução à História**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1997.
- BOLANDER, Verolyn Rae; SORENSEN et al.– **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998.
- BOROWY, Iris – Crisis as opportunity: International health work during the economic depression. Dynamis. 28 (2008) 29-53.
- BORRÊCHO, Maria do Céu de Brito Vairinho - Servas de Maria. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010.
- BRANCO, Maria Eugénia Carvalho e – **João dos Santos: Saúde Mental e Educação**. Lisboa: Coisas de Ler, 2010
- BRANDÃO, Fernando de Castro – **Estado Novo: uma cronologia**. Lisboa: Livros Horizonte, 2008.
- BRANDÃO, Maria Angelina; BRANDÃO, Raul Brandão - **Portugal Pequeno**. Lisboa, 1930.
- BRANDÃO, Raul – **Os pescadores**. Lisboa: Editorial Comunicação, 1986.
- Brito, Ana Sara – A participação do cidadão nos cuidados de saúde. In **Princípios enformadores do sistema de saúde**. Lisboa: Universidade Católica, 2001.
- BRITO, J.M. Brandão de (coord.) - **Do Marcelismo ao fim do Império**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.
- BRUSH, Barbara I. et al - **Nurses of all nations. History of the International Council of nurses, 1899-1999**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
- BURGESS, P. W. - Theory and methodology in executive function research. In P. Rabbitt (Ed.) **Methodology of Frontal and Executive Function**. Hove, U.K.: Psychology Press, 1997.

- CABRAL, José Curry da Câmara – **O Hospital Real de São José e Anexos, desde 7 de Janeiro de 1901 até 5 Outubro 1910**. Lisboa: Tipografia A Editora Lusitana, 1915.
- CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da – **O Estado da Saúde em Portugal**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2009.
- CAEIRO, Joaquim Croca – **Políticas públicas, política social e Estado Providência**. Lisboa: Universidade Lusíada, 2008.
- CAETANO, Marcelo – **Constituições portuguesas**. 6ª edição. Lisboa: Verbo, 1986.
- CALMETTE, A. - La noble tâche de L'infirmière-Visiteuse. La Messagère de Santé. Paris: Comité National de Défense Contre la Tuberculose, 1930.
- CAMPOS, António Correia de - **As reformas da saúde: o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008.
- CAMPOS, António Correia de – **Saúde: O custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.
- CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge – **O Percurso da Saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011.
- CANALEJO, Carmen González – Cuidados y bienestar: El trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936). Revista Dynamis. 27 (2007) 211-235.
- CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Ed. Afrontamento, 1993.
- CARAPINHEIRO, Graça; PAGE, Paula - As determinantes globais do sistema de saúde português. CARAPINHEIRO, Graça; HESPANHA, Pedro – **Risco Social e Incerteza**. Porto: Edições Afrontamento, 2002. p. 81-114.
- CARDIA, Mário - **Assistência às classes pobres**. Porto: Junta de Província do Douro Litoral, 1938.
- CARDOSO, José Luís – Ecos da Grande Depressão em Portugal: relatos, diagnósticos e soluções. In Análise Social. XLVII:203:2º (2012) 370-400.
- CARDOSO, José Luís – **Portugal com problema: A economia como solução, da Revolução Liberal à revolução Democrática (1821-1964)**. Lisboa: Fundação Luso-americana; Jornal Público, 2006.
- CARDOSO, José Luís; ROCHA, Maria Manuela – **Corporativismo e Estado-Providência**. In XXII Encontro da APHES, Aveiro, 15 e 16 de Novembro de 2002 – actas do XXII Encontro da APHES. Aveiro, 2002.
- CARMO, Hermano – **Teoria da Política Social (um olhar da Ciência Política)**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2011.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes - **Ajudar a Nascer - Partejas, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. Porto: Universidade do Porto Editorial, 2008.
- CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova Gestão Pública e reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.
- CARVALHO, Teresa – Profissionalização na Enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional. In DELICADO, Ana; BORGES, Vera; DIX, Steffen (org.) – **Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010. p. 21-47.
- CASCÃO, Rui - Modos de habitar. In MATTOSO, José, dir. - **História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011.
- CASTELLS, Manuel – **A Sociedade em Rede**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.
- CAYOLLA DA MOTA, Luiz - Perspectivas e tendências em Saúde pública. Separata de: O Médico. Porto 494 (1961).
- CLEMENTE, Manuel – **Igreja e sociedade portuguesa: do Liberalismo à República**. Porto: Assírio Alvim, 2012.
- COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

- COLLIÈRE, Marie-Françoise - Du pain aux pauvres honteux á la péniciline: les soins à domicile (d'hier à aujourd'hui). In BINDEFELD, John et al - **Univers de la Profession Infirmiere**. Paris: Presses de Lutèce, 1991.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999.
- COMBES, Paulo – **O livro da esposa**. Porto: Editora Educação Nacional, 1948.
- COMMITTEE FOR THE STUDY OF NURSING EDUCATION; GOLDMARK, Josephine Clara - **Nursing and Nursing Education in the United States**. New York: The Macmillan Company, 1923.
- Compromisso da Confraria da Misericórdia da Cidade de Lisboa (1516)** – Reedição fac-similada com introdução, comentário e notas de Joaquim Veríssimo Serrão.
- Compromisso da Misericórdia de Lisboa**. Lisboa: na Offic. de Joseph da Silva Natividade, Anno MDCCXLV.
- CONDE, Idalina – Falar da Vida (II). Sociologia: Problemas e Práticas. Lisboa. 16 (1994) 41-74.
- CORRÊA, Beatriz de Mello - **Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988**. Lisboa: ed. do autor, 2010.
- CORREIA Fernando Silva - **A actualização do papel dos subdelegado de saúde**. In Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência, Direcção Geral da Saúde. 7:1 (1961) 143.
- CORREIA, Fernando Silva – **Algumas razões humanas do êxito de João Cidade**. Separata da: Acção Médica. Lisboa. 58-59 (Outubro 1950 a Março 1951).
- CORREIA, Fernando Silva - Alguns apontamentos para a história do Instituto Central de Higiene. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano I (1946) 75.
- CORREIA, Fernando Silva - **Assistência Moderna e a Tradição**. In CONFERÊNCIAS DA LIGA DE PROFILAXIA SOCIAL, Porto, 1939, 7ª Série, Porto: Imprensa Social, 1952.
- CORREIA, Fernando Silva - Curso de visitadoras sanitárias 1946-1947. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1949. p. 464.
- CORREIA, Fernando Silva - Curso de visitadoras sanitárias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. Ano VIII:38 (1953) 71.
- CORREIA, Fernando Silva - O papel moderno do subdelegado de saúde. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 1 (1946) 121.
- CORREIA, Fernando Silva – **Origens e formação das misericórdias portuguesas**. Lisboa: Henrique Torres Editor, 1944.
- CORREIA, Fernando Silva - **Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)**. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral da Saúde, 1938.
- CORREIA, Fernando Silva – Subsídios para a história da Saúde Pública portuguesa: do séc. XV a 1822. Separata de: O médico. Porto. 347 (1958) 3-23.
- CORREIA, Maria Adelaide Pinto - **Memória de 30 anos de Saúde Escolar**. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.
- COSME, João – As Preocupações higieno-sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do século XX). In Revista da Faculdade de Letras: História. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. III:7 (2006) 181-195.
- COSTA SACADURA, Sebastião Cabral - Achegas para a História da Higiene Escolar em Portugal. Separata da: Semana Médica. Lisboa. 42 (14 de Fevereiro de 1960).
- COSTA, Adélia – **Representações sociais dos homens e das mulheres, Portugal 1991**. Lisboa: CIDM, 1992.
- COSTA, Leonor Freire; LAINS, Pedro; MIRANDA, Susana Münch – **História económica de Portugal 1143-2010**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011.
- COSTA, Maria Palmira Bruto da – A acção da enfermeira na saúde escolar. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 218-220.

- COSTA, Palmira Fontes da – Ribeiro Sanches e o primado da conservação da saúde pública. In SAKELLARIDES, Constantino; ALVES, Manuel Valente, ed, lit. - **Lisboa, Saúde e Inovação – do Renascimento aos dias de hoje**. Lisboa: Edições Gradiva, 2008.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – **O poder médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmação, legitimação e Ordenamento Profissional**. Porto: U. Porto Editorial, 2009.
- COSTA, Rui Pinto da - A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo. História. Porto. III:8 (2007) 355-381.
- COULTER, Pearl Parvin - **The nurse in the Public Health Program**. New York: G. P. Putnam's Sons, 1954.
- COUTO, Mia – Identidade. In **Raiz de orvalho e outros poemas**. Lisboa: Editorial Caminho, 2001.
- COVA, Anne; PINTO, António Costa – O Salazarismo e as Mulheres: uma abordagem comparativa. Penélope. 17 (1997) 71-94.
- CRES - **Recomendações para uma reforma estrutural**. Porto: Ministério da Saúde, 1998.
- Curso de Enfermeiras Visitadoras de Higiene de 1948-1949**. Porto: Tip. Artes e Letras, 1949.
- D' OREY, Isabel de Albuquerque - **Moral Profissional da Enfermeira**. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1937.
- D'UVA, Teresa Bago – Equidade no Sector da Saúde em Portugal. In SIMÕES, Jorge (coord.) – **30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado**. Coimbra: Almedina, 2010.
- DEFARGES, Philippe Moreau – **La gouvernance**. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.
- DELEUZE, Gilles – **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005.
- DELICADO, Ana; BORGES, Vera; DIX, Steffen (org.) – **Profissão e Vocação. Ensaio sobre grupos profissionais**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010.
- DELPEUCH, Thierry; VIGOUR, Cécile – Création et changement institutionnels. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010.
- DEP. NACIONAL DE INFORMAÇÃO DO SEP – **Projecto de diploma sobre Unidades de Saúde Familiar (USF)**. SEP, 2006.
- DESCAMPS, Florence et al – **Les sources orales et l'histoire: récits de vie, entretiens, témoignages oraux**. Bréal éditions: Rosny-sous-Bois, 2006.
- DIAS, António de Carvalho – **Alguns serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural. Escolas de visitadoras sanitárias**. Lisboa: Imprensa Médica, 1940.
- DIAS, José Lopes - Misericórdias e hospitais da Beira Baixa. In Separata de: Revista Clínica, Higiene e Hidrologia. Lisboa, 1938.
- DIAS, Virgínia – Visitandinas. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- DIEBOLD, Èvelyne; FOUCHÉ, Nicole – **Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)**. Paris: Éditions Publibook, 2011.
- DIECKMANN, Janna - História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 22-48.
- DINGWALL, Robert; RAFFERTY, Anne Marie; WEBSTER, Charles – **An introduction to the Social History of Nursing**. London: Routledge, 1988.
- DINIZ, Pedro – **Das ordens religiosas em Portugal**. 2ª edição. Lisboa: Typographia de J.J.A. Silva, 1854.
- DOCK, Lavinia cit. por PORTNOY, Frances L.; DUMAS, Linda – Nursing for the public good. Nursing Clinics of North America. 29:3 (September 1994) 371-375.
- DOCK, Lavinia et al – **History of American Red Cross Nursing**. New York: The Macmillan Co., 1922.

- DOCK, Lavinia; NUTTING, M. Adelaide – **A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses**. New York, London: G.P. Putnam's Sons, 1907.
- DONAHUE, M. Patricia – **Historia de la enfermería**. Trad. Maria Picazo y Carmén Hernández. Ediciones Doyma, 1985.
- DUARTE, Maria Palmira – **A imagem da mulher na sociedade: estudo em diferentes meios sociais de Lisboa**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais e Política Ultramarina, 1967.
- DUVIVIER-THÉNARD, Franck – **Hygiène, santé et protection sociale**. Paris: Ellipses, 2012.
- ECO, Umberto – **Como se faz uma tese em Ciências Humanas**. Lisboa: Editorial Presença, 1991.
- ESCOBAR, Lucília – **O sexo das profissões: Género e identidade socioprofissional em Enfermagem**. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento, 2004.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO – **Histórias e memórias da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto**. Loures: Lusociência, 2003.
- ESPADA, João Carlos; ROSAS, João Cardoso – **Pensamento político contemporâneo: uma introdução**. Lisboa: Bertrand Editora, 2004.
- ESPING-ANDERSEN, G. - Orçamentos e democracia: o Estado-Providência em Espanha e Portugal, 1960-1986. *Análise Social*. XXVIII:122 (1993) 589-606.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta; PALIER, Bruno – **Trois leçons sur l'État Providence**. Paris: Seuil, 2008.
- EUSÉBIO, José de Almeida – **Da mulher: Conferência na Ordem dos Advogados em 16 de Dezembro de 1943**. Lisboa: Editora Académica D. Felipa, 1943.
- FALCON, Francisco José Calazans – A História das ideias na historiografia brasileira recente: uma tentativa de balanço. In RIBEIRO, Maria Manuela Tavares (coord.) – **Outros Combates pela História**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. p. 499-508.
- FARIA, José Alberto de - **Administração sanitária**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa; Direcção Geral de Saúde, 1934.
- FARIA, José Alberto de – **Centros de saúde em Portugal**. Lisboa: Editora médica, 1940.
- FARIA, Lina – Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: Identidades profissionais em construção. *Cadernos Pagu*. 27 (junho-dezembro 2006) 173-212.
- FERNANDES, António Sérgio Araújo – **Path dependency e os estudos históricos comparados**. In XXIV Simpósio Nacional de História: Associação Nacional de História, 2007.
- FERRAROTTI, Franco - Historias de vida y Ciencias Sociales. In FEIXA, Carlos – Entrevista a Franco Ferrarotti. *Periféria : Revista de recerca y formación en antropología*. 5 (Diciembre 2006) 1-44.
- FERREIRA, David Mourão – **Obra Poética 1948-1988**. Lisboa: Presença, 2001.
- FERREIRA, F.A. Gonçalves - **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FERREIRA, Gonçalves - Perspectivas e tendências em Saúde Pública. Separata de: *O Médico*. Porto 468 (1960).
- FERREIRA, José Gonçalves - **Moderna saúde pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.
- FERREIRA, Maria Isabel Rodrigues – **A Normativa das Ordens Militares Portuguesas (sec. XII-XVI): Poderes, Sociedade, Espiritualidade**. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2004. Tese de Doutoramento em História.
- FERREIRA, Sílvia – Irmãs de S. José de Cluny. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.453-454.
- FIALHO, Sousa - **O Dispensário de Higiene Social de Setúbal: Relatório de 1934**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1935.
- FONSECA, Carlos Dinis – **História e actualidade das Misericórdias**. Lisboa: Editorial Inquérito, 1996.

- FORJAZ, Maria Teresa Bastos Pereira – Papel da enfermeira de saúde pública na higiene da maternidade. Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. 5 (1962) 211-214.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.
- Foto de Américo Ribeiro. In LOPES, José Manuel Madureira - **Américo Ribeiro: Todos os dias**. Setúbal: Livraria Hemus, 2006.
- FOUCAULT, Michel - **É preciso defender a sociedade**. Lisboa: Edição Livros do Brasil, 2006.
- FOUCAULT, Michel - **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 2008.
- FOUCAULT, Michel – **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Trad. Raquel Ramalhe. 20ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- FREEMAN, Ruth - **Enfermeria de Salud Pública**. México: Interamericana, 1970.
- FREITAS, Marília Pais Viterbo de – **Vidas de enfermeiras**. Loures: Lusociência, 2012.
- FUNDAÇÃO NOSSA SENHORA DO BOM SUCESSO - **50º Aniversário da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso**. Lisboa, 2001.
- GALLEGUILLOS, Teresa Gabriela; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos - A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Rev Esc Enf USP. 35:1 (março, 2001) 80-87.
- GAMEIRO, Aires (O.H.); JAVIERRE, José María, (apresent.); CASERA, Domenico (pref.) - **Tempo e originalidade assistencial de S. João de Deus**. Lisboa: Hospitalidade: Rei dos Livros, 1997.
- GAMEIRO, Aires, O.H.; JAVIERRE, José María, 1924-, apresent.; CASERA, Domenico, pref. - **Tempo e originalidade assistencial de S. João de Deus**. Lisboa: Hospitalidade : Rei dos Livros, 1997.
- GARCIA, Maria Gabriela Mougá Fernandes - Visita domiciliária ontem e hoje : aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Univ. Cat. Portuguesa. 1995. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- GARCIA, Maria Gabriela Mougá Fernandes - Visita domiciliária ontem e hoje: aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Univ. Cat. Portuguesa. 1995. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- GARISOAIN, V.; MERINO, R. - Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 20:3 (1997) 373-389
- GARRET, A. Almeida; FREIRE, L. Castro; ALMEIDA, Lúcio de; SOUSA, Carlos Salazar de – A primeira jornada das mães de família. Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura. V (1942) 113-123.
- GARRIDO, Álvaro - Henrique Tenreiro: «Patrão das pescas» e guardião do Estado Novo. In Análise Social XXXVI:160, (2001) 839-862.
- GARRIDO, Álvaro – **O Estado Novo e a Campanha do Bacalhau**. Rio de Mouro: Círculo dos Leitores, 2004.
- GAUCHET, Marcel – **Le désenchantement du monde**. Paris: Gallimard, 1985.
- GAUCHET, Marcel – **Un monde désenchanté?** Paris: Pocket, 2007.
- GEORGE, Francisco – **Histórias de Saúde Pública**. Lisboa: Livros Horizonte, 2004.
- GIDDENS, Anthony – **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
- GIRALDES, Maria do Rosário – **Equidade e Despesa em Saúde**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.
- GOMES, Ana Cristina da Costa – Franciscanas Missionárias de Nossa Senhora. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p.434-438.
- GORJÃO, Vanda – **Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002.

- GRANATE, Maria da Conceição - Retrospectiva da Saúde Escolar Portuguesa. Cadernos de medicina escolar e universitária. Lisboa: Ministério da Educação e Cultura. ([sem data]).
- GRIFFIN; Gerald Joseph; GRIFFIN, H. Joanne - **Jensen's history and trends of professional nursing**. Saint Louis: C.V. Mosby Company, 1965.
- GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**. Lisboa: Principia, 2006.
- GUERRA, J. P. Miller; TOMÉ, F. - A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência. Análise Social. 2:7-8 (1964) 623-651.
- GUILHAUMOU, Jacques; MALDIDIER, Denise; ROBIN, Régine - **Discours et archive**. Liège: Mardaga, 1994.
- GUTERRES, António – A necessidade de um novo sistema de responsabilidade coletiva. In Finisterra Revista de reflexão e crítica. 24/25 (1997) 11-16.
- HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. Revue française de science politique. 3-4 (1997), p. 469-496.
- HENDERSON, Virginia – **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta, 2007.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001.
- HESBEEN, Walter (dir) - **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência, 2004.
- HITCHCOCK, Janice E.; SHUBERT, Phyllis E.; THOMAS, Sue A. – **Community Health Nursing – caring in action**. New York: Thonson-Delma Learning, 2003
- HOEFFLER, C.; LEDOUX, C.; PRAT, P. – Changement. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010. p. 132-139.
- HOMEM, Francisco - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa. 207 (1948).
- INSTITUTO DE SERVIÇO SOCIAL - A atitude moral da enfermeira em face de certas teorias modernas. A enfermeira – Boletim do SF das Enfermeiras do Distrito de Lisboa. 2 (1938) 6-10.
- Intervenção na inauguração do Curso para Aperfeiçoamento para Internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa em 1967. In SAMPAIO, Arnaldo et al - Saúde Pública: Conceitos de Saúde Pública e suas implicações. Saúde Pública: Boletim dos Serviços de Saúde Pública. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência, Direcção Geral da Saúde 1:XIV (1967).
- JAMIESON, Elisabeth M.; SEWALL, Mary F.; SUHRIE, Eleanor – **Trends in Nursing History**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1966.
- Lactários Municipais (1925-12-07 - 1927-07-31)**. Acessível no Arquivo Municipal de Lisboa, Subsecção Saúde e Existência, PT/AMLSBCMLSB/SASSLM.
- LAMAS, Maria - **As mulheres do meu país**. Lisboa: Caminho, 2003.
- LAPA, Rodrigues – **Prefácio e notas aos Anais de D. João III, por Frei Luís de Sousa**. 2ª edição. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1951.
- LAVAJO, Joaquim Chorão – **Ordem Hospitaleira de São João de Deus em Portugal**. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 2003.
- LE GALÉS, Patrick – Gouvernance. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Sciences Po, 2010.
- LE GOFF, Jacques – **História e memória**. II vol. Lisboa: Edições 70, 2000.
- LE GOFF, Jacques – **Reflexões sobre a História**. Lisboa: Edições 70, 1999.
- LE MOS, Estela Ribeiro – Profissão de Enfermeiro: Compreensão sociológica da identidade profissional. Porto: Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2004. Dissertação de Mestrado em Sociologia.

- LÉONARD, Yves – Portugal de um século a outro. In Rosas, Fernando; Rollo, Maria Fernanda (coord.) - **Portugal na viragem do século: Valor da Universalidade**. Lisboa: Ed. Pavilhão de Portugal – Expo 98, Assírio e Alvim, 1998. p.91-127.
- LESSA, Almerindo de Vasconcelos – **Livro de Higiene**. Lisboa: Nunes de Carvalho ditator, 1936.
- LHEZ, Pierrette - **De la robe de bure à la tunique pantalon: études sur la place du vêtement dans la pratique infirmière**. Paris: InterEditions, 1995.
- LIBERATO, Isabel - **Sexo, Ciência, Poder e Exclusão Social: A Tolerância da Prostituição em Portugal (1841-1926)**. Oeiras: Livros do Brasil, 2002.
- LIMA, Pedro Almeida – Algumas considerações a propósito da Enfermagem. Separata da: Revista Medicina Contemporânea. Ano 64:10 (Outubro 1946) 415-432.
- LINDEMANN, Mary – **Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna: Novas abordagens da história europeia**. Lisboa: Replicação, 2002.
- LOPES, Antónia - Parte II: De 1750 a 2000. In SÁ, Isabel dos Guimarães, LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- LOPES, Manuel José; Lourenço, Orlando - **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento socio-moral: Alguns dados e implicações**. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999.
- LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia – Promover a saúde. Coimbra: Almedina, 2010
- LUCENA, Manuel – As casas dos Pescadores revisitadas. In GARRIDO, A. (coord.) - **A pesca do bacalhau – História e memória**. Lisboa: Editorial Notícias, 2001, p.155-179.
- LUCENA, Manuel – Salazar, a “fórmula” da agricultura portuguesa e a intervenção estatal no sector primário. Análise Social. Vol.XXVI:110 (1991) 97-206.
- LUCENA, Manuel de - Previdência social. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena (coord.) - **Dicionário de História de Portugal, Suplemento**. Porto: Figueirinhas, 2002.Vol. IX.
- LUPI, Luís C. – **Memórias: Diário de um inconformista (1938-1943)**. II volume. Lisboa: Editora Pax, 1972.
- LUZ, António; VALENTE, Sara – O acompanhamento externo na função agência. In Inovação em Saúde, Lisboa, 28 e 29 de Outubro de 1998 - Actas do II Encontro Nacional. Lisboa, 1998.
- MACEDO, Jorge Borges de – Prefácio. In SALGADO, Abílio José; SALGADO, Anastácia Mestrinho - **Registos dos Reinados de D. João II e de D. Manuel I**. Edição facsimilada. Lisboa: Ministério da Saúde 1996.
- MACHTAN, Lothar – A construção do estado social alemão e a política social de Bismarck. In As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada. Ler História. 37 (1999) 7-22.
- MAGGS, Christopher J. - **The origins of general nursing**. Beckenham: Croom Helm Ltd., 1985.
- MAGNON, René – **Les Infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers**. Paris: Masson, 2006.
- MARCH, J.; OLSEN, J. – The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. American Political Science Review. 78:3 (1984), p. 734-749.
- MARGARIDO, Alfredo – A Providência como uma obrigação. Revista de Reflexão e Crítica de Eduardo Lourenço. Lisboa: Finis terra. 24/25 (1997) 61-74.
- MARINHO, António Luís – **1961: O ano horrível de Salazar**. Maia: Temas e Debates; Círculo de Leitores, 2011.
- MARQUES, António Manuel – **Masculinidade e profissões: discursos e resistências**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2011.
- MARQUES, José - A Assistência no Norte de Portugal nos finais da Idade Média. Revista da Faculdade de Letras. Série de História. 6:2ªsérie (1989) 11-93.
- MARTINS, Armando Alberto – **O mosteiro de santa cruz de Coimbra na idade média**. Lisboa: Centro de História da Universidade de Lisboa, 2003.

- MARTINS, Guilherme d'Oliveira – Governabilidade no centro-esquerda. In Finisterra Revista de reflexão e crítica. 24/25 (1997) 75-82.
- MASCARENHAS, João; NEVES, Helena; CALADO, Maria – **O Estado Novo e as mulheres – o género como investimento ideológico e de mobilização**. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa; Biblioteca Museu República e Resistência, 2001.
- MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Circulo de Leitores, 1994.
- MATTOSO, José; SOUSA, Armindo de – **A Monarquia Feudal in História de Portugal**. 2º volume. Lisboa: Círculo dos leitores, 1993.
- MÀXIMO, Maria Elsa – A política educativa no Estado Novo em relação à mulher, no tempo do ministro António Faria Carneiro Pacheco (1936-1940): contributo para a História do género em Portugal. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. 2007. Dissertação de Mestrado em Didáctica da História.
- MAYNTZ, Renate; SCHARPF, Fritz W. – L' institutionnalisme centre sur les acteurs. Politix. 14:55 (2001) 95-123.
- MCDONALD, Lynn – **Florence Nithingale: Extending Nursing**. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press, 2009.
- MCLAIN, M.Esther, GRAGG, Shirley Hawke - **Princípios científicos de Enfermagem**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1970.
- MEDINA, João – **História Contemporânea de Portugal**. Lisboa: Amigos do Livro Editores, 1975.
- MENDO, Paulo – Cuidados de Saúde Primários: Cuidados médicos diferenciados – que continuidade?. O médico. 111:1715 (8 de Novembro de 1984).
- MESTRE, Josep Bernabeu; PÉREZ, Encarna Gascón – **Historia de la enfermeria de salud publica en España (1860-1977)**. Murcia: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999.
- MÓNICA, Maria Filomena – Exposição do Mundo Português. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena (coord.) - **Dicionário da História de Portugal**. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999. Vol. VII, p.710-711.
- MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem**. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999.
- MONJARDINO, Maria; MORAIS, Maria Palmira Tito de; cit. por CORRÊA, Beatriz de Mello - **Imagens e Memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988**. Beatriz de Mello Corrêa: Lisboa, 2002.
- MOORE, Eliza – Visiting Nursing. American Journal of Nursing. 1 (October 1900) 17-21.
- MORAIS, Maria Carminda Soares – Formação, Género e Vozes de Enfermeiras. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Educação.
- MORAIS, Maria da Graça – **Causas de morte no século XX – Transição e estruturas da mortalidade em Portugal Continental**. Lisboa: Edições Colibri.
- MORAIS, Palmira Tito de – Entrevista concedida a Maria Gabriela Mouga Fernandes. In GARCIA, Maria Gabriela Mouga Fernandes – Visita domiciliária ontem e hoje: aptidão de enfermeiros e médicos um estudo exploratório. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 1995. Dissertação de Mestrado.
- MOREIRA, Paulo K. – **Políticas de Saúde: Ensaio para um debate nacional**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2007.
- MORELLE, Aquilino; TABUTEAU, Didier – **La santé publique**. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.
- MORGADO, Emília - **Cuidemos das criancinhas - noções de puericultura**. Porto: Imprensa Portuguesa, 1942.
- MOTA, Luís – Memória, História e Discursos Identitários: Contributos para um debate. In RIBEIRO, Maria Manuela Tavares (coord.) – **Outros combates pela História**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- MULLER, Pierre – **Les politiques publiques**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

- NAMORA, Fernando – Semana Médica. 1966.
- NETO, Vítor – **A questão religiosa no Parlamento. Vol 1: 1821-1910**. Lisboa: Texto Editores e Assembleia da República, 2009.
- NEVES, Arminda – **Governação Pública em rede: uma aplicação a Portugal**. Lisboa: Edições Sílabo, 2010.
- NEVES, Joaquim Pacheco - Comércio do Porto. (1967-08-12).
- NICOLAU, Rita – Missionárias de S. Domingos. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- NICOLAU, Rita Maria – Dominicanas de Santa Catarina de Sena. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- NIGHTINGALE, Florence – **Notas Sobre Enfermagem: Um Guia para os Cuidadores na Actualidade**. Loures: Lusociência, 2011.
- NINA, Cristiano - Problemas de Saúde Pública: sobre Centros de Saúde. Separata de: O médico. Porto. LVIII:1019 (Fevereiro de 1971) 825-833.
- NOGUEIRA, Fernando - Mais médicos...e mais outras coisas. In O médico. Porto. 105:1615 (7 de Outubro de 1982) 4.
- NOGUEIRA, Manuel - **História da Enfermagem**. 2ªed. Porto: Ed. Salesianas, 1990.
- NÓVOA, António – A educação nacional. In ROSAS, Fernando (coord.) – Portugal e o Estado Novo 1930-1960. In SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira (dir.) - **Nova História de Portugal**. Volume XII. Lisboa: Editorial Presença, 1992. p. 455-519.
- NUNES, João Arriscado; FILIPE, Ângela; MATIAS, Marisa - Saúde e novas formas de governação. Janus. Lisboa. (2008) 1-7.
- NUNES, Lucília - A especificidade da Enfermagem in Para uma ética da enfermagem – desafios in NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coord.) Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p.33-48, p.36.
- NUNES, Lucília - **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003.
- OLIVEIRA, Cristóvão Rodrigues de; ALVES, José da Felicidade (apres. e notas) - **Lisboa em 1551: Sumário em que brevemente se contêm algumas coisas assim eclesiásticas como seculares que há na cidade de Lisboa (1551)**. Lisboa: Livros Horizonte, 1987.
- OLIVEIRA, Ferraz L.N. – Nota Introdutória. In MONJARDINO, Jorge; RIO, Maria Monjardino Brito do – **Por Bem: Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem**. Lisboa: Fundação Nossa senhora do Bom Sucesso, 1999.
- OMS – **La définition des paramètres de l'efficacité des soins primaires et Le rôle de l'infirmière dans les soins primaires: Rapport sur les réunions de deux groupes de travail**. Reykjavik: OMS, 14-18 juillet 1975.
- OMS – **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca**. Geneve: OMS, 2008.
- OPSS – **Relatório da Primavera, 2001: conhecer os caminhos da Saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- OPSS – **Relatório de Primavera, 2002: o estado da saúde e a saúde do Estado**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- OPSS – **Relatório Primavera: Saúde que ruturas?**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- PACHECO, António (coord.); Oliva, Ângela Sousa; Lopes, António - **Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende: Memórias de um Percurso**. Lisboa: Ensaios, 2005.
- PALIER, Bruno – **La réforme des systèmes de santé**. Paris: Presses Universitaires de France, 2004.

- PALIER, Bruno; SUREL, Yves – Les “trois i” et l’analyse de l’État en action. Revue Française de science politique. 55:1 (février 2005) 7-32.
- PÀMPOLS, Carlos Feixa - La imaginación autobiográfica. Perifèria : Revista de recerca i formació en antropologia. 5 (Diciembre 2006) 1-41.
- PAQUY, Lucie – **European social protection systems in perspective**. Blansko, Czech Republic: Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN, 2004.
- PATRIARCA, Fátima – **A questão social no salazarismo**. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1995.
- PEDROSA, Aliete – A Enfermagem Portuguesa: Referências Históricas. Referência. 11 (Março de 2004) 69-78.
- PEREIRA, Miriam Halpern – As Origens Históricas do Estado Providência em Portugal: As novas fronteiras entre o público e o privado. In *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada*. Ler História. 37 (1999) 45-61.
- PEREIRA, Miriam Halpern – **Nação, cidadania e religião nos séculos XIX-XX**. Lisboa: ICS, 2010.
- PEREIRA, Miriam Halpern – **O gosto pela história**. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 2010.
- PEREIRA, Sandra Marques – Cenários do quotidiano doméstico: modos de habitar. In MATTOSO, José (Dir.); ALMEIDA, Ana Nunes de (Coord.) - **História da Vida Privada em Portugal: Os Nossos Dias**. Lisboa: Círculo dos Leitores e Temas e Debates, 2011. p.16-47.
- PERROT, Michele – **Uma História das Mulheres**. Lisboa: Edições Asa, 2007.
- PIERSON, Paul – **Increasing returns, path dependence, and the study of politics**. Florence: European University Institute, 1997.
- PIERSON, Paul – **Politics in time – history, institutions and social analysis**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.
- PIMENTA, Madalena Maria Brandão Alves – Serviços de Enfermagem de Saúde Pública. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1964. Dissertação para o Acto de Licenciatura.
- PIMENTEL, Irene Flunser – **História das organizações femininas do Estado Novo**. Lisboa: Temas e Debates, 2001.
- PIMENTEL, Irene Flunser – **Mocidade Portuguesa Feminina**. Lisboa: A esfera dos livros, 2008.
- PIMENTEL, Irene Flunser - **A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo**. Maia: Círculo dos Leitores, 2011.
- PIMENTEL, Irene Flunser - A assistência social e familiar no Estado Novo (anos 30 e 40). Análise social. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. XXXIV:151-152 (Inverno 2000) 477-508.
- PIMENTEL, Irene Flunser - Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo. Sexualidade e Planeamento Familiar. Lisboa: APF. 34 (Maio/Agosto 2002) 22.
- PINA, Isabel Castro – Lóios. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010, p. 211-213.
- PINA, Isabel Castro - Os Lóios em Portugal: origens e primórdios da Congregação dos Cónegos Seculares de São João Evangelista. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Universidade Nova de Lisboa. 2011. Tese de Doutoramento em História apresentada à Lisboa.
- PINA, Luís de - A enfermeira, militante da saúde. Dia Mundial da Saúde. Separata do: Jornal do Médico. XXIV:590 (7 de Abril 1954) 155-166, p.25.
- PINTASILGO, Maria de Lourdes – **Para um novo paradigma: um mundo assente no cuidado – antologia de textos de Maria de Lourdes Pintasilgo**. Porto: Edições Afrontamento, 2012.
- PINTO, António Costa; MARTINHO, Francisco Carlos Palomanes; orgs. - **O Corporativismo em Português: Estado, Política e Sociedade no Salazarismo e no Vargasismo**. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2008.
- PINTO, Teresa Costa; GUERRA, Isabel; MARTINS, Marta; ALMEIDA, Sara (coord.) – **À tona de água: Necessidades em Portugal, Tradição e tendências emergentes**. Lisboa: Tinta da China, 2010.

- POIRIER, Jean et al - **Histórias de vida, teoria e prática**. Oeiras: Celta Editora, 1999.
- POLICARPO, Verónica – Sexualidades em construção, entre o privado e o público. In **História da Vida Privada em Portugal**. Lisboa: Temas e Debates e Circulo dos Leitores, 2011.
- POLLIT, C. - Public Management Reform: reliable knowledge and international experience. OECD Journal on Budgeting. 3:19 (2003) 121-136.
- PORTNOY, Frances L.; DUMAS, Linda – Nursing for the public good. Nursing Clinics of North America 29:3 (September 1994) 371-375.
- PROENÇA, Raul – O homem que trocou a alma: inéditos de Raul Proença sobre Salazar / Apresent. leitura e notas de António Reis e José Carlos González. Revista da Biblioteca Nacional. Lisboa. Série 2: 7:2 (Julho - Dezembro de 1992), p.85-102.
- PUJADAS, Joan José - El método biográfico y los géneros de la memoria. Revista de Antropologia Cultural. 9 (2000) 127-158.
- QUELHAS, Ana Paula Santos – **A refundação do papel do Estado nas Políticas Sociais**. Coimbra: Almedina, 2001.
- QUINTAS, Alice; SOUSA, Luís; OLIVEIRA, Manuel; CAETANO, Zita – **Ordem dos Enfermeiros: Uma apreciação – síntese**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- RAFAEL, Bem Elisier – **Integration in Dictionnaire de la pensée sociologique**. Paris: PUF, 2005. p.363-366.
- RAMOS, Vítor – Cuidados de saúde primário em Portugal. In **A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?** Lisboa: Almedina, 2010.
- RAPOSO, Maria Manuela - Remexendo o “baú” de um serviço: contributos para a história do papel da enfermeira nos serviços de protecção materno-infantil, no distrito de Ponta Delgada. Ponta Delgada: 1998. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, para concurso de provas públicas, para o preenchimento de uma vaga de professor coordenador da carreira de pessoal docente do Ensino Superior Politécnico.
- RAYSSIGUIER, Yvette; JÉGU, Josianne; LAFORCADE, Michel – **Politiques sociales et de santé: comprendre et agir**. Rennes Cedex: Presses de l’EHESP, 2012.
- REBELO DE SOUSA, Baltazar - **Gonçalves Ferreira - o homem, o cientista, o político**. In COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.
- REIS, António (coord.) – **As grandes correntes políticas e culturais do séc. XX**. Lisboa: Edições Colibri; Instituto de História Contemporânea da Universidade Nova de Lisboa, 2003.
- REIS, Vasco - **O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos. Livro de homenagem a Augusto Mantas**. Lisboa: APES, 1999.
- REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976. II vol. Das Origens até à República (1871-1976)**. Braga: Tipografia Editorial Franciscana, 1979.
- REMA, Henrique Pinto, OFM – **Crónica do centenário das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição – 1876-1976. III Vol.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008.
- RIBEIRO, Abílio Pina - **História Breve da Irmã Wilson**. Lisboa: Secretariado da Irmã Wilson, 1993.
- RIBEIRO, Manuela – As histórias de vida enquanto procedimento de pesquisa sociológica: reflexões a partir de um processo de pesquisa de terreno. Revista Crítica de Ciências Sociais. 44 (Dezembro de 1995) 125-141.
- RIBEIRO, Maria Manuela Tavares (coord.) – **Outros Combates pela História**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- RIBEIRO, P.e Bartolomeu - **Os terceiros franciscanos portugueses. Sete séculos da sua história**. Braga: Tipografia Missões Franciscanas, 1952.
- RICE, Robyn - **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários**. Loures: Lusociência, 2004.

- RITA, Annabela; MAIOR, Dionísio Vila - **Do Ultimato à(s) República(s): Variações literárias e culturais**. Lisboa: Esfera do Caos Editores, 2011.
- ROBLES, Jávier Gomez; POZO, Manoli Gómez – Historia de la enfermería de salud pública en España. Cultura de los Cuidados. Ano III:5 (1º semestre de 1999) 20-28.
- ROCKMAN, Bert; WEAVER, Kent R. – **Do institutions matter?** Washington: The Brookings Institution, 1993.
- RODRIGUEZ-OCAÑA, Esteban – **Salud pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX**. Granada: Universidad de Granada, 2005.
- ROSA, Álvaro Barros - **ANT, IANT, SLAT: História sumária da instituição 1899-1979**. Lisboa: SLAT, 1980.
- ROSA, Maria João Valente; CHITAS, Paulo – **Portugal: Os números**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2010.
- ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José (coord.) – **História de Portugal** (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.
- ROSAS, Fernando – O Marcelismo ou a falência da política de transição no Estado Novo. In BRITO, J.M. Brandão de (coord.) - **Do Marcelismo ao fim do Império**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.
- ROSAS, Fernando - **Portugal entre a Paz e a Guerra 1939-1945**. Lisboa: Editorial Estampa, 1990.
- ROSAS, Fernando – **Salazar e o poder: a arte de saber durar**. Lisboa: Tinta-da-China, 2012.
- ROSAS, Fernando José Mendes - Portugal entre a guerra e a paz: estudo do impacte da II Guerra Mundial na economia e sociedade portuguesas (1939-1945). Lisboa: Universidade de Lisboa. 1990. Tese de doutoramento.
- ROSAS, Fernando; ROLLO, Maria Fernanda - **Século XX Português: os caminhos da democracia, João Soares-Mário Soares**. Leiria: Fundação Mário Soares; Printer Portuguesa; Círculo de Leitores, 1996.
- ROSEN, George – **A History of Public Health - Expanded Edition**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993.
- ROSEN, George - The fate of the concept of medical police 1780-1890. Centaurus. 5:2 (1957) 97-113.
- ROSS-KERR, Janet C. – **Innovation in Public Health Nursing Education in Canada: The Rockefeller Foundation and the University of Toronto**. Alberta: University of Alberta, Conference, [s.d].
- SÁ, Isabel dos Guimarães - Parte I: De 1498 a 1750. In SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia - **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- SÁ, Isabel dos Guimarães - **Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800**. Lisboa: Comissão Nacional para os Descobrimientos Portugueses, 1997.
- SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia – **História breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- SACADURA, Costa – A Enfermagem – missão espiritual pelo amor do próximo. Separata de: O médico. 138 (1954) 18.
- SACADURA, Costa – A Enfermagem: missão espiritual pelo amor do próximo. Separata de: O Médico. 138 (1954).
- SAINT-ÉXUPÉRY, Antoine – Lettre à un otage. Cit por LÉONARD, Yves – Portugal de um século a outro. In Rosas, Fernando; Rollo, Maria Fernanda (coord.) - **Portugal na viragem do século: Valor da Universalidade** Lisboa: Ed. Pavilhão de Portugal – Expo 98, Assírio e Alvim, 1998. p.116.
- SAKELLARIDES, Constantino – **Novo Contrato Social da Saúde: Incluir as Pessoas**. Loures: Saúde e Sociedade, 2009.
- SAKELLARIDES, Constantino et al - **O serviço de cuidados primários de saúde (centro de saúde): Princípios gerais e reflexões sobre uma experiência**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1979.

- SALGADO, Abílio José; SALGADO, Anastácia Mestrinho - **Registos dos Reinados de D. João II e de D. Manuel I**. Edição facsimilada. Lisboa: Ministério da Saúde 1996.
- SALGUEIRO, Nídia – Serviço Domiciliário Hospitalar: das Brigadas de Educação Sanitária da Família ao Serviço Domiciliário dos HUC. Referência. 1 (Setembro de 1998) 85-87.
- SAMPAIO, Arnaldo - Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974) 125.
- SAMPAIO, Arnaldo; CAMPOS, António Correia de - Serviços de Saúde em Portugal: Uma reflexão crítica. O médico. 31:96 (1980) 489-502.
- SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ALCÁCER DO SAL - **Alcácer do Sal e o seu hospital, de ontem e de hoje**. Alcácer do Sal: Santa Casa da Misericórdia de Alcácer do Sal, 1958.
- SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - **464 anos de Assistência na cidade de Lisboa: 1498-1962**. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, [sem data].
- SANTIAGO, Frei Diogo - **Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros**. Aprs. de Professor Doutor Luís Graça; a introd. de Pe. Aires Gameiro. O.H. Ed. facsimilada. Lisboa: Alcalá, 2005.
- SANTOS, Boaventura de Sousa – **Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade**. 7ª edição. Porto: Edições Afrontamento, 1999.
- SANTOS, Maria Adelina Bandeira Correia dos - Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação.
- SANTOS, Maria Teresa Gonçalves dos - Missionárias do Espírito Santo. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**, Lisboa: Gradiva, 2010.
- SANTOS, Maria Teresa Gonçalves dos Santos – Irmãs do Santíssimo Sacramento. In FRANCO, José Eduardo; MOURÃO, José Augusto; GOMES, Ana Cristina da Costa (dir.) - **Dicionário Histórico das Ordens e Instituições Afins em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 2010.
- SANTOS, Osvaldo et al – **Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais**. Lisboa: Ministério da Saúde; Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007.
- SCHOUTEN, Maria Johanna – **Uma sociologia do género**. V.N. Famalicão: Edições Húmus, 2011.
- SEN, Amartya – **O Desenvolvimento como liberdade**. Lisboa: Gradiva, 2003.
- SILVA, Ana – **A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- SILVA, António Victor Azevedo e, et al - **Escola de Enfermagem Artur Ravara: Pioneira no passado, atuante no presente, inovadora no futuro... 121 anos de história**. Loures: Lusociência, 2007.
- SILVA, Manuel Carlos – Sociedade, Estado e Políticas Públicas: O caso Português. In COSTA, Manuel da Silva; LEANDRO, Maria Engrácia (org.) - **Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e desafios**. Braga: Universidade do Minho, 2006, p. 43-68.
- SILVA, Maria Helena Ferreira da Silva - Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.
- SILVA, Mário Pinho da - Gonçalves Ferreira uma referência fundamental. In COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.
- SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.
- SIMÕES, Jorge (coord.) – **30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percurso Comentado**. Coimbra: Almedina, 2010.
- SIMÕES, Jorge; DIAS, Ana – Políticas e governação em saúde. In **30 anos do Serviço Nacional de saúde: um percurso comentado**. Lisboa: Almedina, 2010.

- SMYRL, Marc – Politics et policy dans les approches américaines de politiques publiques: effects institutionnels et dynamiques du changement. Revue française de science politique. 1 (2002) 37-52.
- SOARES, Maria Isabel - **Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)**. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1993.
- SOLLER, Diana - Institucionalização das relações entre democracias: há uma Liga adequada ao século XXI?. Relações Internacionais. Lisboa. 23 (Setembro de 2009) 105-118.
- SOUSA, Baltazar Rebelo de - Gonçalves Ferreira: o homem, o cientista, o político. In COELHO, Aloisio et al - **Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira**. Lisboa, 1995.
- SOUSA, Jorge Pais de - **Bissaya Barreto-ordem e progresso**. Coimbra: Minerva, 1999.
- SOUSA, Maria Manuela Barreiros de – **Formação e identidade profissional: da formação de enfermeiros à construção da identidade dos professores de enfermagem**. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, 2005.
- SOUSA, Mariana Diniz - Revista de Enfermagem. Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem do Distrito de Lisboa. Ano 20:6 (Novembro-Dezembro 1973) 32.
- SOUSA, Regina Teixeira de – **60 anos ao serviço da formação em Enfermagem: Subsídios para a História da ESEIC**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, 1997.
- SOUZA, Álvaro Fernando de Novais e - **Assistência à maternidade**. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1915.
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusociência, 1999.
- STEINMO, S. – Political Institutions and Tax Policy in The United States, Sweden and Britains. World Politics. 41 (1989). Cit. por HALL, Peter A.; TAYLOR; Rosemary C.R. – La science politique et les trois néo-institutionnalismes. Revue française de science politique. 3-4 (1997), p. 469-496.
- STEINMO, Sven – Neo-institutionnalisme historique. In BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; REVINET, Pauline – **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de Science Po, 2010.
- STEINMO, Sven et al – **Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. Loures: Lusociência, 2002.
- SWEET, Helen M.; DOUGALL, Rona - **Community Nursing and Primary Health Care in Twentieth – Century Britain**. New York: Routledge -Taylor&Francis Group, 2008.
- TAYLOR, Stephanie; LITTLETON, Karen – Biographies in talk: A narrative-discursive research approach. Qualitative Sociology Review. II:1 (April 2006) 22-38.
- THÉNARD – DUVIVIER, Franck (coord.) – **Hygiène, santé et protection sociale: de la fin du XVIII siècle à nos jours**. Paris: Ellipses, 2012
- THEODOROU, V.; KARAKATSANI, D. - Health policy in interwar Greece. Dynamis. 28 (2008) 53-75.
- TIRPAK, H. - The frontier nursing service: fifty years in the mountains. Nursing Outlook. 33:3 (1975) 308-310.
- TOMÁS, Ilda Ribeiro Gomes – **Breve História da Congregação**. Apelação: Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora das Vitórias, 2003.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusodidacta, 2004.
- TORGAL, Luís Reis (dir.) – Do Estado Novo ao 25 de Abril. Revista de História das Ideias. 16 (1994) 193-385.
- TOURAINÉ, Alain – **Pensar de outro modo**. Lisboa: Instituto Piaget, 2010.
- UNIÃO NACIONAL - **Cartilha do Corporativismo**. Lisboa: União Nacional em colaboração com o Serviço de Propaganda Nacional, 1940.

- VALENTE, Guilherme (editor) – **A Nova Saúde Pública: A saúde Pública da Era do Conhecimento – Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides**. Lisboa: Gradiva, 2011.
- VALENZUELA, Joaquin – **Estudios sociales y de Puericultura para visitadoras y enfermeras**. Madrid: Editorial Pueyo S.L., 1942.
- VANDER BORGHT, Bernadette Stinglhamber – **Infirmière, genèse et réalité d'une profession**. Bruxelles: De Boeck Université, 1994.
- VAQUINHAS, Irene (coord.) – **Entre Garçonnes e fadas do lar: Estudos sobre as mulheres na sociedade portuguesa do séc. XX**. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2004.
- VESSURI, H. M.C. - Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela. 1936-1950. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. VIII:3 (set-dez 2001) 507-539.
- VEYNE, Paul - **Como se escreve a história**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- VICENTE, Ana – Do autoritarismo e das mulheres na 2ª e 3ª Repúblicas. Revista da História das Ideias. Coimbra: Instituto de História e Teoria das Ideias da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 16 (1994) 371-385.
- VIDAL, D. João Evangelista de Lima – **Teresa de Saldanha e as suas dominicanas**. Cucujães, 1938.
- VIDAL-NAQUET, Pierre – **História Universal: Renascimento – Guerra da Secessão**. Vol III. Círculo dos Leitores, 1989.
- VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.
- VIGARELLO, Georges - **Histórias das Práticas de Saúde: A saúde e a doença desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.
- VILARES, Artur - **As congregações religiosas em Portugal (1901-1926)** – Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, FCT, 2003.
- WARD, John; WARREN, Christian, edit. – **Silent victories-the history and practice of public health in Twentieth-Century America**. New York: Oxford University Press, 2007.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- AL-GASSEER, Dr. Naeema. In OMS - Note pour la presse. 17 (20 décembre 2000). Disponível em <http://www.who.int/inf-pr-2000/fr/note2000-17.htm>.
- DAVIS, Audrey et al – **A celebration of public health nursing in the United States 1893-1993**. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/hmd/pdf/celebration.pdf>.
- NUNES, Everarto Duarte - Saúde colectiva: história e paradigmas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Vol. 3. (Agosto 1998), p. 107-116. [Consult. 02/08/2008]. Disponível internet: <http://www.interface.org.br/revista3/debates1.pdf>.
- OMS – **Constitution of the World Health Organization, 1948**. [Consult. 13-06-2012]. Disponível internet: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution.en.pdf>.
- OMS - Note pour la presse. 17 (20 décembre 2000). Disponível em <http://www.who.int/inf-pr-2000/fr/note2000-17.htm>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dados Estatísticos 2000-2011. Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 20/04/2012]. Disponível Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf.

PORDATA. Disponível Internet: <http://www.pordata.pt/>. Última actualização: 2011-06-20.

SOLANAS, Antón Isabel - Sobre el sentido dinámico de la Historia. Temperamentvm. 1 (2005). [Consult. 12-01-2012]. Disponível internet: <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0121.php>.

UNIDADE TÉCNICA PARA A REORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO TERRITÓRIO - José Guilherme Rato de Melo e Castro. [Consult. Julho de 2012] Disponível internet: app.parlamento.pt/PublicacoesOnLine/DeputadosAN_19351974/html/pdf/c/castro_jose_guilherme_rato_de_melo_e.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I
ROTEIRO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

TEMAS	TÓPICOS
IDENTIDADE	<ul style="list-style-type: none">• Nome e data de nascimento
ORIGEM FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">• Escolaridade e profissão dos pais• Aspirações dos pais
TRAJETÓRIAS GEOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none">• Local de nascimento• Locais onde residiu/trabalhos
TRAJETÓRIAS DE FORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Habilitações• Formação inicial em enfermagem• Formação específica em saúde pública/comunitária
OPÇÕES E PERCURSOS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none">• Razões da escolha profissional e área de trabalho• Experiências relevantes: atividades, cargos,• Posicionamentos face à profissão e aos serviços

APÊNDICE II
PERFIS BIOGRÁFICOS DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS

Maria Carlota Pinto Nogueira Braz de Oliveira (CBO) nasceu em Lisboa em 1922. Filha única, o pai era funcionário público e a mãe, tendo enviuvado muito cedo, acabou por ter de trabalhar como empregada comercial e costureira. Maria Carlota frequentou o ensino primário público após o que entrou para uma escola de religiosas, Irmãs de S. Vicente de Paulo ou Filhas da Caridade, e ali estudou até ao 5º ano (actual 9ª ano). Frequentou o Curso de Enfermagem na Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, que ela designa como a “escola da Irmã Eugénia”, foi aluna do 2º curso, da turma designada de Santo António. Após o curso trabalhou no Hospital de S. Luís dos Franceses, que pertencia também à mesma congregação, e posteriormente nos então recém-inaugurados serviços da Caixa de Previdência na freguesia de S. Mamede em Lisboa. Chegou a exercer as funções de enfermeira supervisora de todos os serviços de enfermagem das Caixas de Previdência da cidade de Lisboa. Casou com um piloto de aviação civil e teve oito filhos, quando nasceu o seu quarto filho deixou de trabalhar. Além da educação dos filhos envolveu-se também em actividades de cariz religioso católico. Está reformada.

Adriano Augusto Silva Campos (AC), nasceu em Braga em 1935. Filho de pai enfermeiro, ficou órfão de mãe com quatro anos de idade. Frequentou o ensino público até ao 7º ano do liceu (actual 11º ano), habilitação exigida na altura para a entrada na faculdade. Frequentou a Mocidade Portuguesa, pois era obrigatório no liceu de Braga, e chegou a chefe de um grupo no liceu. Entrou com 17 anos, contra vontade do pai, na Escola de Enfermagem da Santa Casa da Misericórdia de Braga, anexa ao Hospital de S. Marcos, naquela altura designada Escola de Enfermagem Henrique Teles. Terminado o Curso de Enfermagem Geral, foi trabalhar no Hospital de S. Marcos, depois nas Caixas de Previdência, nos serviços de saúde de uma empresa hidroeléctrica no Gerês, nos serviços de saúde de uma seguradora e posteriormente novamente nas caixas de previdência e mais tarde nos centros de saúde em Braga. Casou com 25 anos, com uma colega e teve dois filhos. Foi dirigente sindical do Sindicato Nacional de Enfermagem e membro dos órgãos dirigentes da Ordem dos Enfermeiros no 1º mandato. Foi enfermeiro chefe, enfermeiro superintendente dos SMS do distrito de Braga e mais tarde enfermeiro director na ARS de Braga. Faz voluntariado. Está reformado. Foi condecorado pela Ordem dos Enfermeiros.

Maria Manuela Santos Pardal Correia Soares (MSP) nasceu em Faro em 1935. Filha de um empresário do ramo automóvel e de mãe professora primária. Tinha dois irmãos. Fez o liceu em Faro até ao 7º ano, ingressou depois no curso de Medicina na Universidade de Coimbra e após a licenciatura em Medicina fez o Curso Geral de Enfermagem na Escola Técnica de Enfermeiras. Trabalhou no Instituto Maternal, tendo chefiado os serviços do Instituto na Madeira e sido depois

responsável pelo Sector de Educação Sanitária do Instituto Maternal a nível nacional. Deu aulas na Escola de Enfermagem de S. José de Cluny na ilha da Madeira. Em 1971 foi destacada para o serviço de Educação Sanitária da Direcção Geral de Saúde como técnica de Medicina, foi o ano da opção definitiva pela carreira médica. Foi responsável pelos serviços de educação para a saúde do Ministério da Saúde de 1974 a 1994. Representou Portugal em várias reuniões internacionais sobre temáticas de educação para a saúde e foi membro de grupos nacionais e internacionais no mesmo âmbito. Casou com um engenheiro e tem duas filhas. Reformou-se com a categoria de chefe de serviço de saúde pública. É um caso único, a nível nacional, de médica que quis, e chegou a ser e a exercer como enfermeira. Está reformada.

Nazaré Fernandes Mendes dos Reis Graça (NG), nasceu em Vila Velha de Ródão em 1937. Filha de pai chefe dos serviços distritais ferroviários, e de mãe doméstica, é a mais nova de três irmãos. Foi residir para Alcácer do Sal com 7 anos de idade e aí fez o ensino primário e o liceu até ao 5º ano (atual 9º ano). Entrou com 17 anos no Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca em Coimbra. Terminado o curso fez a especialidade em Enfermagem de Obstetrícia e Puericultura na Escola Bissaya Barreto em Coimbra, na altura do Instituto Maternal, e foi trabalhar para a Maternidade Alfredo da Costa. Posteriormente ingressou como enfermeira chefe no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Alcácer e mais tarde no Centro de Saúde como enfermeira chefe e vogal da direcção do Centro de Saúde. Casou com um empresário da área do comércio e teve duas filhas. É viúva e faz voluntariado na Pastoral da Saúde da Igreja Católica. Está reformada.

Maria José Oliveira Crespo (MJC) nasceu em Alcácer do Sal, em 1941. Filha de pai feitor agrícola numa herdade alentejana, e de mãe doméstica, é a mais nova de três irmãos. O ensino primário foi feito na escola da Herdade das Pranchanas e o liceu até ao 5º ano (actual 9º ano) no Colégio das Doroteias em Évora. O curso de Enfermagem fê-lo em Lisboa, na Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria, posteriormente Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian. Iniciou a sua vida profissional no serviço de pediatria do Hospital de Santa Maria, abriu depois o dispensário do Instituto Maternal em Portalegre, trabalhou também no Instituto Maternal em Évora, em Bucelas e em Almada. Ingressou nos centros de saúde em 1971, em Almada. Foi enfermeira, enfermeira chefe e vogal da direcção do Centro de Saúde de Almada. Especializou-se em Enfermagem de Saúde Pública. Casou com um oficial do exército e teve dois filhos. Ficou viúva aos 40 anos. Está reformada. Recebeu a medalha de ouro da Câmara Municipal de Almada e tem o seu nome inscrito num monumento da cidade que homenageia as mulheres.

Maria Eduarda Cabral Tinoco (ECT) nasceu em Caria, Vouzela, distrito de Viseu, em 1942. Foi criada em Trás-os-Montes. Filha de capataz de uma empresa mineira, e de mãe doméstica, é a segunda de sete irmãos. Fez o ensino liceal até ao 5º ano (actual 9ºano) no Liceu de Viseu e ingressou com 16 anos no Curso Geral de Enfermagem na Escola Dr. Ângelo da Fonseca em Coimbra. Após o curso, em 1961, foi trabalhar para os Hospitais da Universidade de Coimbra, para o serviço de Medicina. Em 1963 obtém uma bolsa da OMS para fazer um curso de reanimação respiratória no Centro de Reanimação Respiratória do Hospital Claude Barnard em Paris, após o que fica como enfermeira responsável pelo Centro de Reanimação Respiratória dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Em 1967 entra no Instituto Maternal para os serviços de educação sanitária do distrito de Vila Real. Foi enfermeira responsável pelo dispensário do Instituto Maternal em Vila Real, foi subchefe e chefe de serviços de Enfermagem Regional de Vila Real, foi vogal da Comissão Instaladora da ADSS de Vila Real e enfermeira diretora da ARS e SRS de Vila Real. Especializou-se em Enfermagem de Saúde Pública. É casada e tem dois filhos. Está reformada. Foi condecorada pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Ministério da Saúde.

Natália da Conceição Jesus Vieira da Costa (NVC) nasceu em 1946 em Leiria. Filha de pai militar e mãe doméstica, é a mais nova dos dois filhos do casal. Fez o 5º ano do liceu (atual 9º ano) em Santarém, após o que ingressou no Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem Artur Ravara em Lisboa. A sua vida profissional iniciou-se no Hospital Curry Cabral, foi depois docente na Escola de Enfermagem Artur Ravara e em 1972 iniciou funções como enfermeira responsável no Centro de Saúde de Sesimbra. Fez a especialidade em Enfermagem de Saúde Pública. Foi enfermeira chefe e vogal da direção do Centro de Saúde de Sesimbra. Ingressou depois como enfermeira supervisora no Hospital de Nª Sr.ª do Rosário no Barreiro, posteriormente foi enfermeira supervisora na Sub-Região de Saúde de Setúbal. É casada com um colega, não tem filhos. Faz voluntariado. Está reformada.

Isabel Azevedo Costa Pavão Nunes (IAC), nasceu em Braga em 1949, é a segunda de catorze irmãos. Filha de pai industrial e mãe técnica de serviço social. Frequentou o ensino primário e o liceu em Braga, tendo feito o 5º ano liceal (atual 9º ano). Durante um ano trabalhou como gerente de uma cerâmica com o pai (com 15 anos) e um ano depois entrou como aluna no Curso de Enfermagem de Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Saúde Pública em Lisboa. Terminado o curso ingressou no Instituto Maternal no Serviço de Educação Sanitária e foi colocada nos serviços em Braga. Em 1971 integrou a equipa que colabora na abertura dos primeiros centros de saúde no distrito de Braga. Casou com um militar e foi para Angola, para poder acompanhá-lo, e aí

trabalhou numa creche e infantário como voluntária. Fez o curso de equiparação ao Curso Geral de Enfermagem e em 1974 integrou as equipas que trabalharam para controlar a epidemia de cólera. Fez a especialização em Enfermagem de Saúde Pública. Trabalhou no Centro de Saúde de Lisboa, no Centro de Saúde Sofia Abecassis, no Centro de Saúde de Carnaxide, Centro de Saúde da Ajuda e no Centro de Saúde de Sete Rios, foi depois a enfermeira da equipa do Centro Regional de Saúde Pública da ARS de Lisboa. Foi enfermeira chefe e enfermeira vogal da direção de Centro de Saúde. Tem dois filhos. Faz voluntariado numa associação de apoio a pessoas com deficiência. Está reformada.

Maria João Braz de Oliveira Alarcão Bastos (MJB) nasceu em Lisboa, em 1950. O pai era piloto da TAP e a mãe foi enfermeira. Tem sete irmãos. Frequentou o ensino primário num colégio de religiosas em Lisboa, assim como o liceu até ao 5º ano do liceu (actual 9º ano). O curso de Enfermagem fê-lo na Escola das Franciscanas Missionárias de Maria em Lisboa, uma escola de religiosas, onde entrou com dezassete anos. Quando terminou o curso trabalhou no Hospital Particular de Lisboa e posteriormente nos serviços das Obras Sociais dos Correios. Em 1977 ingressou no Centro de Saúde de Sesimbra. Fez a especialidade em Enfermagem de Saúde Pública. Foi enfermeira, enfermeira especialista, enfermeira chefe e vogal da direcção do Centro de Saúde de Sesimbra. É casada com um médico e tem três filhos. Está reformada. Faz voluntariado.

Maria Zita Rodrigues Alves (MZA) nasceu em 1950 em Mofreita – Vinhais, distrito de Bragança. É a filha do meio de um casal com três filhos. O pai era guarda-fiscal e a mãe professora primária. A formação escolar de ensino primário foi feita em Vinhais e a liceal em Vinhais e Bragança, até ao 5º ano liceal (atual 9ºano). Fez depois o curso de Enfermagem na Escola de Enfermagem do Hospital de S. João no Porto. Em 1971, assim que terminou o curso, integrou a equipa de enfermeiras do Dispensário do Instituto Maternal em Bragança, que poucos meses depois se transforma em Centro de Saúde. Trabalhou depois como enfermeira responsável no Centro de Saúde de Vinhais. Fez a especialização em Enfermagem de Saúde Pública após o que foi colocada no Centro de Saúde de Bragança como enfermeira especialista. Entrou para o ensino de enfermagem em 1984/85 na Escola de Enfermagem de Bragança. Cursou o Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem na Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, em Coimbra, depois o mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto Abel Salazar da Universidade do Porto e obteve o doutoramento em Ciências da Educação pela Universidade do Minho. Reformou-se em 2011.

Maria Fernanda Barata Dias (FD) nasceu em 1950 numa aldeia do concelho do Fundão. É a quarta filha de sete, o pai era empresário industrial e a mãe doméstica. Iniciou o ensino primário na sua aldeia, mas terminou-o em Castelo Branco, para onde tinha ido viver. Fez o liceu até ao 5º ano (atual 9ºano). Por circunstâncias familiares acabou por ir viver para Angola, em 1967. Aí trabalhou como empregada de escritório, depois no Centro de Informação e Turismo de Angola e posteriormente numa companhia de seguros, além de ter também trabalhado numa escola preparatória como professora de artes manuais, durante um ano. Ingressou no Curso Geral de Enfermagem na Escola de Enfermagem de Luanda com vinte e um anos. Em Agosto de 1974 terminou o curso, voltou para Portugal no final de Setembro de 1974. Iniciou o seu trabalho como enfermeira no Centro de Saúde de Lisboa, depois trabalhou num projecto de investigação em cardiologia preventiva com os médicos Fernando Pádua e José Pereira Miguel. Trabalhou no Centro de Saúde Sofia Abecassis, no Centro de Saúde de Oeiras, no Centro de Saúde do Sagrado Coração de Jesus e no Centro de Saúde de Cascais. Foi enfermeira chefe e exerceu funções como enfermeira diretora na ARS de Lisboa. Nos últimos anos de trabalho, no Centro de Saúde de Cascais, a sua atividade desenvolveu-se na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Cascais. Fez o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e o Curso de Administração em Enfermagem, depois o mestrado em Comunicação em Saúde. Foi dirigente sindical e fez parte dos órgãos da Ordem dos Enfermeiros. É casada e não tem filhos. Fundou uma associação de apoio a crianças em risco. Faz voluntariado.

Cesaltina Oliveira Marques Marquês Coelho (CM) nasceu em 1956, numa aldeia do concelho de Sesimbra. É filha única de pai motorista de transportes pesados e mãe doméstica. Fez o ensino primário na sua aldeia e o ensino liceal até ao 5º ano liceal (actual 9º ano) numa escola privada, o Colégio Costa Marques em Sesimbra. Em Abril de 1974 soube da existência do curso de auxiliar de saúde pública, frequentou o curso, que funcionava em Faro com a duração de seis meses, e obteve o diploma. Iniciou funções no Centro de Saúde de Sesimbra em Dezembro de 1974. Em 1976 com a extinção do curso e da profissão de auxiliar de Saúde Pública, fez o Curso Geral de Enfermagem na Escola de Enfermagem das Franciscanas Missionárias de Maria. Terminado o curso voltou para o Centro de Saúde de Sesimbra e trabalhou nas várias extensões do centro de saúde e nos vários programas. Desde 2006 integra a USF do Castelo onde desempenha funções.

A **Enfª X** nasceu em 1958, numa aldeia do concelho da Guarda. Os pais foram emigrantes na Alemanha, o pai foi funcionário dos Correios e a mãe floricultora. É a mais velha de três irmãos.

Fez a escola primária na sua aldeia e os estudos secundários até ao ano propedêutico (atual 12º ano) na cidade da Guarda. Fez o curso de Enfermagem na Escola Bissaya Barreto. Terminado o curso ficou a trabalhar no Hospital dos Covões durante um ano. Ingressou depois num Centro de Saúde em Coimbra. Trabalhou como enfermeira chefe no Hospital Sobral Cid e depois novamente nos centros de saúde em Coimbra. Foi vogal da direção do centro de saúde, é enfermeira chefe e vogal do conselho clínico de um ACES. Fez a especialização em Enfermagem de Saúde Pública e o curso de Administração de Serviços de Enfermagem, é mestre em Saúde Pública.

Cristina Maria da Costa André Correia (CC) nasceu na Amadora em 1964, filha de pai empregado do comércio e mãe doméstica. Fez o seu percurso estudantil até ao 12º ano na Amadora, na Escola Primária Feminina, na Escola Preparatória Roque Gameiro e no Liceu. Coursou o Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem das Franciscanas Missionárias de Maria. Começou a sua carreira profissional no Hospital de Santa Maria, no serviço de Pediatria. Após três anos ingressou no Centro de Saúde de Algueirão - Mem Martins. Fez a especialização em Enfermagem de Saúde Pública e em 1998 foi colocada como enfermeira chefe no Centro de Saúde do Cacém, foi enfermeira vogal da direção do centro de saúde. Acumulou funções de professora de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Fez o mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. De 2005 ao final de 2007 foi convidada para assessora no ministério da saúde, sendo ministro da saúde António Correia de Campos, trabalhou diretamente com o secretário de Estado Francisco Ramos. Integrou a 1ª Missão para os Cuidados de Saúde Primários até Abril de 2008. Pertenceu posteriormente ao grupo de trabalho de dinamização dos Conselhos Clínicos da ARSLVT e foi membro de um grupo de trabalho de coordenação estratégica da reforma dos CSP. Era, ao tempo da entrevista, enfermeira chefe e vogal do Conselho Clínico de um ACES.

APÊNDICE III
PERFIS BIOGRÁFICOS DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

- **Constantino Theodor Sakellarides** nasceu no ano de 1941, na cidade de Lourenço Marques, em Moçambique. Filho de pais gregos, tem três irmãs. Fez o ensino liceal em Lourenço Marques, estudou Medicina na Universidade de Coimbra e na Universidade do Porto, onde se licenciou. Casou em Dezembro de 1966 e regressou a Moçambique. Aí desempenhou funções no Hospital da Beira após o que foi colocado como médico rural e delegado de saúde em Vila Gouveia, onde esteve dois anos. Foi posteriormente assistente da Faculdade de Medicina de Lourenço Marques tendo sido responsável pela coordenação de um centro de saúde piloto na mesma cidade. Fez mestrado e doutoramento em Epidemiologia na School of Public Health da Universidade do Texas, em Houston e regressou em 1975 a Portugal. Foi o primeiro coordenador do serviço médico à periferia e diretor da experiência piloto do centro de saúde Sofia Abecassis, iniciada em 1976. Exerceu funções docentes na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, onde foi professor catedrático e diretor (2007-2011). Foi o primeiro diretor académico da Escuela Andaluza de Salud Pública (1985-87) e diretor para as Políticas de Saúde e Serviços de Saúde da OMS/ Europa (1990-1995). Desempenhou funções como presidente da ARSLVT em 1996 e de Diretor Geral de Saúde entre 1997-1999.
- **Fernando Vasco Silva Marques**, nasceu em Lisboa em 1947. Filho único. Frequentou a escola primária e o Colégio Militar em Lisboa e licenciou-se em medicina, em 1973, na Universidade de Lisboa. Fez o serviço médico à periferia em Odemira. Especializou-se em Saúde Pública e em 1977 foi colocado como subdelegado de saúde em Grândola. Foi membro da Comissão Integradora dos Serviços de Saúde Locais. Foi diretor do Centro de Saúde de Grândola e delegado de saúde de Álcacer do Sal. Lecionou na Universidade Eduardo Mondlane em Maputo. Foi responsável pelos serviços de planeamento da ARS de Setúbal e, entre 1996 e 2000, coordenador da SRS de Setúbal. Integrou durante quatro anos o gabinete de cooperação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, após o que assume a coordenação nacional do Programa contra a SIDA.

- **Francisco George** nasceu em Lisboa em 1947, filho de um médico é o quarto de cinco irmãos. Fez o seu percurso escolar em Lisboa e licenciou-se em medicina na Universidade de Lisboa. Em Odemira cumpriu o serviço médico à periferia. Fez a especialização em saúde pública e foi delegado de saúde e diretor do Centro de Saúde em Cuba e também delegado de saúde distrital de Beja. Integrou os serviços da OMS tendo trabalhado na China e em África. Regressou a Portugal em 1982 assumindo o cargo de delegado de saúde de Beja. Exerceu funções na Direção Geral de Saúde, como responsável pelo Programa de Saúde Ambiental, depois como subdiretor geral de saúde e é atualmente diretor geral de saúde.
- **Ernesto Tocantins Rodrigues**, nasceu em Brasfemes no concelho de Coimbra, em 1938 e tem seis irmãs. Licenciou-se em medicina na Universidade de Coimbra. Iniciou a sua carreira de médico na Casa do Povo do Ciborro, no Alentejo. Cumpriu o serviço militar em Angola como médico, onde foi delegado de saúde e diretor do hospital do Ambriz, exerceu também na cidade de Cabinda. Regressado a Portugal foi convidado para delegado de saúde do Centro de Saúde de Sesimbra, do qual foi diretor desde 1972, ano da sua inauguração, até se aposentar.

APÊNDICE IV
HISTÓRIAS DE VIDA: PERCURSO METODOLÓGICO

HISTÓRIAS DE VIDA – PERCURSO METOLÓGICO

Como já referimos as histórias de vida foram transcritas, após o que se fez releitura de controlo, seguida da impressão deixando margens suficientemente largas para anotações manuais, de um lado a temática, na outra margem os comentários que permitissem um primeiro ordenamento temático de cada história de vida e até a possibilidade de contextualizar/analisar cada um dos temas e respetivos excertos discursivos através dos primeiros comentários inseridos.

De seguida elaboraram-se fichas com os perfis biográficos de cada um dos entrevistados que se anexaram a cada história de vida. Estes perfis biográficos facilitaram o conhecimento global do conjunto de histórias de vida recolhidas (Apêndice II e Apêndice III).

A etapa seguinte foi a criação de grelhas de análise por categoria, ou seja a organização categorial do somatório das histórias de vida, em que os excertos discursivos de cada uma foram inseridos na grelha de análise (Apêndice IV), havendo a preocupação da identificação de cada excerto do discurso, lembramos aqui que, exceto num caso, foi dada autorização pelos entrevistados a que fosse divulgada a sua identidade.

Para cada categoria foi construída uma grelha de análise que inclui espaço para o excerto do discurso, espaço para a identificação e para observações que o permitiram contextualizar, nomeadamente com indicação de alguns documentos históricos associados ao tema. A análise foi feita a partir da identificação das regularidades discursivas, da heterogeneidade dos discursos, das suas condições/contextos, da sua ligação a outros discursos: políticos, literários, religiosos e jurídicos; situando-os no contexto histórico da época cronológica estudada.

Apresentamos quadro com a categorização das histórias de vida dos enfermeiros entrevistados e definição de cada uma das categorias:

Dimensão: Percurso pessoal		
Categoria: Contextos familiares		
Conjunto de situações que envolvem questões identitárias como a situação da família de origem, idade, local de nascimento, residência e trabalho.		
Subcategorias	Origem social e familiar	Laços de parentesco, e enquadramento social e profissional da família
	Trajetoira geográfica e residencial	Locais de nascimento, residência e trabalho.
Categoria: Formação		
Subcategorias	Percurso escolar	Escolaridade realizada até à entrada para o curso de enfermagem e suas condicionantes
	Formação inicial em enfermagem	Tipo de formação, seu curriculum e funcionamento.
Categoria: A opção pela enfermagem		
Engloba os fatores que motivaram ou se constituíram como dificuldades na escolha profissional		
Subcategorias	Motivações	Razões que influenciaram a escolha profissional
	Oposições	Contexto de dificuldades associadas a que pessoa significativa se manifeste contra a escolha profissional

Dimensão: Percurso profissional		
Categoria: Escolher a enfermagem comunitária		
Enquadra os motivos de opção pela enfermagem comunitária, a formação específica na área e os percursos de carreira realizados		
Subcategorias	A escolha	Razões que presidiram á opção pela enfermagem comunitária
	Percursos individuais	Engloba os percursos de desenvolvimento profissional/pessoal
	Formação em enfermagem comunitária	Tipo de formação realizada em enfermagem comunitária
Categoria: Contextos de prática		
Conjunto de instituições onde os enfermeiros desenvolveram a sua prática profissional		
Subcategorias	Caixas de previdência	Instituições corporativas que desenvolveram cuidados de saúde, essencialmente curativos, dirigidos aos seus associados (do setor de atividade ligado essencialmente à indústria e serviços) com base em contribuições obrigatórias. Foram integrados nos CSP em 1983.
	Instituto Maternal	Instituição pública que tinha como propósito prestar cuidados de saúde a grávidas, parturientes e crianças. Foi fundada em 1943 e integrada nos CSP em 1971.
	Delegações de saúde	Estruturas públicas de saúde de âmbito concelhio e distrital com funções de vigilância controle e prevenção da doença, vigilância ambiental, funções de autoridade sanitária.
	Centros de saúde	Organizações que corporizaram os CSP. Desenvolvem a sua ação em vários programas de saúde tanto a nível curativo como preventivo. Estão estruturados em pequenas unidades que asseguram cuidados de proximidade.
	Misericórdias	Instituições privadas, de génese cristã, fundadas em 1498 com o propósito de prestar assistência aos mais vulneráveis através de ações caritativas. Desenvolveram uma ampla leque de cuidados de saúde desde hospitalares a comunitários.

Categoria: Dificuldades		
Conjuntura de dificuldades vividas no exercício profissional		
Subcategorias	Precárias condições de trabalho	Condições físicas e/ou de materiais que limitaram/dificultaram o trabalho dos enfermeiros
	Outras dificuldades	Escassez de recursos humanos, diferentes entendimentos sobre as funções e áreas de trabalho dos enfermeiros, problemas com a liderança dos serviços.
Categoria: Investimento profissional		
Enquadra os modos como os enfermeiros se envolveram na profissão.		
Subcategorias	Atividades	Atividades desenvolvidas de acordo com o institucionalmente previsto
	Inovar e criar	Atividades inovadoras que implicam vontade pessoal e capacidade de iniciativa
	Trabalhar com a comunidade	Atividades que envolvem a comunidade e/ou exigem colaboração multidisciplinar e interinstitucional
	Intervenção social	Formas de estruturar as atividades desenvolvidas com preocupações com vista a melhorar a qualidade de vida das pessoas e que não se circunscrevem à prestação direta de cuidados
	Relacionamento com outros profissionais de saúde	Tipo de relação estabelecida com outros profissionais de saúde

Categoria: Perspetivas sobre o ser enfermeiro comunitário		
Procura traduzir as várias concepções dos enfermeiros sobre a profissão, sobre os CSP e sobre si próprios.		
Subcategorias	Sobre enfermagem	Conjunto de ideias e crenças acerca da profissão
	Sobre os cuidados de saúde primários	Conjunto de ideias e crenças acerca dos CSP
	Sobre o ser enfermeiro	Conjunto de ideias e crenças acerca do enfermeiro
	Perceção de si	Conjunto de ideias e crenças acerca de si e das suas possibilidades
	Valores	Conjunto de ideias e crenças normativas que dão sentido à sua ação e são reconhecidas como um ideal *
	Referências ideológicas	Conjunto de ideias e crenças que podem ser focadas no devir da sociedade ou em preocupações transcendentes.*
* - FERRÉOL, Gilles - Léxico das Ciências Sociais . Porto: Porto Editora, 2007		

APÊNDICE V
CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento informado

Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues vem solicitar a sua participação voluntária numa entrevista biográfica para um estudo sobre História dos Cuidados de Saúde Primários e Enfermagem Comunitária em Portugal. Este desenvolve-se no âmbito do Doutoramento em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e conta com a orientação do Professor Doutor Constantino Sakellarides.

Agradecemos que leia atentamente as seguintes informações antes de decidir da sua participação.

O estudo **“Cuidados de Saúde Primários em Portugal da era das instituições à sociedade em rede – o papel da Enfermagem”** tem como objectivo geral compreender como se desenvolveram e influenciaram mutuamente os Cuidados de Saúde Primários em Portugal e a Enfermagem Comunitária.

Caso decida participar, esse facto não lhe trará qualquer problema institucional, legal ou qualquer tipo de risco, uma vez que é uma pesquisa autorizada pela Universidade e serão respeitados os seus desejos em relação à identificação da sua participação. A entrevista será realizada com ajuda de gravação áudio. Tem plena liberdade para interromper a qualquer momento e reformular as suas respostas.

Toda e qualquer informação por si disponibilizada apenas será utilizada no âmbito desta investigação. A sua identidade só será mencionada no trabalho se o permitir.

Ser-lhe-ão comunicados os resultados do estudo se o solicitar.

Eu, _____, concordo em participar voluntariamente neste estudo, declarando que tive conhecimento de todas as informações referentes ao estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela investigadora.

Assinatura do entrevistado

Autorizo que a minha identidade seja mencionada

Assinatura da responsável pelo estudo

Data - / /

APÊNDICE VI
CENTROS DE SAÚDE – EVOLUÇÃO 1934 A 1983

OS CENTROS DE SAÚDE	1934 (Despachos ministeriais de 6 de Outubro de 1934 e de 20 Março de 1935)	1971 (DL n.º 413/71 de 27 de Setembro)	1979 (Decreto Regulamentar nº85/79 de 31 de Dezembro)	1983 (Despacho normativo n.º 97/83 de 13 de Abril)
Criação e organização geral	Criados pela DGS por solicitação das Câmaras Municipais, Casas do Povo e/ou Misericórdias. Existência de centros de saúde primários e secundários, segundo os meios de que dispunham. Centros de Saúde primário tendo como área de abrangência o Concelho, secundários, o distrito.	Centros de saúde distritais, na sede de distrito, ou concelhios. Postos de saúde dependentes dos centros de saúde. Os hospitais concelhios ficavam, mediante acordo, na dependência dos centros de saúde.	Dependentes hierárquica e funcionalmente, da administração distrital de saúde da respetiva área, cessando a dependência das unidades de saúde a integrar em relação aos serviços centrais da Secretaria de Estado da Saúde. Centros de Saúde com autonomia técnica. O seu funcionamento rege-se por regulamentos internos. Cada concelho deve dispor de pelo menos um centro de saúde. Cada centro de saúde abrange uma população de 15000 a 30000 habitantes.	Regulamento dos Centros de Saúde. Centros de saúde concelhios com extensões de saúde a nível das freguesias Dependentes das Administrações Regionais de Saúde distritais.
Organização interna	Não explícita.		Órgãos próprios, serviços prestadores de cuidados de saúde e serviços de apoio geral.	Serviços de: planeamento e controlo, administrativo e de apoio, saúde pública, de enfermagem.
Área de influência	Concelho	Concelho	Concelho	Concelho
Áreas de intervenção/Programas	Proteção à infância, às grávidas, vacinação, luta contra as doenças sociais (endemias), odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia + clínica geral, pequeno laboratório, farmácia, serviço antivenéreo e antituberculoso (se não existissem na região).	<u>Todos os CS</u> - Higiene do meio ambiente, do trabalho e medicina do trabalho, higiene infantil, pré-escolar e escolar, profilaxia das doenças evitáveis, vacinação, saúde mental, enfermagem de saúde pública com visitação domiciliária polivalente, cuidados médicos elementares incluindo os domiciliários, educação sanitária, serviços social, serviços estatísticos. <u>CS Distritais</u> - + profilaxia da cegueira,	Promoção da Saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e reabilitação, com a prestação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de cuidados domiciliários de clínica geral e enfermagem. Promoção e vigilância da saúde em grupos e meios particularmente vulneráveis, através de atividades de saúde materna e planeamento familiar, saúde infantil, saúde escolar e de adolescentes, saúde de idosos e saúde	Diagnóstico e tratamento das doenças que não necessitam cuidados especializados, atendimento e encaminhamento de situações urgentes, vigilância de saúde de grávidas, crianças, idosos e grupos profissionais de risco, vigilância da saúde de pessoas com doença crónica, vacinação, profilaxia e controle das doenças transmissíveis, vigilância do saneamento básico e higiene alimentar, educação para a saúde e

		do cancro, da surdez, da cárie dentária, laboratório distrital de saúde pública, defesa sanitária dos portos marítimos e aéreos.	ocupacional, com a profilaxia das doenças transmissíveis e a luta contra as doenças endémicas, endemo-epidémicas e epidémicas. Promoção e saneamento do meio ambiente. Fornecimento de medicamentos e produtos dietéticos essenciais, nomeadamente às grávidas, lactentes e população idosa, segundo normas. Ações no domínio médico-sanitário.	formação. Eventual fornecimento de medicamentos e produtos dietéticos.
Recursos humanos	1 diretor (médico delegado de saúde), médicos e 1 enfermeira visitadora	Médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, administrativos.	Médicos (com 1000-2500 habitantes), médico de saúde pública (10000-20000 habitantes) enfermeiros (prestação de cuidados de Enfermagem de carácter comunitário e individual), técnicos de serviço social e outros profissionais de saúde.	Médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, administrativos.
Gestão	Central - Ministério do Interior através da Direção Geral de Saúde Local – Delegado de Saúde Não tinham qualquer autonomia.	Central – Ministério da saúde através da Direção Geral de Saúde. Centro de saúde concelhio – Diretor - o delegado de saúde. Centro de saúde distrital – diretor - o inspetor de saúde (autoridade sanitária distrital)	Dependentes hierárquica e funcionalmente, da administração distrital de saúde da respetiva área. Direção do CS: 1 Médico de saúde pública, 1 médico de clínica geral, 1 enfermeiro e 1 funcionário administrativo. Diretor: Médico de Saúde Pública.	Dependência orgânica e funcional das ARS distritais, só através delas se processa o relacionamento com o Ministério da Saúde. Direção do CS – 1 médico, 1 enfermeiro, 1 administrativo. Diretor – médico de clinica geral ou médico de saúde pública.