

Marinha do Nascimento Carneiro

A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX)¹

R E S U M O

O papel da parteira era o de prestar cuidados às parturientes. Durante séculos, nas sociedades agrárias, a sua acção era sustentada por um conhecimento de natureza popular. Desde o século XIX, a sua formação passou a ser adquirida em instituições académicas, devido às novas condições institucionais dos médicos e suas estratégias científicas: as parteiras passariam a ser controladas pela medicina, tendo em conta os novos conhecimentos e a tecnologia desenvolvida na área obstétrica.

Durante muito tempo, as representações veiculadas por alguma literatura de médicos e/ou cirurgiões sobre as parteiras surgiram, muitas vezes, eivadas de imagens caricaturais, traduzindo, sobretudo, situações de impotência, em face das quais não faltariam histórias de horror. O exagero caricatural até se poderia compreender se os cirurgiões procurassem, através dos seus escritos, propugnar por reformas profundas na área comum de actividade: a caricatura poderia criar maior sensibilidade nos leitores e produzir reflexos nos meios do poder político! Tudo indica que não era tanto assim, mas antes o efeito de uma estratégia de territorialização, que produzia um efeito arrasador nas representações sobre a parteira. Ora, em termos de comparação, as imagens mais dramáticas, no que concerne à medicalização dos partos, pertenciam claramente aos cirurgiões, a quem, por determinação legal, cabia a resolução dos casos complicados, para os quais durante muito tempo não tinham soluções técnicas, nem instrumental adequado, nem a correcta percepção dos fenómenos em curso. E descrições de mães estropiadas ou fetos despedaçados por efeito das intervenções dos cirurgiões são abundantes na imprensa médica do século XIX², não faltando ainda hoje, sobretudo nos meios rurais, memórias femininas terrificadas pela utilização dos «ferros», numa reminiscência do uso pouco adequado do fórceps pelos médicos que trabalhavam a domicílio.

A questão das parteiras e dos novos modelos de formação que lhe vão ser atribuídos deve antes colocar-se numa perspectiva cujo horizonte nos coloque para lá da rivalidade cirurgiões vs. parteiras, duas categorias das artes de curar que vão ser submersas pela nova medicina científica,

¹ Este texto corresponde a um capítulo da dissertação de doutoramento “Ajudar a Nascer – Parteiras, Saberes Obstétricos e Modelos de Formação (sécs. XV-XX)”, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U. P. em 2003.”

² *A Anatomia e a Cirurgia no Porto em 1825*, in “Gazeta Médica do Porto”, nº 195 (15.2.1850): 22-24.

de base experimental, a qual tanto se informa a partir dos livros que preservam a memória do conhecimento, como induz a partir dos casos concretos que lhe surgem pela frente. A situação formativa e profissional da parteira a partir da segunda metade do século XIX transforma-se radicalmente pela evolução do contexto cultural e científico. Se durante muito tempo, a parteira e o cirurgião tradicionais apresentavam um estatuto social equilibrado e o saber fazer não era muito distante e, sobretudo, estava compartimentado, a partir de meados de oitocentos tudo se alterou. A medicina aliada à cirurgia apresentava um estatuto social completamente diferente, que remetia os médicos para a elite de uma sociedade que seguia as crenças positivistas, acreditando nas possibilidades do conhecimento científico, a cujos protagonistas cria condições sociais para produção e exercício desse saber. A medicina, pela dupla função social que protagonizava - a resposta imediata ao sofrimento individual e o papel de prevenção que assegurava à sociedade - foi colocada no topo dos novos agentes sociais da modernidade. Mas a medicina não aplicava apenas receitas nesta época heróica de afirmação, produzia conhecimento, discutia as aplicações e divulgava soluções e possibilidades. A prolífica imprensa médica de oitocentos e dos inícios de novecentos dá-nos conta desse afã que se traduz na difusão de uma nova cultura científica, na qual a obstetrícia e as áreas afins (ginecologia e pediatria) ocupam um lugar de relevo. Configuram-se, assim, diferentes culturas obstétricas, no sentido de diferentes sistemas de conhecimento e de significado³, umas de feição científica e eruditas, outras ainda imersas numa dimensão popular.

A parteira, enquadrada por um modelo de formação pouco ambicioso, através de «curso menor» criado por lei a partir de sugestões vindas das organizações do ensino médico, com pré-requisitos de acesso muito limitados (apenas saber ler e escrever), com programas reduzidos e circunscritos à sua função estrita e limitações de acção no campo prático, ficou longe desta ebulição cultural e o processo do seu afastamento na aquisição de competências acentua-se brutalmente na comparação com a formação médica. Com o desenvolvimento da prática de medicalização do parto, a parteira foi sendo remetida para posições cada vez mais subalternas, tolerada apenas como solução barata em meios sociais ou zonas geográficas que não constituíssem mercado aliciante para os médicos, ou, cada vez mais, enclausurada nos meios hospitalares, embaratecendo os custos organizacionais, desenvolvendo trabalhos em equipas tuteladas por cirurgiões-parteiros, numa lógica de organização que implicou perda de visibilidade profissional.

Como se configuram, no contexto aludido, a prática profissional da parteira e a cultura obstétrica em que está envolvida a sua acção, qual é a sua margem de manobra? Vejamos alguns aspectos desta problemática a partir do exemplo do Porto no domínio da acção obstétrica.

O exercício de partejar: uma perspectiva a partir do Porto

Antigamente, o parto no hospital não era habitual senão para as mulheres pobres e desprotegidas, pois nenhuma consolação a parturiente podia ir lá buscar, que não fosse uma enxerga e um tecto. Era isto o que se verificava no Porto, onde a enfermaria de partos do novo Hospital de Santo António nada tinha de convidativo, como vimos em texto anterior. Mas, com

³ FREIDSON, 1978:287.

o decorrer do século XIX, o crescimento demográfico da cidade e a percepção de alguma eficácia nos serviços obstétricos, a hospitalização para efeito de parto passou a ter um maior significado quantitativo. Números dispersos apontam para as décadas de 1860/1870 cerca de 150 partos anuais nas enfermarias do Hospital de Santo António, enquanto em 1910 esse número já atingia exactamente 734 parturientes, segundo o Anuário da nóvel Faculdade de Medicina.

Se ao Hospital de Santo António recolhiam essencialmente mulheres pobres, havia ainda a considerar os hospitais das Ordens Terceiras, para os quais iam, em princípio, as «irmãs», ou seja, as associadas que pagavam as respectivas quotas para usufruírem dos benefícios laicos ou religiosos que essas Ordens prodigalizavam. Mas o parto em casa era a norma das mães de família e não se devia abusar da hospitalização. Era isto, porém, o que estava a acontecer no Hospital da Ordem do Carmo, segundo acta da sessão na sua mesa administrativa de 24 de Abril de 1831, que refere a ausência de determinações relativas a admissões de grávidas de irmãs da Ordem, exactamente porque a hospitalização era uma situação pouco habitual. Queixava-se, então, a mesa da Ordem:

Sendo o Regimento do nosso Hospital abundante em providencias para o seu regimen, não se encontrava nelle detreminação alguma que regulase a admissão das nossas Irmans gravidas, que no Hospital vão ter o seu parto; resultando disto o abuzo de se tratarem muntas que bem o podião fazer em sua Caza, e outras que com nome suposto se tem recolhido e tratado; tãobem tinha observado que o seu tratamento logo que se recolhem para tal efeito, era dispendioso, e oposito a bem regulada economia que a Mesa tanto tem diligenciado; porque apenas recolhidas são tratadas a gallinha, e vinho generoso, motivando isto não só maior despeza, como tãobem o anteciparem-se para o disfrutar.

De entre as medidas a tomar, a mesa administrativa, para além da demonstração de ser irmã da Ordem, passava a exigir às candidatas à entrada documentação de pobreza e autorização do Prior da Ordem para ser internada (que poderia ser negativa) e recomendava ainda aos facultativos para serem mais «economicos nos alimentos que mandam dar ás nossas irmans gravidas; porque os alimentos de galinha e vinho generoso, só se deve aplicar na proximidade do parto, e em algum tempo depois delle, sendo que outra molestia não exhiba»⁴.

Este exemplo mostra que a hospitalização para o parto continuava a ser encarado como uma obra de caridade, não se destinava a todas as mulheres, muito menos às que tinham posses económicas. O que se verificava, entretanto, na área dos partos era aquilo que podemos designar como actividade liberal. Algumas parteiras certificadas abriam «porta» ou anunciavam os seus serviços para o exercício legal da sua actividade. Note-se que, para exercerem, as parteiras, tal como os outros profissionais das artes de curar, eram obrigadas a efectuar registo nas administrações de concelho, no âmbito da legislação sobre o serviço de saúde (Decreto de 3.1.1837, reformado em 3.12.1868), tradição que remontava aos velhos regimentos. A não inscrição na repartição administrativa era punível com pena de prisão de três a trinta dias e multa de 10\$000

⁴ MONTEIRO, 1926:129-130.

réis. O Código Penal de 1852 referia ainda outras medidas específicas contra as parteiras, no âmbito dos seus deveres de socorro e da sua postura ética, estipulando penalidades: a parteira que fosse chamada a exercer algum acto da sua função para efeito de autoridade pública e recusasse seria punível com pena de prisão até três meses; a parteira que em caso urgente recusasse o seu auxílio profissional seria punida com prisão até trinta dias e multa até 20\$000 réis.

O exercício liberal da profissão de parteira, para além do trabalho ao domicílio, podia comportar, como já dissemos, a abertura de «casas de parto», clínicas onde as parturientes podiam dar à luz os seus filhos. Em 1865, por ordem do governador civil do Porto, foi publicado um «Regulamento para as casas de partos», visando a «inspecção da autoridade administrativa», estabelecendo algumas regras numa altura em que se procurava controlar e diminuir o movimento de expostos, que culminaria mesmo com a extinção das «casas da roda» em 1868 (também, em 1865, se publicou uma «circular às parteiras» a pedir-lhes que desenvolvessem um papel de moralização e de convencimento das mães para que evitassem o abandono de recém-nascidos). Definidas como «casas em que sejam recebidas, mediante retribuição, mulheres grávidas para se alliviarem», as «casa de partos» obedeceriam a alguns procedimentos para a abertura e funcionamento, nomeadamente a apresentação da carta de habilitação, atestados de comportamento civil, moral e religioso e indicação sobre a morada do estabelecimento, número máximo de parturientes a alojar, relação de criadas e ajudantes. À vista do requerimento e documentos anexos, a casa era depois vistoriada pela autoridade de saúde para avaliar das condições apresentadas. Obtida a licença de porta aberta, a autoridade emitia o respectivo alvará, sendo obrigatório para o funcionamento um livro de registo para a identificação de cada parturiente alojada e obedecer às indicações da autoridade na sequência da avaliação realizada na visita. O administrador do bairro poderia inspecionar a casa quando entendesse para verificar o cumprimento do regulamento, mas «durante esta visita as parturientes, que não quizerem ser reconhecidas, podem velar a cara»⁵.

Por via desses processos para obtenção da licença de porta aberta, ficaram alguns registos de alvarás no fundo arquivístico do Governo Civil do Porto, que fornecem mais alguma informação sobre as «casas de parto»⁶. Veja-se um caso, suficiente para nos apercebermos dessa realidade, pois a natureza burocrática dos registos leva a uma repetição em que só os dados particulares de identificação e residência se alteram. Assim, em 28 de Novembro de 1866, o Governador Civil concedia licença a Maria Delfina de Abreu, parteira diplomada pela Escola Médico-Cirúrgica do Porto, para ter uma «casa de partos», com duas camas na Rua do Bonjardim, nº 166, com a condição de satisfazer o regulamento e de ter os instrumentos exigidos pela Delegação de Saúde. Que instrumentos? Uma lista anexa elucida-nos dos elementos necessários a uma casa de partos:

a) **móveis**

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

1 cadeira de partos;

1 jarro e uma bacia de mãos;

⁵ Junta Geral do Distrito do Porto, 1866: 40-45.

⁶ A.D.P. Fundo do Governo Civil - *Livro de alvarás*, nº 22.

- 1 bacia para semicúpios;
- 1 canoa para banhos gerais;
- 1 seringa e borrachas para injeções;
- 2 esponjas;
- vasos para despejos;
- agulhas, linhas enceradas e tesoura;
- 2 encerados para cânulas;
- 2 faixas contentórias;
- 4 ligaduras;
- 3 cobertores;
- 6 lençóis;
- 2 toalhas;
- b) medicamentos**
- 1 vidro de água de canela;
- 1 dito de óleo de amendoas doces;
- 1 dito de óleo de ricínio;
- 1 libra de linhaça em pó;
- 1 dita de mostarda em pó;
- Banha das dores, tília e folhas de laranjeira.

Utensílios de limpeza, higiene e conforto, um mínimo de instrumentos para irrigações e suturas, além de óleos para massagens. De entre os diversos objectos que apetrechavam a clínica da parteira, sublinhe-se a cadeira de partos, um elemento simbólico na literatura sobre a maternidade, a que já nos referimos em páginas anteriores, a propósito das propostas de Melo Franco para uma cadeira articulada, apresentada, em 1815, na Academia Real das Ciências. As cadeiras obstétricas foram, depois, objecto da atenção de alguns médicos vocacionados para a história da medicina e da etnografia. Assim, Costa Sacadura e Alberto Saavedra dizem-nos ter arrolado 16 cadeiras de partos, 13 das quais no Porto. Das imagens e descrições nenhuma se parecia com o modelo preconizado por Melo Franco: são, no geral, cadeirões quase vulgares, com a abertura oblonga no assento, quase em geral fixas e de costas perpendiculares, modelos simples e baratos, sem grandes preocupações ergonómicas⁷.

A cadeira era, portanto, um elemento de trabalho da parteira, que, como vimos pela concessão do alvará, era obrigatório para as profissionais legalizadas. Há descrições romanescas de parteiras com a sua inseparável cadeira, normalmente transportada por um galego, como a produzida por Gervásio Lobato (in “Lisboa em camisa”). A cadeira obstétrica era, então, um instrumento típico, pelo qual se identificava a parteira, mas que também pode interpretar-se como um símbolo de respeito pelas posições tradicionais assumidas no parto. O uso da cadeira foi ultrapassado com a medicalização, que remeteu a parturiente para a cama, de forma obediente, em posição de decúbito dorsal. Posição esta mais conveniente ao obstetra e aos múltiplos exames

⁷ SACADURA; SAAVEDRA: 1948.

que desencadeia, mas com resultados muito discutíveis para a parturiente. Alguns vêm na rotina desta posição um elemento simbólico de um exercício de poder⁸.

Se tentarmos uma aproximação quantitativa, que números tínhamos para as parteiras em exercício no Porto? Uma resposta, com alguma aproximação, pode ser fornecida pelos almanaques da Cidade do Porto para vários anos, uma publicação regular, que nos permite seguir a evolução não só da identificação das parteiras e dos seus endereços, como também para as outras artes médicas. Note-se que os almanaques eram uma forma de anúncios classificados da época (tipo «páginas amarelas» de hoje). Contabilizando os nomes aí insertos, temos o Quadro I, que evidencia o facto de trabalharmos, ao nível local, sempre com um número reduzido de profissionais, apresentando uma relativa estabilidade que só dobra com a passagem do século. Esta tendência multiplicadora no dealbar do século XX também se verifica em relação aos médicos, dentistas e farmacêuticos, a acompanhar naturalmente a evolução demográfica da Cidade e também a difusão das preocupação higienistas, além de melhores resultados de formação ao nível da Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

Quadro I

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

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

Fonte: Almanques da Cidade do Porto para os diversos anos

* São mulheres (4 em 1899; 6 em 1906). ** São englobados nos médicos.

Apesar de constituírem um número relativamente pequeno na cidade do Porto, inferior durante muito tempo às duas dezenas, as parteiras não tinham uma vida profissional fácil. O parto sempre foi um acto doméstico e as entreadjudas da vizinhança costumavam resolver as situações de normalidade. A medicalização só acontecia com as famílias de mais elevado estatuto social ou para ocorrer em situações de grande complicação. Assim, as parteiras especializadas tinham nas «curiosas» e nas ancestrais práticas de recurso à vizinha o grande obstáculo à sua expansão.

Em 1896, o médico A. Maia Mendes, professor da escola de partos na Escola Médico-Cirúrgica, deu-nos conta⁹ das «muito precárias condições» que as parteiras profissionais apresentavam, tendo-se-lhe dirigido um grupo para que as ajudasse no lançamento e organização de uma associação de classe. Sublinhe-se que a lei para a criação das associações de classe tinha

⁸ KITZINGER, 1978:76.

⁹ MENDES, 1896:3.

saído em 1891 e borbulhava então o movimento associativo¹⁰, pelo que este pedido, mostrando alguma consonância conjuntural, não deixa de revelar algum espírito de grupo e de alguma consciência profissional. Vinte e tal parteiras participaram então numa reunião (21 de Dezembro de 1896), aonde debateram os seus problemas, denunciando mais uma vez o abuso das «curiosas», cuja actuação Maia Mendes classificava como um «atentado contra a segurança pública», pois conhecia da sua prática hospitalar «desarranjos por manobras erradas ou pela ingestão despropositada de remédios do tratamento de cá de fora». Administração intempestiva da cravagem do centeio, socorros tardios ou manobras erradas eram situações frequentes provocadas pelas «curiosas», testemunhadas por Maia Mendes¹¹.

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

- esforçar-se para a proibição da acção das parteiras não encartadas, devendo para isso exercer vigilância e pedir o auxílio das autoridades e da *Sociedade União Médica*;
- empenhar-se para dificultar o acesso à formação, pelo menos no que respeitava a requisitos «preparatórios»;
- solicitar das autoridades de saúde um «código uniforme de desinfecção puerperal, no qual serão instruídas todas as associadas, obrigando-se uma por uma a cumpri-lo e a fazê-lo cumprir, por si e pelas suas clientes, sempre que assistam a qualquer parto».

Nos inícios do século XX, como vimos, o número de parteiras em exercício no Porto duplicara, numa multiplicação que era paralela à das outras artes sobreviventes: médicos (agora numa designação que abrange também os cirurgiões), dentistas e farmacêuticos, pois só os algebristas pareciam sem futuro. Mas a crise destas «parteiras diplomadas» era, como já vimos, mais complexa, o efeito de multiplicação de profissionais era relativo, só ganhando expressão

¹⁰ Pelo Decreto de 09.05.1891 regula-se a criação de associações de classe.

¹¹ Artur Maia Mendes (1857-1920) foi um dos mais talentosos médicos-parteiros do Porto, tendo entrado como clínico interno para o Hospital de Santo António em 1883, onde aperfeiçoou a sua prática cirúrgica e obstétrica que o tornou um «parteiro magistral e um ginecologista distinto». Em 1893, «bem conhecedor já dos segredos da arte obstétrica, para que a Natureza parecia tê-lo dotado com uma mão especialmente adextrada, criou um curso livre e retribuído de partos, primeiro e único deste género até hoje havido no Porto. Embora não tivesse o cunho oficial, esse curso funcionou durante uns poucos de anos e por ele passaram individualidades hoje em destaque no professorado médico e na clínica. O seu falecimento impediu-o de publicar, como tencionava, essas lições de partos, certamente vasadas hoje em novos moldes e acrescidas dos ensinamentos que a sua prática de então para cá lhe havia de ter proporcionado» - assim se afirmava in *A Medicina Moderna*, nº 317, Maio de 1920. Chefe de clínica e professor na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, promoveu, em 1910, o movimento para a primeira Maternidade do Porto, instituição de assistência particular de filantropia que funcionou antes da Maternidade Júlio Dinis.

quando conjugado com a concorrência das «curiosas» e a fraca procura social em relação às profissionais cuja acção era encarada como não indo muito além das curiosas nos partos naturais e não dispensava o recurso ao médico-cirurgião nos casos patológicos. Depois, a falta de espaço para as novas profissões médicas ou paramédicas era, de facto, um problema geral e sério. O tipo de preocupações daí derivadas pode observar-se num jornal como *A Medicina Moderna*, que nos apresenta, durante a década de 1890, uma série de artigos contestando a nova «contribuição industrial» que se abatia sobre a classe médica e formula um discurso anti-fiscal, procurando justificá-lo com as dificuldades de trabalho e remuneração que então se sentiam. Neste contexto, são elucidativos alguns trechos de uma representação da classe médica do Porto à câmara de deputados, contra o Decreto de 28.06.1894 que onerava em quase 100% a contribuição industrial (passava de 46\$750 para 71\$500, além de outros impostos adicionais que acabam por elevar a taxa para os 100\$000 réis):

(...) a clínica na cidade do Porto se achava muito prejudicada por duas condições locais - a enorme multiplicidade de associações de socorros mútuos e a grande acumulação de médicos. A maior parte dos habitantes e famílias menos abastadas do Porto estão filiadas naquelas associações, que prestam serviços médicos por diminutas anuidades; e se tal circunstância, barateando estes serviços, redundava em grande benefício do público, actua também, e inversamente, na depressão dos proventos clínicos da classe médica.

A acumulação dos médicos tem-se agravado de modo que no Porto a relação entre o seu numero e a população representa já um sinal de crise para a classe, por ter ultrapassado os limites da lei económica que regula este exercício profissional. Não se conhece hoje no Porto ninguém que tenha avantajado fortunas pelo simples exercício da profissão médica: os mais felizes granjeiam uma modesta mediania; os outros, a grande maioria, vivem das contingências do trabalho dia-a-dia, ou suprem com rendimentos de outra procedência a insuficiência dos rendimentos da profissão.¹²

A prática do mutualismo, que as classes operárias desenvolviam para cobrir as contingências inesperadas da desgraça e da doença, também cobria os cuidados da maternidade, havendo mesmo algumas associações só com esta finalidade. O efeito sobre o mercado das parteiras seria naturalmente o mesmo que os médicos apontavam em relação a si. Desconhecendo nós eventuais movimentações das parteiras neste contexto, assinalemos, contudo, que a movimentação da classe médica, com um sentido neo-corporativo, se organizou em torno da *Sociedade União Médica*, uma sociedade de cariz até aí científico e que, segundo uma reunião de 14 de Fevereiro de 1896, passou a ser considerada como tendo uma dupla função, «como associação de classe e como corporação científica», devendo ser «uma instituição de defesa dos interesses dos médicos do Porto», sem descurar embora a discussão e crítica do movimento científico. Propunha-se mesmo que houvesse «sessões económicas» alternando com sessões científicas. Falava-se da necessidade de encarar «o triste futuro que está reservado aos médicos do Porto, se continuar a

¹² *Representação*. “A Medicina Moderna”, Vol.I (1894 -1896): 79.

umentar o desequilíbrio entre a oferta de serviços e a necessidade deles»¹³. O problema foi tratado em vários outros números dessa publicação, surgiam títulos de artigos como «o proletariado médico» e defendia-se de uma forma geral o associativismo profissional.

Pouco depois, numa nova reunião da *Sociedade União Médica* (9 de Março de 1896), era já a classe dos farmacêuticos que achava necessário repensar a sua condição de classe, passando em revista a história da sua formação, os serviços de fiscalização, pondo-se em relevo a existência de 76 farmácias nessa altura¹⁴. Em conclusão, a crise dos finais do século passado em Portugal atravessava todas as classes, e as profissões médicas e paramédicas não escapavam a ela, para isso contribuindo na opinião dos diversos profissionais a forte e desigual concorrência, dado o acréscimo no número de profissionais e nos casos das parteiras e dos farmacêuticos esse número era ainda acrescido com os não legalizados que invadiam o seu campo de actuação impunemente. A uns e outros a *Sociedade União Médica* prometia apoio, constituindo-se numa plataforma de discussão profissional e reivindicativa e simultaneamente de discussão científica.

Não sabemos os desenvolvimentos da *Sociedade União Médica*, mas em 1910 a *Gazeta dos Hospitais do Porto* anunciava o início de actividade da *Associação de Classe dos Médicos do Norte de Portugal*, composta de profissionais dos distritos a norte de Aveiro e Guarda incluídos, que se propunha resolver todas as questões de tipo profissional e de interesse médico, bem como «combater o exercício ilegal da medicina sob todas as suas formas», elaborar um código de deontologia médica, não esquecendo a assistência mútua através da criação de uma caixa de pensões para os sócios carentes e uma cooperativa. Esta associação tinha na presidência da assembleia geral Júlio de Matos e na da comissão administrativa Mendes Correia¹⁵, ambos conhecidos médicos do Porto.

Uma nova cultura obstétrica

A participação crescente dos cirurgiões nos partos para resolução dos casos complicados, dadas as proibições impostas às parteiras no sentido de não usarem instrumentos cirúrgicos, conduziu a que fossem aqueles a descobrir, no decurso das operações que realizavam, as principais técnicas que vieram a revelar-se decisivas na salvação da mãe e da criança em situações extremas. Mas devemos notar que as grandes descobertas cabem, sem dúvida às novas gerações de médicos-cirurgiões, esse produto novo da medicina moderna, que realiza a síntese entre o médico dotado de cultura erudita e o cirurgião próximo do doente, que fala a língua corrente e cruza a cultura médica com os cinco sentidos na percepção da doença.

A separação tendencial da obstetrícia (e depois da ginecologia) do domínio da cirurgia geral ao longo do século XIX, criando-se cirurgiões especializados nesta área, ajudou a sistematizar observações e a extrair daí algumas conclusões que, no debate de ideias que circulavam no âmbito da sociabilidade científica, permitiram encontrar soluções com eficácia que se difundiram e melhoraram as condições gerais da prática obstétrica. Assim, depois de reconhecida a importância

¹³ *Sociedade União Médica*. “A Medicina Moderna”, Vol. I (1894-96): 228.

¹⁴ *Sociedade União Médica*. “A Medicina Moderna”, Vol. I (1894-96): 236-237.”

¹⁵ *Associação de Classe dos Médicos do Norte de Portugal*. “Gazeta dos Hospitais do Porto”, (1910): 29-30.

de técnicas obstétricas simples desenvolvidas no século XVIII e inícios do século XIX, tais como o «toque» que permitiu detectar a dilatação do colo uterino e a apresentação/posição fetal, a auscultação fetal (1816), a pelvimetria, justifica-se agora uma referência às novas descobertas técnicas que, pela sua eficiência, ajudaram a superar as complicações da natureza nos partos, criando uma nova cultura obstétrica, baseada num conhecimento mais preciso do mecanismo do trabalho de parto. Entretanto, a obstetrícia beneficiou do desenvolvimento da ginecologia, que aos poucos ganhou capacidade para conhecer e tratar a genitália feminina, e, obviamente, da prática operatória geral que habilitou a cirurgia a interferir no corpo humano minimizando as suas consequências.

O controlo das infecções puerperais e o desenvolvimento de capacidades de extracção do feto sem riscos para a mãe e para a criança constituíram as dimensões fundamentais de uma nova cultura obstétrica, que tornou inevitável e desejado o papel do obstetra junto das parturientes, contribuindo para normalizar e delimitar espaços profissionais que antes eram essencialmente conflituais. Consolidando o tradicional ordenamento das artes de curar, produziu-se uma nova legitimidade para a divisão do trabalho já experimentada: à parteira foi-lhe definitivamente entregue a função de assistir aos partos ditos naturais e aos médicos-parteiros coube-lhes resolver os casos complexos, pela administração das novas técnicas obstétricas, em processo de refinamento crescente.

Tratou-se, no fundo, de cristalizar uma divisão de trabalho segundo uma matriz de género: a parteira-mulher cuidaria da parturiente, acompanhando-a mais longamente nos seus esforços para parir, numa função ligada a um conceito que hoje, em enfermagem, designamos por «cuidar», isto é, uma atitude virada para a atenção global ao bem-estar da parturiente, incluindo os aspectos subjectivos da situação, só devendo chamar o cirurgião-parteiro na previsão de complicações no parto; o cirurgião, quase sempre homem, dispondo de técnicas rápidas que permitiam a intervenção cirúrgica, resolvia os partos complexos, numa função ligada ao «tratar», ou seja, procurava solucionar os aspectos que se apresentam problemáticos, visando a sua rápida superação. O aparecimento de algumas mulheres no campo da cirurgia, desde os finais do século XIX, ajudou a diluir as marcas pesadas desta distinção de género, desviando a discussão para o campo de uma competência científica, no acesso à qual não se verificava uma igualdade de oportunidades segundo o sexo (aqui como noutros sectores profissionais).

No Porto, por exemplo, surgem mulheres médicas em 9 de Novembro de 1891, com a apresentação das dissertações de fim de curso por parte de duas irmãs: Aurélia Morais Sarmiento, cujo «acto grande» versa a *Higiene da Primeira Infância*; Laurinda Morais Sarmiento, que equaciona *Breves Considerações sobre o Vestuário Feminino*. E, em 1892, é a vez de Maria Paes Moreira defender a *Higiene da Gravidez e do Parto*, para abrir depois consultório na cidade, dirigido para doenças de mulheres. Outras se seguiram, vocacionadas para as doenças femininas e a maternidade, ainda que em número escasso relativamente aos homens: Maria Genoveva de Jesus e Silva – *Placenta prévia*, 1900; Maria Arminda da Costa Prata – *Ação dos Medicamentos sobre a Secreção Láctea*, 1902; Guilhermina Arminda da Costa Prata – *Gravidez Ectópica*, 1902; Casimira Ferreira Loureiro – *Profilaxia e Tratamento da Sífilis do Recém-nascido*, 1906; Leonor Amélia da Silva – *Anestesia Geral e o Clorofórmio*, 1906.

O argumento da maior aproximação emotiva da parteira junto da mulher, derivada da identidade de sexo, relativamente ao papel do cirurgião, começava a diluir-se, porque as mulheres poderiam ter junto de si, vigiando a sua maternidade, outras mulheres com conhecimentos aprofundados de obstetrícia, de ginecologia e de pediatria, que eram as mulheres médicas.

Entretanto, a nova cultura obstétrica, como ramo especializado da medicina, difundia-se com rapidez ao longo do século XIX, por via da circulação de ideias que as escolas universitárias, as academias e as associações promoviam. Verificava-se uma preocupação de divulgação num tempo de culto da ciência e da técnica, com a imprensa médica a permitir que as novas concepções chegassem aos pontos mais remotos através da acessibilidade de que se revestia. Uma revista médica portuguesa – *A Medicina Moderna* – fazia-se eco desta vaga ascendente e exaltante da ciência médica:

A segunda metade do século XIX rasga na história médica um panorama resplandecente, em que a medicina e a cirurgia se disputam a primazia dos progressos em benefício dos enfermos.

D'um lado, a medicina, armada de finíssimos meios de investigação physiologica e de experimentação therapeutica, enriquecida com preciosas alfaias fornecidas pelas sciencias auxiliares e esmaltada com a brilhante legião de substâncias medicamentosas, extrahidas umas do reino animal, tiradas outras do reino vegetal e trabalhadas outras, e essas em avultadíssimo número, nos laboratórios chimicos² – a medicina, diziamos, está n'um subido grau de aperfeiçoamento, um pouco tolhida talvez pelo somenos cuidado que se costuma votar ás intrincadas questões de pharmacoterapia – a parte mais desprezada na litteratura médica.

D'outro lado, a cirurgia, devendo o seu brilhantismo e credito actual ao fervoroso culto pela trindade que synthetisa as grandes conquistas realizadas³ – anesthesia, antiseptia, forcipressura – avança na exploração das mais reconditas regiões do organismo que o genio adivinhativo dos Bichat, a sapiencia analítica dos Sappey e dos Testut e o methodo descriptivo dos Tillaux patentearam francamente à complicada engrenagem dos instrumentos manejados pelos Péan, Lawson, Tait, Billroth.

E não é só lá fora que as sciencias médicas estão n'um contínuo progredir e que a imprensa medica registra o sinuoso traçado do movimento scientifico respectivo¹⁶.

No campo obstétrico, as novas possibilidades do uso do fórceps, as incidências da anestesia, o significado da assepsia e da anti-sepsia, as novas virtualidades da cesariana ou as possibilidades de promover o «parto provocado» eram os principais tópicos de discussão no tempo de viragem do século XIX para o século XX.

¹⁶ *O Nosso Jornal*. “A Medicina Moderna”, Janeiro de 1894: 1.

O fórceps

Se podemos remontar a invenção do fórceps ao século XVI, como já referimos em capítulo anterior, deve dizer-se que o seu uso era restrito e muito traumatizante para a mulher e para o feto. Há estudos médicos que revelam fotografias de crianças com crânios irremediavelmente deformados pelo uso indiscriminado e inadequado do fórceps. Só no decorrer do século XIX o fórceps ganhou formulações mais eficazes, com relevo para o «fórceps de tracção», de Tarnier (1877).

A discussão das técnicas de manipulação do fórceps surge na Escola Médico-Cirúrgica do Porto como objecto de várias dissertações («acto grande»), em épocas distanciadas entre si, revelando-se como um tema recorrente, que suscita novas abordagens, o que ocorre também em revistas médicas. Se a tese de Júlio da Costa Peixoto – *Do Fórceps* (1861) nos revela um uso ainda débil deste instrumento, já, duas dezenas de anos após, a de Júlio Estevão Franchini — *O Forceps e a sua Aplicação na Inércia Primitiva* (1880) se revela perfeitamente actualizada. Aí se discutem, por exemplo, as diversas formas de actuação do fórceps (como instrumento de tracção; por compressão e redução; como alavanca; como estímulo de contracções uterinas) e, sobretudo, aborda-se a polémica entre os defensores do fórceps clássico e o novo modelo de Tarnier, cuja análise comparativa se efectua, bem como se explica o seu funcionamento e se discutem as opções a tomar no seu campo de intervenção.

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

«O meu fórceps é o de Tarnier. Exceptuando alguns médicos ingleses e poucos mais, todos os práticos hoje reconhecem que são de primeira ordem os aperfeiçoamentos introduzidos por Tarnier no fórceps». Assim se exprime o célebre médico-parteiro do Porto, Maia Mendes, já em 1907, num artigo¹⁷ em que explica a melhor forma de com ele operar e sugere alguns aperfeiçoamentos que ele próprio desenvolvera, no sentido de criar um travão interno que o fixasse em determinada posição e evitasse tanto o acréscimo de compressões laterais sobre a cabeça do feto à medida que crescia a tracção empregada como eventuais roturas do períneo, problemas estes que eram as consequências mais habituais em resultado da aplicação do fórceps.

A anestesia

«Parirás na dor», foi a mensagem bíblica para as mães, que as preparou para o sacrifício. Mas à Bíblia também se pode ir buscar a emergência do primeiro anestesiador: segundo o livro do *Génesis*, o Senhor Deus adormeceu Adão e só depois lhe retirou uma costela para criar Eva. O médico Costa-Sacadura, num documentado artigo, mostrou-nos essa preocupação de sempre com as dores do parto, para que concorriam superstições, amuletos, talismãs e beberragens descontroladas, numa tentativa para as eliminar ou aliviar¹⁸.

¹⁷ MENDES, 1907: 24 -33.

¹⁸ COSTA-SACADURA: 1947.

Nos meados do século XIX, ocorreram importantes desenvolvimentos da química, que se tornaram decisivos para a construção científica da anestesia, realizando-se uma velha aspiração que levou a múltiplas tentativas e experiências ao longo dos tempos. Tentativas de adequação de drogas diversas não faltaram, mas só algumas tiveram desenvolvimentos cientificamente estruturados e aplicações recomendadas. A aplicação do éter surge nos Estados Unidos, por via de um químico que confidenciou a um dentista a descoberta de um medicamento que entorpecia a sensibilidade, efeito logo experimentado na extracção de alguns dentes. Esta acção foi publicitada em 1846, propagando-se a notícia de imediato a Inglaterra e depois a França (sendo apresentada na Academia de Medicina de Paris em 1847). Depois de experimentada em várias situações, a eterização foi aplicada à obstetrícia por James Simpson, em Edimburgo, ao que parece, numa inspiração de momento, quando se viu obrigado a operar uma apresentação pélvica numa parturiente cuja bacia era demasiada estreita. Os resultados incentivaram-no a repetir o processo em outros partos laboriosos, mas Simpson teve de superar as contra-indicações do éter nas parturientes, voltando-se então para a utilização do clorofórmio, o qual já fora descoberto em 1837, mas só agora (1847) foi aplicado como anestésico. Esta prática rapidamente se divulgou e a anestesia aplicada aos partos naturais tornou-se uma moda na Inglaterra, seguida ainda com muito entusiasmo na Alemanha, mas com mais circunspecção na França, dado que nos países católicos esta intervenção humana foi muito discutida do ponto de vista religioso, pedindo-se muitas vezes o parecer de teólogos. Só por si, a ideia de anestesia suscitou debates apaixonados, amaldiçoando-a alguns como imoral e inaceitável; depois surgiram os adeptos do éter contra os do clorofórmio, numa disputa mais técnica, que levou mesmo à utilização do termo cloroformização como sinónimo de anestesia.

O que se passou em Portugal? Logo em 1847 a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, num concurso de memórias, incluía a questão «Convirá submeter os doentes à acção da inalação do éter antes de praticar qualquer operação cirúrgica?». E, em 1848, o lente de partos e médico do Hospital de Santo António, José Sinval¹⁹, publicou *Apliação do clorofórmio em uma parturiente instrumental. 1º caso deste género em Portugal*, numa afirmação de pioneirismo nacional que disputou com Magalhães Coutinho, o qual, em Lisboa, também aplicou, pela mesma altura, o clorofórmio. Se a isto acrescentarmos que um português, Francisco Luís Gomes, apresentou tese na Universidade de Montpellier, em 11 de Agosto de 1847, intitulada *De l'Etherisation Considerée sous les Rapports Théorique et Pratique*, temos de considerar que a anestesia correu rápida entre os médicos portugueses, pelo menos ao nível de conhecimento e da tentativa da sua aplicação. Os primeiros ensaios de eterização no Porto ocorreram precisamente em 1847, no Hospital de Santo António, em três casos, sendo que um dos pacientes foi eterizado por três dias sucessivos sem conseguirem operá-lo, tal a agitação, só conseguindo a intervenção ao quarto dia²⁰.

Essa rapidez de transmissão de conhecimentos pode ainda observar-se melhor ao nível das preocupações dos finalistas de medicina, que, para obterem o título, apresentavam tese nas Escolas Médico-Cirúrgicas. No que concerne à anestesia em situações de parto, já em 1850

¹⁹ “Gazeta Médica do Porto”, 1848: 80-81.

²⁰ “Arquivos de História da Medicina”, Vol. III: 127.”

surgia uma tese médica no Porto intitulada *Do Método Anestésico Considerado em suas Relações com a Arte de Partos*, de José de Almeida Soares Lima e Bastos, procurando avaliar formas de actuar e eventuais contra-indicações.

Mas também aqui a aplicação da anestesia ao parto natural foi extremamente discutida, considerando muitos que a aplicação dos anestésicos nestas situações eram meros perturbadores de uma função, «cujo exercício já a natureza destinou para ser doloroso; e quem sabe até que ponto as dores bem longe de serem prejudiciais à parturiente, são pelo contrário, favoráveis, tornado-se um termómetro fiel da ocasião próxima da excreção fetal, e convidando a parturiente a secundar com o auxílio dos outros músculos a acção das contracções uterinas, quantas vezes não são elas que nos advertem da inércia do útero e de outros muitos acidentes que podem ocorrer na parturiente» - assim falava José Joaquim Lopes Cardoso, na sua dissertação *Cloroformização Considerada nas suas Relações com o Parto Natural*, defendida em 1855, na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, numa atitude de naturalização da dor, conceptualização que justificava a prática de a anestesia só ser considerada para casos excepcionais, e mesmo assim de forma moderada, para que a parturiente sentisse claramente as contracções abdominais, diremos hoje uterinas. Mas não faltava quem pensasse que pequenas dosagens de opiácios poderiam ter efeitos analgésicos no parto, problema discutido por António Manuel Pires Moreira na sua tese - *Emprego do Ópio na Prática Obstétrica* (1863).

Estava ainda muito viva a acusação de efeito anti-social que se atribuía à utilização da anestesia no parto, poucos se atrevendo a contrariar a sentença bíblica que condenava a mulher às dores do parto, acentuando alguns que «o amor da mãe para o filho tinha a sua razão de ser nas dores do parto», como historiava, já com algum distanciamento desta polémica, outro finalista, António de Passos Pereira de Castro, na dissertação - *Vantagens da Anestesia nos Partos Naturais Simples* (Porto: 1866). Este autor, para além de referir a importância de Magalhães Coutinho (da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa) na difusão deste tipo de intervenções, com relatos dos seus casos na *Gazeta Médica de Lisboa*²¹, organiza a sua dissertação sobre os casos praticados no Porto pelos médicos parteiros da época (Costa Leite, José Gouveia Osório, Pereira Reis e José Andrade Gramacho) entre 1854-1866. Depois de perorar sobre as vantagens da anestesia, desde que cuidada e cientificamente aplicada, mesmo nos partos normais, Pereira de Castro termina a dissertação com uma frase que revela só por si o militantismo médico da altura: «eu, aqui o declaro, quando encontrar uma mulher a estorcer-se nas dores do parto, serei sempre um apóstolo da anestesia».

Este apostolado da anestesia desenvolvia-se à medida que crescia o conhecimento sobre a fisiologia do parto, do sistema nervoso, o domínio da técnica (só em 1872 surge o método de inalação, gota a gota, através de máscara) e a amplitude dos seus efeitos, minorando-se os riscos eventuais, definindo-se as contra-indicações. Importante, por exemplo, nesta discussão foi destringer entre contracções uterinas e dores e daí derivar a conclusão da possibilidade de diminuir as dores sem desaparecerem as contracções. Na Escola Médico-Cirúrgica do Porto são várias as teses que abordam a problemática da anestesia. Rómulo Farme Ribeiro revelava já um grande

²¹ “Gazeta Médica de Lisboa”, Tomo V (1857): 328.

conhecimento da matéria e das disputas teóricas que a este respeito circulavam entre os principais médicos estrangeiros, defendia a possibilidade de a anestesia ser aplicada em todos os partos, mesmo nos normais, sem quaisquer riscos. Formulava, embora, a doutrina de que não havia necessidade de ser utilizada na maioria das situações de parto, dada a inexistência de problemas nos partos normais e por estes serem assistidos por parteiras, «a quem de modo nenhum permitiríamos fazer uso do clorofórmio»²².

A anestesia tornou-se moda na obstetrícia, por parte dos médicos, mesmo quando nada parecia aconselhá-la. É um facto que sumidades médicas ao nível da obstetrícia aconselhavam este «sono tão doce» (Simpson) em todos os tipos de partos, incluindo os naturais e regulares (salvaguardadas as contra-indicações). Outros, no entanto, distinguiam entre *poder e dever*, desdramatizando o problema das dores nas situações normais e defendendo mesmo o simulacro da anestesia ou a ministração de doses mínimas para as situações de agitação descontrolada na mulher, em especial nas primíparas, defendendo assim um efeito psicológico, de tipo placebo. Era esta uma das posições defendidas, em 1878, por Farme Ribeiro, na sua tese *Da Anestesia em Obstetrícia*, o qual reconhecia que a anestesia não suprimia as contracções, não exercia acção perigosa sobre a saúde da mãe e do filho, mas não deveria ser empregue nos partos naturais (a não ser em mulheres muito impressionáveis ou doentes nervosas), aplicando-se o clorofórmio nas diversas operações obstétricas (versão, aplicação do fórceps e cesariana). Era um autor preocupado em sublinhar que «de modo algum a anestesia deve deixar de ser propriedade exclusiva dos médicos, e que nunca uma parteira, cujos conhecimentos são muito limitados, deve estar autorizada a praticá-la»²³.

Nos finais do século, a anestesia surge como tema que suscita várias dissertações, com novas abordagens. A aplicação de clorofórmio surgia como uma solução defendida e discutida para as dores do parto e para as intervenções operatórias respectivas. Para além das teses já citadas, referenciem-se ainda algumas de Lisboa, que tiveram alguma repercussão na literatura médica da época: José Clemente dos Santos - *O Cloral Durante o Trabalho de Parto* (Lisboa, 1870); Joaquim Salgado - *O Clorofórmio no Parto* (Lisboa, 1880); Luís Vilar - *O Clorofórmio no Parto* (Lisboa, 1892).

Segundo Costa-Sacadura, no caso português, «era de tal maneira arreigada a prática da anestesia pelo clorofórmio que quase não se empregava o termo anestesia, mas apenas o de cloroformisação»²⁴, embora o éter também tivesse os seus cultores.

A partir de 1890, surgiram na imprensa médica artigos sobre novas formas de anestesia²⁵ e, pouco depois, desenvolveram-se teses com base nas novas soluções anestésicas, com relevo para trabalhos sobre a cocaína. Nesta sequência, a imprensa médica informava que, já em 1901, através de Cândido de Pinho, se aplicara em Portugal a raqui-anestesia, a partir de injecções de cocaína, em situações de «extracção manual de feto e numa aplicação de fórceps». Depois Júlio Franchini aplicara estovafina para uma laparotomia.

²² RIBEIRO, 1878: 55.

²³ RIBEIRO, 1878: 76.

²⁴ COSTA-SACADURA, 1947.

²⁵ VIEIRA 1890: 87.

Em 1911, era Roberto Frias que utilizava, pela primeira vez em Portugal, para efeitos de anestesia local, a novocaína em injeção lombar para uma colpo-perineorrafia, ao que parece, com evidente sucesso. Depois de relatar 43 casos, Roberto Frias apresenta as múltiplas vantagens do método: evita complicações secundárias, fornece serenidade às pacientes, dispensa anestesista, facilitando cirurgias de urgência e até permitia operar de noite, à luz de chama, sem os perigos de explosão que o éter ou clorofórmio representavam nessa situação, além de vantagens ao nível da contractilidade uterina, pois diminuiria as hemorragias e facilitava a expulsão do feto. Em suma: «os doentes preferem-na sempre e o parteiro que uma vez a tenha empregado não mais terá vontade de se utilizar da anestesia geral», dizia Roberto Frias, numa evidente euforia com o progresso técnico, sem deixar de referenciar algumas contra-indicações²⁶.

Os percursos anestésicos não pararam por aqui. Com o avançar do século XX surgiam novos títulos com impacto na obstetrícia: Augusto Botelho Simas - *Parto Sem Dor por Injeção Epidural*, Lisboa, 1922; Pedro Mendonça Soares - *Contribuição para o Estudo do Parto Sem Dor*, Lisboa, 1925. Era apenas o culminar das conquistas dos finais do século XIX.

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

Assepsia e anti-sepsia

Durante muito tempo atribuída a situações extravagantes, a infecção puerperal, designada assim por ocorrer no período de puerpério, tornara-se o horror das parturientes que acorriam aos hospitais, sendo apontada como um dos grandes factores da mortalidade materna, através da expressão imprecisa «febre puerperal», datada dos inícios do século XVIII. Expressia-se por duas formas dominantes: a retenção dos loquios, daí também a designação de *febre loquial*; o transvio do leite, daí a *febre leitosa*. Esta «febre aguda das mulheres paridas» foi um dos males mais persistentes e incontroláveis, «um dos mais terríveis acidentes que se seguem à veneranda prova da maternidade», em relação ao qual pouco se podia fazer, porque não se conseguia compreender o fenómeno. Como nos conta Francisco Figueiredo Magalhães, na sua dissertação *Breves Considerações Sobre a Febre Puerperal Destinada a Provar que Ela Não é Essencial* (Porto, 1864), a discussão gerada em torno desta questão era antiga, típica da divisão entre as correntes essencialista e localista da medicina e constituiu «um verdadeiro cisma entre os naturalistas»: os essencialistas eram incapazes de fixar as alterações produzidas nestas situações e, na linha da atribuição das doenças aos humores, remetiam-na para a sua essencialidade, fornecendo explicações vagas; os localistas, apoiados na anatomia-patológica em desenvolvimento, a partir da observação de cadáveres, defendiam a explicação do problema como uma inflamação do útero.

²⁶ FRIAS, 1912: 115 -124 e 135 -138.

A discussão arrastou-se durante quase dois séculos, em aproximações sucessivas, embora, nos meados do século XIX, já se admitisse que o problema entre as lesões da puerpera e as de um outro indivíduo operado eram idênticas e se observassem analogias entre a febre puerperal e a febre das operações ou febre traumática, sugerindo-se mesmo que não existia afinal febre puerperal ou febre traumática, mas tão só febre, designações aquelas que só o amor pela teoria da localização podia justificar. São estes os pontos essenciais da dissertação de Figueiredo Magalhães, que vimos seguindo, reveladora da incapacidade explicativa e das insuficiências neste domínio, mas também da preocupação ainda reinante na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, na década de 1860, sobre este problema.

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

Segundo Castiglione, Semmelweis passou a preconizar aos cirurgiões a lavagem das mãos e a lavagem das salas com cloreto de cálcio, depois de ter comprovado que, com estas soluções, a febre na sua enfermaria diminuiu de imediato, enquanto se mantinha nas outras. Mas foi perseguido na sequência da publicação da obra em que debatia a questão e defendia a assepsia (1861), depois de já ter sido combatido quando apresentara as suas primeiras conclusões à Sociedade Médica de Viena em 1847. Viu-se obrigado a abandonar o seu lugar no hospital de Budapeste, numa perseguição que se compreende na medida em que acabava por atribuir às condições clínicas a principal causa deste tipo de mortalidade. Mas essa denúncia, que radicava a elevada mortalidade na falta de assepsia das condições operatórias, tornou-lhe a vida infeliz, acabando por morrer louco num asilo de alienados.

Em 1857, Tarnier atribuiu a febre puerperal a um gérmen patogénico. Em 1869, Goze e Feltz, em Estrasburgo, detectaram no sangue de cadáveres de mulheres mortas de febre puerperal um grande número de bactérias mas, em especial, o estreptococo²⁷. Finalmente, na década de 1860, Lister, impressionado com a elevada mortalidade após as amputações e tendo em conta as teorias de Pasteur, passou a esterilizar o campo operatório, utilizando várias substâncias antisépticas, fixando depois na vaporização do ácido carbólico não só para o campo operatório como para toda a sala de operações (1865). Seguem-se discussões e experiências variadas, embora só na década de 80 as posições favoráveis à assepsia e à antisepsia tivessem aceitação geral.

²⁷ GUIMARÃES, 1894: 35-37. MEDEIROS, 1895.

Passou, então, a praticar-se um conjunto de técnicas simples, evidentes e ao alcance de todos para diminuição da mortalidade²⁸, com vista à destruição dos microorganismos na superfície das feridas ou ao emprego de meios que evitem a sua deposição nas mesmas, ou seja, desenvolveram-se técnicas de prevenção.

Estas posições só seriam, pois, verdadeiramente legitimadas pelo desenvolvimento da microbiologia, que disparou com Pasteur, o qual, em 1879, descobre como agente da septicemia puerperal o estreptococo piogénico, que consegue cultivar e demonstrar o seu papel determinante na infecção. Estava definitivamente estabelecida a ligação entre as doenças do tipo infeccioso e os micróbios e as condições de cultura destes microorganismos, concluindo-se que a febre puerperal não era senão uma septicemia produzida pela penetração de microorganismos ao nível da ferida uterina. Graças aos estudos da patogenia microbiótica, em 1888, já se podia afirmar no Porto: «já vai longe o tempo em que a pyohemia e a septicemia eram os acidentes quase obrigados das grandes operações. A febre puerperal, que era o mais perigoso acidente que tantas vezes sobrevinha nas maternidades, foi completamente aniquilada pelas aplicações da anti-sepsia à obstetrícia»²⁹.

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

Na prática dum operação são muitas as condições a que o operador tem de atender; e, pelo que respeita à observância da prática anti-séptica, é muito extensa a esfera da sua acção. O meio em que tenha de realizar-se a operação, os instrumentos que nela tenham de intervir, o operador, são os pontos para que primeiramente tem de voltar-se a atenção do cirurgião, procurando realizar quanto possível a sua pureza, isto é, a assepsia pela aplicação dos diversos meios antisepticos. Os agentes anti-sépticos empregados em medicina operatória são aqueles que a química nos fornece, e ainda, dos chamados físicos, as variantes térmicas³⁰.

Na campanha pela higienização do acto médico, preconizaram-se ainda as salas operatórias próprias³¹, iluminadas, arejadas, com os móveis apenas estritamente necessários, as desinfecções regulares, a esterilização dos instrumentos cirúrgicos, dos panos, das compressas, das esponjas, o uso de batas desinfectadas, a assepsia do campo operatório estrito (lavagem, rapar os pelos, desinfectar). Sugeriam-se produtos, produziam-se tabelas de soluções químicas para obter eficácia em diversas situações e fazia-se pedagogia sobre a classe médica, pois não faltavam os que achavam que com todos estes cuidados as atenções se desviavam para o micróbio em desfavor do doente,

²⁸ CASTIGLIONI, 1947, I: 265-67.

²⁹ PEREIRA, 1888: 26.

³⁰ PEREIRA, 1888: 49.

³¹ Sobre a situação no Porto: «Diante da consagração prática das doutrinas microbianas, que sem dúvida alguma são a base de todo o progresso da cirurgia moderna, é lastimável dizer-se que os serviços clínicos da nossa escola, no Hospital de Santo António, não possuem uma sala própria para operações! E só podemos atribuir isto à incuria ou má interpretação das administrações do hospital». PIMENTA, 1892: 70.

afinal o objectivo essencial da cirurgia. Descriviam-se experiências sobre os diversos modos de lavagem das mãos e a observação de eventuais culturas bacterianas posteriores a essa lavagem. Difundia-se o emprego da gaze e do algodão esterilizado. E, em 1892, no Porto, já se proclamava avisadamente – «Um caso de morte por falta de observância do método antiséptico, devia tornar o clínico responsável civilmente» — proposição com que António Coutinho de Araújo Pimenta termina a sua dissertação *Assepsia e Antisepsia em Cirurgia*.

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

Nos finais do século XIX, um finalista de medicina e cirurgia do Porto podia defender a seguinte proposição perante os seus mestres: «a febre puerperal é uma consequência imperdoável da ignorância do parteiro»³².

A cesariana

A cesariana foi durante muito tempo uma operação que só tinha o objectivo de salvar a criança, pois o seu uso era considerado fatal para a mãe, o que era inelutável face à ausência da anestesia, das práticas anti-sépticas e de outras técnicas como a hemostase. Daí a razão para a cesariana só se efectuar em parturientes já cadáveres, embora haja uma ou outra notícia envolta em lenda sobre casos de sucesso, quando aplicada em parturientes vivas, segundo informações que alguns historiadores da medicina procuraram recolher e sistematizar. Mas as disposições médicas eram claras a este respeito: o médico francês François Mauriceau, em 1668, no seu «*Traité des maladies des femmes grosses et celles que sont nouvellement accouchées*» recomendava que, a não se poderem salvar a vida aos dois, se devia sempre preferir a da mãe à da criança, «por várias razões que todos os bons teólogos» sabiam, razão pela qual nunca se devia empreender a operação cesariana, porque causaria de certeza a morte da mãe; em seu lugar, a mãe deveria ser socorrida por especialistas que, após baptizarem a criança no caso de ainda estar viva, a fariam sair pelas vias ordinárias e naturais, mesmo aos bocados se fossem obrigados a tal para salvar a vida da mãe³³.

³² SEARA, 1898: 96.

³³ LEBRUN, 1995: 131.

Mas a ideia de fazer cesarianas em vida da mãe já surgira no horizonte como uma possibilidade. Assinalando as obras de Rousset que, já em 1581, marcaram os princípios que conduziam à cesariana, Silva Carvalho recorda ainda o célebre português Rodrigues de Castro que, em 1662, publicou em Hamburgo um tratado de medicina, no qual a recomendava para os casos em que não se devia hesitar em salvar o filho e em sacrificar a mãe, salientando que a operação se devia fazer com a mãe ainda viva, pois caso contrário corria-se o risco de recuperar o feto já morto. Rodrigo de Castro enumerava utensílios, pensos, posições, topografia da região, condições para decisão e todo o restante processo cirúrgico, bem como o tratamento farmacêutico consecutivo³⁴. Mas o que Silva Carvalho nos revela das informações que recolheu em nobiliários e notícias médicas é um sem fim de insucessos, em que morre a mãe e o feto também. De resto, a cesariana ou histerotomia estava geralmente conotada com situações horríveis e raras. Veja-se como Feliciano de Almeida a explica (*Cirurgia Reformada*, 1738):

A causa porque se institue operação tão perigosa, he para quando o feto é demasiadamente grande, por cujo respeyto não pode sahir. Quando he monstruoso, ou dous pegados, & juntos, ou com duas cabeças, ou quatro braços, & outras tantas pernas... ou tambem quando a vagina & podendo estão demasiadamente apertados; ou quando as parturientes por muyto crianças, ou muyto gordas, ou por muytos annos, não podem parir, ou por muyto fracas³⁵.

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

Vale a pena ler o comentário do médico Melo Franco sobre a cesariana, em 1816, quando fazia a apologia da sua cadeira obstétrica que facilitava a utilização do fórceps, dada a possibilidade de um assento para o parteiro que uma das tábuas podia constituir³⁶. Ao evocar a acção do seu professor Osiander num parto, no qual se esalfou em 140 tracções com o fórceps, o que o levou à exaustão, tendo de ser substituído por um assistente, que, salvando a mãe, finalmente trouxe a criança viva (embora só sobrevivesse algumas horas). E, neste contexto, reduz a quase nada a utilidade da cesariana:

Só quando a bacia é absolutamente mal construída, é que se deve recorrer a uma operação tão bárbara, e tão perigosa; ou também quando a cabeça da criança, ou toda ela é de tamanho tal, que seja impossível a passagem pelas aberturas da bacia, o que porém raras vezes acontece em bacias bem construídas. Seja a posição da criança qualquer que for, por meio de uma versão da criança mais ou menos trabalhosa, ou com o socorro do Forceps, do gancho rombo, e da alavanca nenhum parto é impossível, já se entende perdendo a

³⁴ CARVALHO, 1935.

³⁵ Cit. por CARVALHO, 1935:10.

³⁶ FRANCO, 1827: 22-39.

criança muitas vezes a vida, mas ao menos salvando a mãe dos perigos infalíveis dos instrumentos de corte, para a perfuração e desmembração da criança, cuja ideia só basta para fazer horror, principalmente sendo dirigidos por homens ignorantes, que sem consciência sacrificam impunemente à sua sórdida cobiça tantas vitimas.

Pelos meados do século XIX, surgiam notícias de cesarianas em que uma ou outra mãe sobrevivia, tanto no estrangeiro como em Portugal, mas ainda se discutia muito a legitimidade de efectuar esta operação. Em 1864, ainda se afirmava, solenemente, numa tese da Escola Médico-Cirúrgica do Porto: «a operação cesariana só deve praticar-se depois de provada a morte da parturiente»³⁷. Ou de outra forma, um pouco mais tarde: «a operação cesariana só deve praticar-se depois que se tiver a máxima probabilidade da morte da parturiente»³⁸.

Mas havia normas, em alguns países, no sentido de obrigar os médicos a praticarem a cesariana em mulheres mortas nos últimos meses de gravidez, como parecia ser o caso de uma lei de 1740 na Sicília. Embora haja notícias (muitas delas inverosímeis) de cesarianas em vida, eram referidas como executadas fora do âmbito médico, praticadas por familiares ou curiosos. Só na década de 1870 a cesariana moderna começou a aplicar-se regularmente em casos de parto distóxico, conjugando-se com outras técnicas complementares, a assepsia e a anestesia. Fonseca Regalo, em 1865, apresenta estatísticas estrangeiras diversas que, pelos meados do século, forneciam já percentagens apreciáveis de sucesso: por exemplo, segundo Velpeau, as intervenções deste tipo praticadas em França desde 1835 atingiam um total de 265 operações, «sendo felizes 118 e 147 desgraçadas»; outras opiniões apontavam para cerca de 4/5 das mulheres morrerem na cesariana; em Inglaterra, de 36 operadas, 25 tinham falecido. No entanto, havia médicos que argumentavam com a falta de oportunidade (quase sempre demasiado tarde) para explicarem a mortalidade elevada das parturientes. Outros mostravam que as operações de êxito se verificavam fora das grandes localidades, no campo e na pureza de ares, o que mais tarde se passou a explicar com base nas infecções hospitalares das grandes cidades: «Já houve a ideia de montar fora dos grandes centros de população casas de saúde, para ali serem operadas as mulheres que necessitassem a gastero-hysterotomia [cesareana]», diz Regalo³⁹.

Segundo investigações de João de Meira, até 1908, a cesariana apenas se teria praticado em Portugal cerca de duas dezenas de vezes⁴⁰. Mas o ritmo modificava-se, ainda que moderadamente, com o dealbar do século XX. Mostrando-se contra a sinfisiotomia ou o procedimento alternativo – a hebotomia (corte da arcada púbica ao lado da sínfise) – que médicos de Lisboa como Alfredo da Costa e Costa-Sacadura preconizavam num Congresso de Medicina, o médico-parteiro portuense Maia Mendes defendia o uso da cesariana (que já praticava desde 1898), invocando que já praticara oito casos, dos quais só uma parturiente morrera por já vir infectada e em estado desesperado para o hospital. E, no seu típico estilo didáctico, traçava o quadro aconselhável, num artigo da *Gazeta dos Hospitais do Porto*:

³⁷ MAGALHÃES, 1864: 60.

³⁸ GONÇALVES, 1867: 46.

³⁹ REGALO, 1865.

⁴⁰ MEYRA. 1914: 184 -195.

Cabeça ao estreito superior, feto vivo, impossibilidade de descida por aperto moderado da bacia óssea; já se experimentou o forceps fazendo tracções compatíveis com a viabilidade do feto, as quaes não deram resultado; não se pode fazer a versão: como se há-de tirar o feto vivo e viável? Responde-se: - Pela operação cesariana conservadora⁴¹.

Pouco depois, outro médico do Porto, Morais Frias, publicava na mesma revista «Um caso de operação cesareana sob raquianestesia»⁴², revelando a crescente actualização neste domínio.

O parto provocado

Nos finais do século XIX, os médicos dominavam já o essencial da técnica do *parto prematuro artificial* ou *parto provocado*, intervenção com fins terapêuticos para melhorar a situação da mãe, do filho ou de ambos. Algumas teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto permitem-nos observar a disseminação local do ensino dessas práticas e a sua defesa, conquanto tivessem subsistido durante muito tempo as condenações de ordem moral e religiosa que apostavam na ideia de não intervenção e da necessidade de o parto ir a termo, ou seja, completar o tempo habitual⁴³.

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

As intervenções deste tipo assumiam formas diversas. A solução farmacológica era uma delas. Por exemplo, a dissertação de Augusto Domingues de Araújo, *A Cravagem do Centeio - Acção Physiologica e Emprego Terapêutico*, apresentada em 1880, mostra-nos como já era habitual a prática da utilização de pequeníssimas quantidades daquele produto para uso obstétrico, afinal um produto muito usado nos meios populares, que passou a ter utilização nas novas práticas médicas, através de estudos minuciosos sobre os seus efeitos e posologias, que o autor enumera. Recorde-se que a cravagem (ou ferrugem, ou esporão) do centeio era um elemento alcalóide que por vezes impregnava o grão deste cereal, responsável por antigas epidemias com origem no pão, que se traduziam no ergotismo. O autor revela informações sobre a observação médica deste produto, que remontava ao século XVII, nomeadamente nos efeitos de provocar contracções uterinas, sendo conhecido pelas suas funções abortivas como «pó do parto», mas vindo também a ter depois uma aplicação terapêutica muito alargada, nomeadamente nas hemorragias de diverso tipo, dados os seus efeitos hemostáticos. Nos finais do século XIX, a sua apresentação farmacológica (ergotina, retirada da cravagem) já surgia sobre três formas de administração - «via gástrica, injeccção hipodérmica e injeccção intersticial». No campo da obstetrícia, as aplicações da ergotina eram, pois utilizadas, tanto em situações de hemorragias,

⁴¹ MENDES, 1909, 281-284.

⁴² FRIAS, 1911: 195.

⁴³ RIBEIRO, 1867. AMORIM, 1870.

quer puerperais, quer consecutivas ao aborto, ou em situações de morbidez uterina (pólipos, fibromas, molas, etc.), quer nas designadas «inércias primitivas como meio expulsor do produto da concepção». Nesta última aplicação havia, contudo, grandes discussões sobre eventuais efeitos no feto, devendo verificar-se determinadas graduações e condições (por exemplo, que não existissem obstáculos à expulsão do feto, pois um excesso de contracções uterinas poderia provocar compressões graves no feto).

Em 1894, a dissertação de Eduardo Maia, intitulada *O Parto Prematuro Artificial*, sistematizava toda esta problemática, cujas primeiras iniciativas, para obviar a situações de aperto da bacia, remetia para médicos de Londres em 1756 (Macaulay) e depois para a Alemanha (1804), onde o êxito terá sido tal que esta prática se tornou numa espécie de moda, tendo o governo «de intervir para moderar o furor operatório dos seus médicos». Em França, rejeitava-se essa operação na Academia de Medicina ainda em 1827, por contrária à religião, embora o primeiro caso público surgisse pouco depois em 1831. Pouco depois, em 18 de Março de 1837, um médico português, João Joaquim Figueira, natural da Madeira, defendeu em Montpellier a tese *Étude de l'Accouchement Prématuré Artificiel*⁴⁴.

Com o desenvolvimento da anti-sepsia, o parto provocado encontrou depois as condições para uma prática regular no sentido de salvar a mãe e o filho em situações de dificuldade, estabelecendo-se então o tempo de 6 1/2 meses de vida intra-uterina como mínimo viável para a sobrevivência da criança, contando com a acção das «criadeiras» (incubadoras), bem como um quadro das patologias que o justificavam. Por outro lado, havia já uma grande disponibilidade de técnicas aos dispor dos médicos e das diversas situações: o autor cita uma tipologia de Auvard em que se enumeram 31 meios de obter a provocação do parto, desde processos indirectos (substâncias, massagens, ventosas) a directos (tampões, laminárias, sondas, balões, trocate), cuja eficácia discute um a um. E as estatísticas apresentadas por médicos estrangeiros sobre o parto provocado, depois da emergência da assepsia, revelavam a brutal diminuição da mortalidade materna nestas situações: «em Viena e Paris não se perde hoje uma só mulher em que se pratique o parto prematuro artificial». No que se referia ao filho, surgiram as criadeiras ou incubadoras com a função de adaptar gradualmente o prematuro à temperatura exterior, considerada a principal causa de morte nestas situações. A incubadora mais recomendada então era a de Tarnier: uma caixa de madeira dividida interiormente por um septo horizontal, de forma a receber botijas de água quente na parte inferior e almofadas na superior, com uma tampa de vidro, ventoinha e um termómetro, com circulação de ar entre as duas partes, constituindo um dispositivo que apresentava resultados estatísticos satisfatórios na sobrevivência dos prematuros.

Defendia-se, assim, a legitimidade do parto prematuro artificial em situações típicas, a sua benignidade para o filho e o seu efeito inofensivo para a mãe. Não se esqueça que as alternativas a estas técnicas passavam essencialmente por levar a gravidez a termo e utilizar a cesariana, a versão ou a sínfiseotomia, ou seja, eram sempre intervenções cirúrgicas relativamente profundas e com risco de serem eventualmente já tardias.

⁴⁴ “Arquivos de História da Medicina”, III, 1888-89:170.

As dissertações da Escola Médico-Cirúrgica do Porto

Ao longo das páginas anteriores, temos vindo a fazer referência às teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto como um dos pontos de apoio para apreendermos a nova cultura obstétrica que se desenvolveu a partir dos meados do século XIX, nas suas repercussões sobre a formação médica ministrada nesta cidade. A tese, também designada por «dissertação inaugural» ou «acto grande», era um trabalho de aluno- finalista que, desde a criação da Real Escola de Cirurgia, em 1825, precisava da sua apresentação pública para ter direito ao diploma que lhe conferia a licença profissional. Não são trabalhos de investigação e inovação, mas sim trabalhos de recensão que deveriam conter explanações temáticas para serem arguidas publicamente perante o júri docente designado pelo Conselho Escolar. Essa característica de recensão faz destas dissertações verdadeiros indicadores da difusão da cultura médica então dominante, revelando o nível de formação actualizada com que os alunos entravam na vida profissional. Naturalmente, a dinâmica da cultura obstétrica não se quedava por estes trabalhos escolares, sendo muito mais interessantes os pequenos artigos disseminados pelas revistas médicas da autoria de profissionais consagrados.

Tendo como apoio inicial um catálogo⁴⁵ das teses inserto no Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto para o ano de 1907-1908, procedemos a um levantamento das teses desta Escola Médica, com vista à equação de temas obstétricos, das quais fotocopiámos as que nos pareceram mais interessantes, algumas das quais temos vindo a utilizar. Só foi possível conhecer sistematicamente os títulos a partir de 1863 numa série que se prolongou até 1908 (antes desses períodos só são conhecidos escassos títulos para 213 teses, de cuja maioria só se sabe o nome do autor). Ainda assim, e tendo em conta estas lacunas, mas considerando as 1325 dissertações inaugurais que fazem o cômputo total desde 1827 a 1908, podemos classificar 190 como tratando temas ligados ao parto ou estreitamente conexiões com ele, como são as relativas a afecções ginecológicas ou problemas de recém-nascidos. A gradação quantitativa desta produção torna-se visível no Quadro II, que, ao registar o número total de teses apresentadas, nos dá também o número de médicos, permitindo-nos ainda avaliar o peso relativo da temática obstétrica (por defeito, dado desconhecerem-se muitos dos títulos mais antigos).

Dado que a Escola formava apenas clínicos gerais, a temática das teses não corresponde a uma especialidade precisa, mas tão só a uma preferência dos seus autores. Assim, muitos dos médicos que inicialmente optaram por apresentar outras temáticas para dissertações acabaram por ter de executar partos e serviços afins no decorrer da sua prática clínica. De qualquer modo, a obstetria atraía, ao nível do final do curso, cerca de 14% dos médicos formados, que depois se espalhavam pelo país, a maioria pelo Norte de Portugal. Se, na década de 1860, a média anual de teses obstétricas era inferior a 3, na década de 1890 essa média era já superior a cinco, saltando para 6,75 nos oito anos dos inícios do século XX. Revela-se, assim, em números absolutos, uma apetência crescente pela temática obstétrica, a que não serão estranhas as conquistas técnicas e científicas que se iam alcançando.

⁴⁵ “Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto”, 1909: 189-255.

Quadro II

Escola Médico Cirúrgica do Porto: «actos grandes» e temáticas obstétricas, 1827-1908

Anos	Actos Grandes - totais	Temática Obstétrica	% do Total
1827-1829	10	?	?
1830-1839	31	?	?
1840-1849	86	?	?
1850-1859	36	7*	19,4*
1860-1869	126	28*	22,2*
1870-1879	157	17	10,8
1880-1889	202	30	14,9
1890-1899	306	54	17,6
1900-1908	371	54	14,6
Totais	1325	190	14,3

*São poucos os títulos conhecidos para estes períodos (até 1863).

Neste conglomerado das 190 teses de temática obstétrica, quais são os tópicos mais abordados? Uma breve categorização a partir dos títulos permite uma distribuição de frequências dos sub-temas que nos revela os principais problemas abordados no âmbito das teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (Quadro III).

Assim, as problemáticas ligadas à gravidez, parto, puerpério e primeira infância surgiam como as mais tratadas (no conjunto, chamam a si 62,1% dos títulos das teses), revelando uma aproximação que o termo de puericultura, então emergente, pretendia abranger. Os aspectos ginecológicos mereciam também a focalização dos jovens médicos, numa época em que o pudor feminino se desvanecia ante a possibilidade de cura de múltiplos problemas. O sistema reprodutor concentrava, cada vez mais, múltiplas abordagens clínicas, começando a tomar forma uma cadeia de cuidados em torno da mulher e das suas funções de maternidade, o que revelava a superação das representações tradicionais sobre o parto natural, assumindo-se agora a possibilidade de uma intervenção humana mais profícua.

É este tipo de «cadeia de cuidados» que uma jovem médica da Escola do Porto já mostrava ter apreendido em 11 de Julho de 1892, quando apresentava à discussão uma das melhores dissertações ali existentes de temática obstétrica, que nos fornece uma ideia precisa sobre o que deveria ser o parto devidamente assistido nessa época. Falámos de Maria Paes Moreira, com a tese *Higiene da Gravidez e do Parto*. Perante o esquecimento da anti-sepsia em Portugal, a médica-parteira debruçava-se sobre a higiene a ter perante o processo de maternidade, assumindo como princípio que «na arte dos partos a ciência de prevenir é bem mais eficaz que a de curar»⁴⁶. A tese constituía uma sensibilização no sentido de se evitar a infecção puerperal, cuja superação histórica descrevia, desde as experiências de Semmelweiss, aos resultados obtidos com as práticas anti-sépticas em diversos hospitais europeus cujas taxas de mortalidade materna, em consequência,

⁴⁶ MOREIRA, 1892: 2.

Quadro III

Escola Médico-Cirúrgica do Porto: tópicos de abordagem nas teses de temática obstétrica (1850-1908).

Sub-temas	Nº de teses	%
Aborto/aborto terapêutico	8	4,2
Anestesia	12	6,3
Assepsia	4	2,1
Auscultação fetal	2	1,1
Cesariana	1	0,5
Fecundação	1	0,5
Fórceps	3	1,6
Ginecologia	41	21,6
Gravidez	26	13,7
Parto/ pós-parto	51	26,8
Primeira Infância	27	14,2
Problemas puerperais	14	7,4
Totais	190	100,0

desceram drasticamente. Remetia, assim, a responsabilidade das febres puerperais para as intervenções dos médicos e das parteiras e para a falta de higienização hospitalar, que considerava, respectivamente, como agentes e meio de propagação das infecções. A sua tese, estruturada em três partes, configurava-se como um verdadeiro manual para os cuidados higiénicos da gravidez e do parto.

Na primeira parte, tratou da anti-sepsia obstétrica: abordou os vários tipos de anti-sépticos disponíveis, o seu papel, os efeitos, as posologias indicadas e as condições de aplicação, numa preocupação de «luta permanente contra a invasão dos micróbios». Discutiu e incentivou a anti-sepsia do parteiro: «infringir, no estado actual da ciência, as regras da anti-sepsia é um verdadeiro crime», defendendo a especialização médica na obstetrícia, como forma de evitar contágios e agentes de transmissão; abordou a necessidade de anti-sepsia sobre «arsenal obstétrico», ou seja, sobre o instrumental de intervenção (ferros, agulhas, irrigadores) e de apoio (recipientes, esponjas, tesouras), colocando-o em água a ferver ou passando-o pela chama do álcool e mergulhando-o a seguir numa solução anti-séptica, não iludindo a ironia dos colegas que falavam sibilamente destes actos como de «cerimónias de culto»⁴⁷.

O título da segunda parte é «Da higiene durante a gravidez». Maria Pais Moreira, que, de passagem, condenava o aborto artificial por razões morais e higiénicas, fazia o elogio da mulher que assumia a maternidade, mas responsabilizava-a no sentido de empregar todos os esforços para não comprometer a sua gravidez. Recomendava cuidados praticamente durante toda a gestação, de forma a evitar problemas, o que, em várias situações, só seria possível com observações

⁴⁷ MOREIRA, 1892: 21-70.

atempadas. Para isso, aconselhava o acompanhamento clínico, insistindo numa falta de hábito das mulheres portuguesas: «a mulher, que tenha uma pessoa instruída para a aconselhar durante a prenhez e assistir-lhe ao parto e que a examine durante os últimos meses da gravidez, pode, por este facto, pôr-se em condições tão boas quanto possível para prevenir terríveis complicações. Certamente a mulher não poderá evitar muitas das complicações: mas o parteiro, tendo conhecimento d'ellas, pode mais facilmente preveni-las». Para o desenvolvimento de uma gravidez saudável, desfiava depois uma série de regras para a higiene corporal da mulher grávida, desde a limpeza dos seios, ao vestuário, aos banhos, alertando para patologias paralelas à gravidez, para os efeitos nefastos de viagens, de alguns tratamentos médicos ou de intervenções cirúrgicas⁴⁸.

A terceira parte, finalmente, trata da higiene do parto⁴⁹. Apresenta as condições desejáveis quanto a instalações (quarto, cama, iluminação, etc.) e os vários preparativos de higienização com elas relacionadas. Indica minuciosamente as várias operações a desenvolver à medida que surgem as várias fases do parto: dilatação, expulsão, recepção do recém-nascido, dequitação, o «sobreparto». Por fim, diga-se que é uma das poucas teses que apresenta uma listagem bibliográfica, com cerca de 30 títulos, entre livros e publicações periódicas, sobre a qual se apoiou para prescrever as suas medidas de higiene que constituem uma verdadeira fórmula de *educação para a saúde*, para usarmos a terminologia actual.

Importa, ainda, citar os aparelhos e medicamentos considerados indispensáveis para uma intervenção eficaz por Maria Pais Moreira, constituindo aquilo que ela achava dever constituir o «arsenal obstétrico» de todo a parteira ou parteiro e compará-la com uma listagem atrás apresentada como necessária pela autoridade administrativa para a obtenção do alvará de parteira. Essa comparação fornece-nos a distância tecnológica entre a parteira dos anos de 1860 e o seu estreito campo de manobra técnica, quase nulo face à mínima complicação, e o já considerável arsenal de que dispunha na década de 90 um médico-parteiro, revelador do salto tecnológico-científico então verificado, bem como da credibilidade profissional daí retirada. Assim, os objectos que, segundo Maria Pais Moreira, «mais precisos que têm de servir ou estar de prevenção» são:

- 1) Um estetoscópio obstétrico para auscultação dos ruídos fetais;
- 2) Uma seringa para esvaziamento do recto;
- 3) Algodão anti-séptico;
- 4) Irrigador e cânulas vaginais e uterinas;
- 6) Uma sonda de metal ou de caoutchouc para o esvaziamento da bexiga;
- 7) Um bisturi botonado para incisões vulvares;
- 8) Um bisturi de ponta;
- 9) Fios e tesoura para a ligadura e corte do cordão umbilical;
- 10) Um insuflador para respiração artificial, em caso de morte aparente do feto;
- 11) Um esponja para limpar a pele do recém-nascido;
- 12) Pinças hemostáticas e fios para socorrer a hemorragias genitais;
- 13) Pinças de ramos cruzados, de pressão contínua, ou colchetes unitivos para o caso de ruptura incompleta do períneo;

⁴⁸ MOREIRA, 1892: 73 -151.

⁴⁹ MOREIRA, 1892:153 -189.

- 14) Agulhas e fios para o caso de ruptura completa do períneo;
- 15) Gaze anti-séptica para o tampão vaginal ou intra-uterino, curativos, etc.
- 16) Atadura para sustentar o tampão vaginal;
- 17) Atadura para ligar o ventre da mulher depois do parto;
- 18) Ataduras para a compressão dos membros inferiores ou superiores (transfusões, hemorragias);
- 19) Seringa hipodérmica.

Além dos instrumentos, deveriam então existir os seguintes medicamentos:

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

A listagem impressiona em si mesma, pela panóplia de materiais de que o médico-parteiro se deveria munir e aprender a usar, mas a maioria desses instrumentos ou fármacos estavam vedados ao uso da parteira. Novos equipamentos e novas atitudes no campo da assepsia e anti-sepsia era o que agora se exigia, como via para se ultrapassarem as fórmulas primitivas que tinham o condão de transformar muitos partos normais em situações patológicas e trágicas. Neste contexto de modernidade médica, a tradicional função de parteira surge cada vez mais isolada, não dispondo já de respostas para muitas das solicitações levantadas por mulheres em situação de maternidade, surgindo como uma solução pobre e de recurso para quem não tinha acesso a outros protagonistas das artes médicas, mais ao serviço das elites. Com o desfiar do século XX chegava um novo tempo para mais uma reconfiguração dos saberes da parteira e, logicamente, da sua formação, no jogo de novos posicionamentos dos poderes sanitários.

Considerações finais

Pelos meados do século XVIII, os «saberes segundo o costume» de parteiras, cirurgiões e demais artes de curar, na medida em que não realizavam os objectivos da biopolítica, foram considerados obsoletos pela irrupção de uma nova forma de olhar a realidade, de uma ciência moderna, que trazia consigo um novo discurso, ou seja, uma capacidade de enunciar novas representações e de (re)construir o real. Cartesiana e experimentalista, esta nova ciência reconfigurou a medicina, deu-lhe outra capacidade de intervenção, obrigou-a a centrar-se exclusivamente sobre o corpo e a apreender a sua realidade física e química, agilizou a relação medicina-cirurgia, conferiu novos contornos ao sistema sanitário e à preparação dos seus agentes. Uma das valências que experimentou um grande desenvolvimento, na conjugação de diversas descobertas e aproveitamentos de outras áreas científicas, foi precisamente a obstetrícia.

Mas foi só com o século XIX, em 1836, que, em Portugal, se operacionalizaram soluções que, em países estrangeiros (caso da França) já vinham do século XVIII. As novas parteiras faziam cursos de partos, como saber inicial, sob forma escolar, com componente teórica na

Escola e componente prática na enfermaria hospitalar. Estes cursos menores, organizados pela Universidade e Escolas médicas como cursos anexos, só ganharam frequência significativa na segunda metade do século XIX, quando as descobertas médicas permitiram consolidar o saber obstétrico e ganharam evidência, técnicas e procedimentos que, efectivamente, ajudaram a diminuir drasticamente a mortalidade materna e neo-natal. Tais cursos, pontualmente ajustados, introduziriam as jovens candidatas a parteiras na nova cultura obstétrica, mantendo embora todo o tipo de limitações que vinham de antigamente. Para elas, como para todos os médicos, as referências a assepsia e a anti-sepsia passaram a ser palavras de ordem, um combate higienista que só por si garantia um maior número de vidas na nova forma pasteuriana de encarar a realidade na sua dimensão invisível.

Mas a nova cultura obstétrica radicava também sobre outras formas de intervenção, soluções instrumentais (novas formas de fórceps, cesariana) ou farmacológicas (anestesia, parto provocado) às quais não era permitido o alcance da parteira que, assim, ficava, cada vez mais, distante das capacidades científicas que o médico-parteiro, brevemente médico-puericultor, poderia exercer. A parteira submetia-se, assim, aos planos de paramedicalização que o poder médico desenvolveu para enquadrar todas as outras actividades que se desenrolavam no campo da saúde.

Bibliografia e Fontes:

- “A Medicina Moderna”, 1920, nº 317, Maio.
A Anatomia e a Cirurgia no Porto em 1825. “Gazeta Médica do Porto”, nº 195 (15.2.1850), p. 22-24.
 AMORIM, António Augusto Leite Pereira, 1870 - *Aborto Provocado sob o Ponto de Vista da Obstetria e da Religião*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Ano lectivo 1907-1908, Porto, 1909.
 Arquivo Distrital do Porto, Fundo do Governo Civil - *Livro de alvarás, nº 22*.
Arquivos de História da Medicina, Vol. III, 1888-89.
Associação de Classe dos Médicos do Norte de Portugal, “Gazeta dos Hospitais do Porto”, 1910, p. 29-30.
 CARVALHO, A. Silva, 1929 - “*História da Operação Cesareana em Portugal*”, Lisboa: separata de “A Medicina Contemporânea”.
 CASTIGLIONI, Arturo, 1947 - *História da Medicina*. São Paulo: C. Editora Nacional.
Código Penal, 1851, Lisboa, Imprensa Nacional.
 COSTA-SACADURA, S. C. da, 1947 - *No Centenário da Anestesia pelo Éter (1846-1946)*, Lisboa.
 FRANCO, Justiniano de Mello, 1827 - *Memoria sobre a Descrição, e Vantagens de uma Cadeira Obstetricia da Invenção do Professor Stein, depois Reformada, e Emendada Principalmente pelo Professor Osiancier*, “História e Memórias da Academia Real das Sciencias”, Tomo IV, Lisboa, p. 22-39.
 FREIDSON, Eliot, 1978 - *La Profesión Médica*, Barcelona, Ediciones Península.
 FRIAS, Manuel Morais, 1911 - Um Caso de Operação Cesareana sob Raquianestesia. “Gazeta dos Hospitais do Porto”, p. 195.
 FRIAS, Moraes, 1912 - Sobre Rachianestesia em Obstetria. “Gazeta dos Hospitais do Porto”, p. 115 - 124 e 135 -138.
Gazeta Médica de Lisboa. Tomo V (1857), p. 328.
Gazeta Médica do Porto, 1848, p. 80-81.
 GOMES, Gerarda, 1955 - *As Parteiras na Literatura e na Arte*, Lisboa, separata de *Revista de Enfermagem*, nºs 6-7.

- GONÇALVES, José António, 1867 - *Retroversão do Útero Durante a Prenhez*. Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- GUIMARÃES, Narciso da Silva, 1894 - *Algumas Palavras Sobre o Tratamento da Septicemia Puerperal pela Raspagem do Útero*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- Junta Geral do Distrito do Porto, 1866 - *Novas Providências e Documentos acerca dos Expostos Mandados Publicar por esta Junta na Sessão Annual de 1866 e Colligidos pelo Dr. José Fructuoso Ayres de Gouveia Osório*, Porto.
- KITZINGER, Sheila, 1978 - *Mães - Um Estudo Antropológico da Maternidade*, Lisboa, Presença.
- LEBRUN, François, 1995 - *Se Soigner Autrefois. Médecins, Saints et Sorciers aux XVIIe et XVIIIe Siècles*, Paris, Éditions du Seuil.
- LIMA, J. A. Pires de, 1914 - *A Operação Cesariana em Portugal antes do século XIX*. "Arquivos de História da Medicina Portuguesa", p. 184 -195.
- MAGALHÃES, Francisco Bento Alexandre de Figueiredo, 1864 - *Breves Considerações sobre a Febre Puerperal Destinadas a Provar que Ela não é Essencial*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- MEDEIROS, Pedro Celestino Goulart, 1895 - *Breves Apontamentos sobre Assepsia e Antisepsia em Obstetrica*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- MENDES, A. Maia, 1896 - *As Parteiras do Porto*. "A Medicina Moderna", Vol. II, p. 3.
- MENDES, A. Maia, 1907 - "Protecção aos que Nascem." "Gazeta dos Hospitais do Porto", p. 24 -33.
- MENDES, A. Maia, 1909 - *Um Problema de Partos*. "Gazeta dos Hospitais do Porto", p. 281-284.
- MEYRA, João Monteiro de, 1908 - *O Parto Cesareo, sua Historia, sua Thecnica, seus Accidentes e Complicações, suas Indicações e Prognostico*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- MOREIRA, Maria Paes, 1892 - *Hygiene da Gravidez e do Parto*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- O Nosso Jornal*. "A Medicina Moderna", Janeiro de 1894, p.1.
- PEREIRA, Alexandre de Sousa, 1888 - *Breves Considerações Sobre Patogenia Microbiótica e Antisepsia*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- PIMENTA, António Coutinho de Araújo, 1892 - *Assepsia e Antisepsia em Cirurgia*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- REGALO, José Maria da Fonseca, 1865 - *Cesariana*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- Representação*. "A Medicina Moderna", Vol. I (1894 -1896), p.79.
- RIBEIRO, Farme, 1878 - "Da Anesthesia em Obstetricia", Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- RIBEIRO, Manuel Ferreira, 1867 - *O Aborto Cirúrgico e suas Indicações*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- SACADURA, Costa; SAAVEDRA, Alberto, 1948 - *Cadeiras Obstétricas de Portugal e Espanha*, Lisboa, s/e.
- SEARA, Aurélio Augusto Rodrigues, 1898 - *Alimentação da Criança e seus Perigos (breves considerações)*, Porto, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica.
- Sociedade União Médica*. "A Medicina Moderna", Vol. I (1894-96), p. 228.
- VIEIRA, Lopes, 1890 - *A Anestesia Local pela Cocaína*. "Coimbra Médica", p. 87.