

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**FORMAÇÃO, SOCIEDADE E IDENTIDADE PROFISSIONAL
DOS ENFERMEIROS:**

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988)

HELDER MANUEL GUERRA HENRIQUES

Coimbra

2011

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FORMAÇÃO, SOCIEDADE E IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS:

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988)

HELDER MANUEL GUERRA HENRIQUES

Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, especialidade em História da Educação, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação do **Professor Doutor António Gomes Ferreira**.

Coimbra

2011

Esta investigação foi desenvolvida com os seguintes apoios:

Instituto Politécnico de Portalegre/ Escola Superior de Educação;

Fundação Para a Ciência e Tecnologia – Programa de Apoio à Formação Avançada Para Docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC);

Aos meus Pais e Irmão...

Para a Sara e Maria Leonor...

Aos meus alunos!

Agradecimentos

A construção de um trabalho desta natureza deve implicar o reconhecimento público de todos aqueles que contribuíram para a sua concretização. Este trabalho é o resultado de um conjunto de esforços que gostaríamos de evidenciar.

Em primeiro lugar, destacamos a presença constante, ao longo da construção deste trabalho, do nosso orientador **professor doutor António Gomes Ferreira**. Devemos-lhe uma orientação atenta, criteriosa, disponível e recheada de momentos intelectualmente intensos. Devemos-lhe ainda mais, porque acreditou no trabalho de um jovem que não conhecia, não obstante depressa o envolveu no interior da sua imensa sabedoria e experiência. O professor doutor António Gomes Ferreira constitui uma referência intelectual e humana e um exemplo para nós. Assim, os limites deste trabalho não são da responsabilidade do nosso orientador, constituem, na verdade, limites do próprio autor.

Em segundo lugar, devemos o nosso reconhecimento ao Professor Dr. Carlos Maia, actual presidente do Instituto Politécnico de Castelo Branco, que autorizou a consulta dos arquivos da actual Escola Superior de Saúde, herdeira da antiga Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Aos funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco também é devida uma palavra de agradecimento. Destacamos o papel central da chefe da secretaria D. Elsa Venâncio.

Em terceiro lugar, este trabalho não seria possível sem o apoio do Instituto Politécnico de Portalegre. Em articulação com a Fundação Para a Ciência e Tecnologia (F.C.T.) foi aprovado o projecto de doutoramento, permitindo a integração no Programa de Apoio à Formação Avançada de Docentes do Ensino Superior Politécnico (**SFRH/PROTEC/49219/2008**). Devemos o reconhecimento à F.C.T. pelo apoio permitido ao projecto apresentado. Na Escola Superior de Educação de Portalegre gostaríamos de lembrar os colegas de área científica pelo interesse que sempre manifestaram em relação a este estudo. Do mesmo modo, reconhecemos as palavras de incentivo do professor dr. Albano Silva, do professor doutor Luís Miguel Cardoso, da professora doutora Isabel da Silva Ferreira, do professor doutor Domingo Bucho, do professor doutor Avelino Bento, entre outros colegas que se interessaram. Também queremos lembrar o importante papel

das funcionárias (e funcionário) do Centro Documental da Escola Superior de Educação de Portalegre e o incentivo constante da actual Secretária da instituição dr. Maria José Quarenta. Também os nossos alunos fazem parte do imaginário desta tese.

Em quarto lugar, devemos uma palavra de agradecimento a todos os enfermeiros/as entrevistados/as por nós. A sua forma de estar, as suas memórias e a disponibilidade de todos constituíram um importante contributo para a construção deste estudo: Enfermeiros Ismael Martins, Maria Augusta Magalhães, Maria Alice Barata Garcia, António Gil Luzio e José Manuel Preto Ribeiro.

Em quinto lugar, agradecemos aos funcionários do Centro de Informação e Documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses pelo material disponibilizado. Outro agradecimento é devido ao Pedro Barata e à Estela Guerra que por várias vezes trouxeram elementos bibliográficos, de diferentes bibliotecas do país, até nós.

Ao Roberto Vinagre, amigo de longa data, sempre atento e presente em todos os momentos da nossa vida pessoal e profissional.

Em sexto lugar, propositadamente no final, devemos um enorme reconhecimento aos nossos pais e irmão que ajudaram a suportar alguns momentos de maior pressão. À nossa avó que nos aconselha a “não matar tanto a cabeça”. A toda a nossa família, sem excepção, são devidos todos os reconhecimentos. Porém, num lugar destacado encontram-se a **Sara**, minha mulher, e a **Maria Leonor**, minha filha. Foram elas que mais sofreram com a construção deste trabalho. No entanto, também foram elas que mais nos apoiaram nos momentos mais difíceis da sua execução. A sua compreensão, dedicação, alegria e amor foram, certamente, os maiores pilares deste projecto que agora se concretiza. Esta tese é toda ela dedicada à minha mulher e à minha filha, motivos da minha inspiração.

Índice Geral

Dedicatória.....	I
Agradecimentos	II
Índice Geral	IV
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Lista de Figuras	XVI
Lista de Tabelas/Quadros	XVII
Lista de Representações Gráficas	XVIII
Lista de Abreviaturas.....	XX

INTRODUÇÃO GERAL	21
-------------------------------	-----------

Capítulo I – Profissões, Estado e Identidades: um universo em análise

Introdução	37
1.1. Profissão, profissionalização e identidades: um universo em análise	41
1.1.1. A problemática das profissões.....	43
1.1.2. Profissão e Ocupação.....	44
1.1.3. O modelo funcionalista.....	46
1.1.4. A alternativa interaccionista	51
1.1.5. Os críticos e a reabilitação das profissões	57
1.1.6. O paradigma do poder: Johnson, Freidson e Larson	61
1.1.7. O sistema das profissões: Andrew Abbott.....	72
1.2. O Estado e as profissões	81
1.2.1. O Estado-Providência e as profissões.....	84
1.3. O Saber como recurso profissional.....	90

1.4. O conceito de Identidade Profissional	95
1.4.1. O género, o patriarcado e as profissões	99
1.4.2. Da prevalência do controlo médico sobre o acto da enfermagem: uma perspectiva	106
2. Um modelo de análise para a construção identitária da enfermagem em Portugal ..	112
2.1. Da abordagem teórico-metodológica à construção do modelo de análise.....	112
2.1.1. Três dimensões e dois campos de acção.....	118
2.1.2. Quatro eixos de análise.....	128
2.1.2.1. O credencialismo	128
2.1.2.2. O conhecimento	132
2.1.2.3. As normas e Valores.....	135
2.1.2.4. A emergência de uma jurisdição profissional.....	137
Considerações Finais	140

Capítulo II – O credencialismo em enfermagem

Introdução	142
1. O primeiro olhar: retrato de um percurso (1881 – 1988)	144
1.1. Aprender a cuidar: as primeiras experiências portuguesas (final do século XIX) .	149
1.1.1. A primeira escola oficial de enfermagem (1901): retrato de um percurso	152
1.1.2. A enfermagem: da década de 20 ao começo dos anos 40 (séc. XX)	156
1.1.3. Aprender a cuidar no Estado Novo: décadas de 40 a 70	161
1.1.3.1. A lógica discursiva do Estado Novo: um olhar pela legislação	166
1.1.4. Aprender a cuidar: as escolas e políticas de enfermagem no Portugal Democrático (1974-1988)	179
2. O recrutamento das/os alunas/os de enfermagem	184
2.1. A admissão às escolas de enfermagem na 1ª metade do século XX: linhas gerais	185
2.2. A admissão às escolas de enfermagem na 2ª metade do século XX	190
2.2.1. As habilitações literárias.....	191
2.2.2. As qualidades físicas: as fichas clínicas	196
2.2.2.1. Inquirir a “alma”: o desvio moral no Estado Novo	204

2.2.3. Dos exames de aptidão aos “exames nacionais”	207
3. O perfil das/os alunas/os da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1988)	217
3.1. O curso de Auxiliares de Enfermagem (1948-1974).....	218
3.1.1. A evolução geral do curso de Auxiliares de Enfermagem (1948-1974)	219
3.1.1.1. O género	222
3.1.1.2. As idades	226
3.1.1.3. A proveniência geográfica.....	230
3.1.1.3.1. A distribuição geográfica das/os alunas/os: o distrito de Castelo Branco	232
3.2. O curso de Enfermagem (Geral): 1948/49 – 1988/89	234
3.2.1. O número e a evolução (1948-1988)	235
3.2.2. O género	239
3.2.3. As idades	244
3.2.4. A proveniência geográfica.....	248
3.2.4.1. O caso do distrito de Castelo Branco.....	250
3.2.5. A origem social: o perfil profissional dos pais	251
3.2.5.1. A actividade profissional do núcleo familiar por sector económico	253
3.2.5.1.1. Os grupos de recrutamento social por actividade profissional	259
Considerações Finais	262

Capítulo III – A construção de um conhecimento profissional na formação inicial dos enfermeiros

Introdução	270
1. O ensino da enfermagem: de monitor ao enfermeiro-professor (o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco: 1948-1988)	273
2. Os currículos: Sécs. XIX e XX.....	287
2.1. A primeira metade do século XX: retrato de um percurso	289

2.2. A evolução dos planos de estudo na segunda metade do século XX: Objectivos gerais.....	294
3. A construção de um Saber Multidisciplinar (de fronteira): os cuidados de enfermagem	318
3.1. Uma abordagem curricular de natureza médica e moral até à década de 70 (Séc. XX).....	319
3.1.1. As disciplinas de natureza médica.....	319
3.1.2. Uma abordagem pela via moral.....	323
3.2. O contributo de novos saberes na definição da enfermagem: décadas de 70 e 80.....	330
3.2.1. A aproximação às Ciências Comportamentais: a Psicologia	330
3.2.2. A relação com as Ciências Sociais e Humanas: a Sociologia, a Antropologia e Pedagogia	338
3.2.3. A produção do Saber em enfermagem: a investigação.....	343
4. O conhecimento e a prática clínica.....	349
4.1. Um breve percurso pela primeira metade do século XX.....	349
4.2. A articulação da teoria/prática nos planos de estudo: décadas de 50 a 80	352
Considerações finais	370

Capítulo IV – As Normas e os Valores: entre a escola e a profissão

Introdução	375
1. A organização e gestão das escolas de enfermagem (1881-1988)	378
1.1. As estruturas administrativas e de gestão das escolas na primeira metade do século XX	378
1.2. A gestão e administração das escolas de enfermagem no Estado Novo (até 1970): o Director e o Conselho Escolar	380
1.2.1. Os alunos, a disciplina e os regulamentos (até à década de 1970).....	385
1.2.2. O Lar de Alunas Enfermeiras: um dispositivo disciplinador	389
1.2.2.1. O Lar de Alunas Enfermeiras de Castelo Branco.....	392

1.3. As alterações organizacionais na primeira metade da década de 70	401
1.4. As normas de funcionamento das escolas de enfermagem no Portugal Democrático: aspectos introdutórios	404
1.4.1. A Assembleia-Geral da Escola e a Assembleia de Sector	409
1.4.2. A Comissão de Gestão e o Conselho Pedagógico Científico	412
2. A concepção moral da enfermagem: uma política de espírito (até meados da década de 60)	418
2.1. A construção política de um perfil virtuoso: a enfermeira	419
2.2. A disciplina	422
2.3. A obediência	427
2.4. A dedicação ao bem comum: o problema do casamento	430
2.5. A bondade e a coragem	436
2.6. A paciência, o entusiasmo e a alegria	439
2.7. A verdade, a lealdade e a dignidade	441
2.8. O silêncio, a discrição e as boas maneiras	443
3. A concepção técnico-científica da enfermagem: valores profissionais (décadas de 70 e 80)	445
3.1. A dignidade profissional: as relações humanas	448
3.2. A humanização da relação enfermeiro/a-doente: conhecer o paciente	451
3.3. O valor do conhecimento. A actualização permanente	456
3.4. A igualdade profissional: o espírito de equipa	461
3.5. A qualidade de vida e o bem-estar da pessoa humana	464
Considerações finais	467

Capítulo V – A emergência de um grupo: a construção de uma jurisdição profissional

Introdução	472
-------------------------	-----

1. A emergência e consolidação de um grupo socioprofissional.....	476
1.1. A acção sindical das/os enfermeiras/os no Estado Novo	476
1.1.1. Os periódicos de enfermagem: o exemplo da <i>Revista de Enfermagem</i> (1953-1973) – objectivos da publicação.....	481
1.1.1.1. O combate ao exercício ilegal de enfermagem	487
1.1.1.2. A dignidade profissional: problemas, desafios e o apelo à união.....	493
1.1.1.2.1. O uniforme como elemento de respeitabilidade.....	497
1.1.1.3. Os cursos, as jornadas e as <i>Semanas da Enfermagem</i> : exemplos	500
1.2. A acção sindical no Portugal Democrático: o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.....	505
2. A enfermagem e o Estado: as carreiras de enfermagem (Hospitalar e de Saúde Pública).....	509
3. Os Congressos Nacionais de Enfermagem (1973,1981, 1985): três momentos de definição	521
4. Um Saber de experiência feito: a integração no Sistema Educativo Nacional/ Ensino Superior (1986/88).....	535
Considerações Finais	541
CONCLUSÃO GERAL	545

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Fontes	557
Arquivo.....	557
Legislação.....	564
Imprensa	567
Fontes Orais.....	574
Bibliografia.....	575

ANEXOS (CD)

1. Base de dados (com as características dos alunos/as)	1
2. Estatuto da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948)/ Regulamento da EECB (1952)	2
3. Caderneta de Estágio do curso de Enfermagem Geral (exemplo).....	3
4. Inquéritos familiares do final da década de 40 (aplicados na EECB)	4
5. Memória descritiva do Lar de Alunas de Enfermeiras de Castelo Branco/ Projecto de adaptação de um antigo edifício à EECB (final da década de 50)	5
6. Características gerais do plano de estudos do curso de Enfermagem Geral	6
7. Imagens de alunos e professores da EECB	7
8. Entrevistas a Enfermeiros/as (antigos professores e alunas/os da EECB)	8
9. Material Sindical (algumas comunicações manuscritas e dactilografadas apresentadas nos <i>Congressos Nacionais de Enfermagem</i> e proveniência geográfica/lista de participantes nos congressos)	9

Resumo

O objectivo principal deste estudo é interpretar o processo de construção da identidade profissional dos enfermeiros portugueses ao longo do século XX, com destaque para a segunda metade da centúria. Serviu de suporte ao nosso trabalho o percurso histórico da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988). Nesta pesquisa as instituições escolares ocupam um lugar central. Assumem-se como lugares mandatados para a acreditação da enfermagem, de socialização profissional e de construção de conhecimentos exclusivos. A partir da arena escolar construiu-se um determinado domínio e identidade profissionais deste grupo.

Do ponto de vista metodológico, partimos de uma revisão bibliográfica relacionada com a Sociologia e a História das profissões, articuladas com um conhecimento da literatura produzida em Portugal sobre a enfermagem, numa perspectiva sóciohistórica. Esta abordagem orientou a nossa pesquisa. As fontes utilizadas caracterizam-se essencialmente por fontes de arquivo, periódicos regionais e locais, imprensa especializada, legislação, iconografia e fontes orais. Da articulação entre a dimensão teórica, de revisão bibliográfica, e do contacto com o material empírico construiu-se um modelo de análise singular que permitiu formular uma abordagem sóciohistórica e diacrónica sobre a identidade do grupo em análise.

Este modelo de análise teórico é caracterizado por três dimensões, dois campos de acção e quatro eixos de análise. As dimensões que assumimos como elementos centrais constituem os planos onde se desenvolve toda a dinâmica de construção identitária. Referimo-nos às dimensões Estatal, Científica e Social. Os campos de acção encontram-se no interior das lógicas dimensionais e são influenciados por estas dimensões. A formação e o campo de acção profissional apresentam-se como processos dinâmicos e permeáveis mutuamente, contribuindo para a produção de identidades profissionais. Por fim, quatro eixos de análise que permitem, através do material empírico e bibliográfico, objectivar o nosso modelo de análise. Estes quatro eixos são elementos transversais às dimensões e campos de acção. São eles o credencialismo, o conhecimento, as normas e valores e a emergência de uma jurisdição socioprofissional. Através do conjunto de fontes documentais e orais recolhidas e analisadas, estes eixos procuram demonstrar concretamente a pertinência do nosso modelo de análise na interpretação da construção identitária do grupo dos enfermeiros em Portugal.

Em suma, verificou-se que o processo de construção da identidade profissional dos enfermeiros portugueses resultou de diálogos, tensões e conflitos permanentes entre diferentes elementos e no interior de regimes políticos com características diferentes. Ao longo do século XX existiram vários momentos marcantes e decisivos que permitiram o reconhecimento social do grupo dos enfermeiros e a construção de uma identidade socioprofissional reforçada.

Abstract

The main goal of this study is to analyze the construction process of the professional identity of the Portuguese nurses in the 20th century, especially in the second half of the century. The historical background of the Escola de Enfermagem de Castelo Branco/ Dr. Lopes Dias (1948-1988) was our work base. The school institutions have a central role in this research. They are considered not only as authorized institutions for accreditation of nursing but also as a place of professional sociabilization and unique knowledge production. From the school arena it was defined a certain professional domain and identity for this group.

From the methodological point of view, we started with a literature review related to the Sociology and History of Professions. This study was articulated with the Portuguese literature about nursing in a socio-historical perspective. This approach guided our research. The main sources used were archives, regional and local papers, specialized press, legislation, iconography and oral testimonies. From the articulation between the theoretical dimension (literature review) and the empirical materials we have constructed a unique model of analysis that allowed us to formulate a socio-historical and diachronic approach to the identity of the study group.

This theoretical model of analysis has three dimensions, two fields of action and four axes of analysis. The dimensions that we assumed as central elements are the plans where the identity construction dynamics is developed. We are referring to the State, Scientific and Social dimensions. The fields of action are within the dimensional logics and are influenced by those dimensions. Training and the professional field of action present themselves as dynamic and mutually permeable processes, contributing to the production of professional identities. Finally the four axes of analysis which allow us, through the empirical and bibliographical material, to materialize our model of analysis. These four axes are transversal to the dimensions and fields of action. These are the credentialism, the knowledge, the standards and values and the importance of a socio-professional jurisdiction. These axes try to demonstrate, through the documental sources and the oral testimonies, the importance of our model of analysis applied to the interpretation of the identity construction of the nurses in Portugal.

We verified that the process of construction of the professional identity of the Portuguese nurses resulted from the dialogues, tensions and permanent conflicts

between the different elements and inside of political regimes with different characteristics. During the 20th century, it were found several important moments that allowed the social recognition of the nursing group and the construction of a strengthen socio-professional identity.

Lista de Figuras

	Pp.
Ilustração 1. Princípios base das profissões, segundo Eliot Freidson	65
Ilustração 2. O modelo de análise interpretativo do grupo profissional das/os enfermeiras/os ao longo do século XX	118
Ilustração 3. Ficha clínica nº 1 da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948)	199
Ilustração 4. Ficha clínica (em cima frente; em baixo verso) de uma aluna que entrou na Escola de enfermagem em 1970	200
Ilustração 5. Ficha clínica da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1986)	202
Ilustração 6. Circular proveniente do Ministério da Saúde e Assistência sobre as datas dos exames de aptidão a realizar no início do ano lectivo de 1961/1962.....	212
Ilustração 7. Capa de caderneta de Estágio Final utilizada na Escola de Enfermagem de Castelo Branco nos cursos de auxiliares e de enfermagem geral	355
Ilustração 8. Professores e alunas/os do curso de enfermagem de Castelo Branco no ano de 1954	387
Ilustração 9. Projecto de adaptação da fachada principal da Escola de Enfermagem de Castelo Branco	394
Ilustração 10. A localização da Escola de Enfermagem de Castelo Branco	396
Ilustração 11. A planta do 3º piso da Escola de Enfermagem. Espaço projectado para o Lar de Alunas Enfermeiras que não chegou a ser construído	400
Ilustração 12. Capa da revista de enfermagem “Servir” em 1978 com alusão à importância da vida humana	467

Lista de Tabelas/Quadros

	Pp.
Tabela 1 – Os cursos de enfermagem em 1947	170
Tabela 2 – Os cursos de enfermagem em 1952	173
Tabela 3 – Relação de escolas de enfermagem existentes em Portugal na década de 80	183
Tabela 4 – Admissão às escolas de enfermagem em 1952	192
Tabela 5 – Evolução dos requisitos habilitacionais ao curso de auxiliares e enfermagem, na segunda metade do século XX	195
Tabela 6 – A distribuição total dos alunos por média de idades	227
Tabela 7 – As médias de idades por género e por ano lectivo	229
Tabela 8 – Número total de alunos e média de idades por género (1948-1988)	244
Tabela 9 – As médias de idades dos alunos por ano lectivo (1948-1988).....	247
Tabela 10 – A distribuição dos pais pelos sectores da economia portuguesa, entre 1948 e 1988, no caso do curso de enfermagem geral da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.....	258
Tabela 11 – A evolução da carreira de enfermagem entre 1967 e 1988.....	280
Tabela 12 – Objectivos que os alunos deviam atingir no decorrer de cada ano lectivo, a partir da reforma do ensino da enfermagem de 1965	300
Tabela 13 – A organização, por grandes temas, do curso de enfermagem em 1976....	309
Tabela 14 – Objectivos teóricos que os alunos do curso de Enfermagem deviam atingir no final de cada área de aprendizagem	312
Tabela 15 – Objectivos teóricos que os alunos do curso de Enfermagem, em 1987, deviam atingir no final de cada semestre/ano	316
Tabela 16 - Organigrama com a estrutura da Escola de Enfermagem de Castelo Branco em 1976	417
Tabela 17 – Organização da carreira hospitalar de acordo com o decreto-lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971	514
Tabela 18 – Organização da carreira de enfermagem de saúde pública de acordo com o decreto-lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971	516
Tabela 19 – As carreiras de enfermagem de saúde pública e de enfermagem hospitalar com algumas alterações através do decreto nº 534 de 8 de Julho de 1976	518

Lista de Representações Gráficas

	Pp.
Gráfico 1 – Evolução do número de matriculados/diplomados no curso de Auxiliares de Enfermagem na Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1973)	220
Gráfico 2 – A distribuição total dos alunos em percentagem	223
Gráfico 3 – A distribuição <i>genderizada</i> dos alunos (1948 – 1973).....	224
Gráfico 4 – A evolução geral dos alunos matriculados no curso de auxiliares de enfermagem (1948 – 1973)	225
Gráfico 5 – A evolução das médias de idades, por ano lectivo (1948-1973)	227
Gráfico 6 – Distribuição dos alunos pelas idades em termos absolutos, entre 1948 e 1973	228
Gráfico 7 – A distribuição dos alunos por distritos (1948-1973).....	231
Gráfico 8 – Distribuição dos alunos pelo distrito de Castelo Branco	233
Gráfico 9 – A Evolução geral do número de alunos matriculados/diplomados na Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948 – 1988).....	236
Gráfico 10 – O número total de matriculados por género (1948-1988)	239
Gráfico 11 – O número de alunos por género até 1974.....	240
Gráfico 12 – A evolução dos alunos entre 1974 e 1988.....	241
Gráfico 13 – A evolução geral do número de matriculados por género (1948 – 1988)	242
Gráfico 14 – O número de alunos matriculados por género e ano lectivo no curso de enfermagem geral (1948-1988)	243
Gráfico 15 – Distribuição dos alunos pelas idades em termos absolutos, entre 1948 e 1988	245
Gráfico 16 – A evolução da média de idades dos alunos, por género, entre 1948 e 1988	246
Gráfico 17 – A proveniência geográfica dos alunos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1988).....	248
Gráfico 18 – A distribuição dos alunos de enfermagem pelo distrito de Castelo Branco	250
Gráfico 19 – Distribuição do público escolar de acordo com a actividade profissional do pai, entre 1948 e 1988.....	255

Gráfico 20 – Distribuição dos alunos de acordo com a actividade profissional ou ocupação da mãe, entre 1948 e 1988	257
Gráfico 21 - Grupos sociais de recrutamento dos alunos de enfermagem	260
Gráfico 22 – Relação teoria/prática, em horas semanais, no plano de estudos de enfermagem de 1954	354
Gráfico 23 – Relação teoria – prática do curso de enfermagem geral no seu conjunto (em semanas) (1965)	360
Gráfico 24 – Ilustração da relação teoria – prática no plano de estudos de 1976 (semanas).....	364
Gráfico 25 – Relação teoria – prática no plano de curso de 1987 (semanas).....	369

Lista de Abreviaturas

AEECB – Arquivo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

A.G.E. – Assembleia Geral de Escola.

C.E.E. – Comunidade Económica Europeia

C.I.D – S.E.P. – Centro de Informação e Documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CICIAMS - Comité International Catholique des Infirmières et Assistantes Médico-Sociales.

CAP – Capítulo.

DG. – Diário do Governo

DICOVE – Projecto de Investigação Sobre um Instrumento de **Diagnóstico e Conselho Vocacional** para Admissão ao Curso de **Enfermagem**.

D.L. – Decreto-Lei.

EECB. – Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

LAE. – Lar de Alunas Enfermeiras.

O.I.T. – Organização Internacional do Trabalho.

O.M.S. – Organização Mundial de Saúde.

Pp. – Página (s)

R.E.P.E. – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Séc. – Século.

S.N.E.P.E – Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem.

S.N.S. – Serviço Nacional de Saúde.

INTRODUÇÃO GERAL

INTRODUÇÃO

“O ser humano é em simultâneo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. É esta unidade complexa da natureza humana que está completamente desintegrada no ensino, através das disciplinas, e tornou-se impossível aprender o que significa ser humano. É necessário restaurá-la, de forma que cada um, onde quer que esteja, tome conhecimento e consciência em simultâneo da sua identidade complexa e da sua identidade comum com todos os outros humanos”.

MORIN, Edgar (2002), *Os sete saberes para a educação do futuro*, Lisboa: Instituto Piaget/Horizontes Pedagógicos, pp. 17.

Na actualidade, o problema das configurações identitárias atravessa um conjunto diversificado de áreas do Saber. As Ciências da Educação, e especialmente a História da Educação, confrontam-se muitas vezes com problemas relacionados com a identidade de indivíduos ou grupos. O conceito de identidade pode ser interpretado a partir de diversos ângulos. Nesta pesquisa surge como um elemento dinâmico, plural e multifacetado. Este conceito permite uma interpretação ampla dos públicos que pretendemos analisar. Possibilita o desenvolvimento de interpretações entre formas identitárias herdadas ou pretendidas¹ e o caminho percorrido entre ambas.

O estudo das identidades profissionais encontra substância nesta dinâmica na medida em que os grupos estabelecem relações, ou procuram a identificação, com outros grupos ou elementos com que lidam directa ou indirectamente. Muitas vezes a identidade dos grupos profissionais constrói-se em relação a outros que servem de modelo. De acordo com Claude Dubar, as identidades ganham forma porque se relacionam com aspectos de natureza social, individual, étnica ou religiosa². A partir deste processo relacional constroem-se as identidades sociais ou profissionais no interior de contextos organizacionais.

Fernando Pereira refere que existe um jogo entre o profissional, enquanto sujeito portador de desejos de identificação e de reconhecimento, e os contextos institucionais que o definem. A construção de uma identidade profissional implica trocas de informação, saberes interpessoais e reconhecimento de competências e valores entre os indivíduos que compõem o grupo. Para que se verifique este processo de construção

¹ DUBAR, Claude (1997), *A Socialização – Construção das identidades sociais e profissionais*, Porto: Porto Editora, pp. 79.

² Idem.

identitária de um modo coerente e válido é necessário que exista um “lugar” ou contexto organizacional que permita e promova esta dinâmica³.

A relação entre os actores e os contextos organizacionais é fundamental para se desenvolver um espírito de grupo e de pertença forte. As escolas surgem como as instituições onde melhor se pode promover, pelo menos numa fase inicial, esse diálogo entre “o que sou, o que quero ser e o que vou ser” depois da passagem pelos contextos formativo e organizacional. As identidades profissionais articulam-se também com movimentações sociais de indivíduos ou grupos no interior da Sociedade. Essas trajectórias assumem importância porque através delas percebemos a origem do grupo e algumas das estratégias de valorização do mesmo.

As identidades assumem-se como processos de transacção entre dimensões objectivas e subjectivas. As transacções objectivas seguem uma linha de acomodação do eu perante o outro, enquanto que as identidades subjectivas ou internas ao indivíduo são mais dinâmicas, construindo-se numa tensão permanente entre a origem identitária e a conquista de uma identidade futura⁴. Este caminho sugere um conjunto de princípios de natureza relacional que devem ser estudados não como elementos estáticos mas como elementos dinâmicos e em constante mutação de acordo com variáveis diversificadas.

Esta discussão permite-nos defender que as identidades profissionais são essencialmente biográficas e relacionais. Claude Dubar refere mesmo que a compreensão de variáveis como as representações cognitivas e afectivas, perceptíveis e operacionais, estratégicas e identitárias constituem o elemento central da construção identitária. É a partir da representação individual e subjectiva dos sujeitos que as identidades se constroem⁵.

Deste modo, quando falamos de identidades profissionais há um conjunto de características inerentes ao próprio conceito. As identidades profissionais pugnam por um sistema simbólico comum de comunicação que funciona como mecanismo de protecção, identificação e diferenciação do monopólio de conhecimentos que possui em relação aos outros grupos. Sintetizamos esta questão com a visão que David Tavares apresenta sobre este assunto. Este autor defende que as identidades profissionais são

³ PEREIRA, Fernando (2010), “Gerontólogo: Motivações e escolhas na construção de uma nova profissão” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.), *Profissão e Vocação – Ensaios sobre grupos profissionais*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, pp. 97 e 98.

⁴ SILVA, Ana Maria da Costa e (2005), *Formação e Construção de Identidades – Um estudo de caso centrado numa equipa multidisciplinar*, Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, pp. 74.

⁵ DUBAR, Claude, *Op. cit.* pp. 101.

construídas de acordo com processos de socialização, em contextos organizacionais próprios, onde as escolas ou as instituições escolares especializadas assumem uma importância particular, na medida em que constituem elementos activos na construção credenciada de um grupo profissional⁶.

As escolas assumem, deste modo, um papel de primeira ordem no que diz respeito à construção de identidades profissionais e à construção de monopólios académicos ou científicos de grupo. A monopolização de uma determinada tarefa ou actividade remete-nos para a importância da construção, consolidação ou desenvolvimento de jurisdições profissionais nas mais diversas áreas de actividade pelos diferentes grupos.

Eliot Freidson refere que a procura da autonomia técnica de uma actividade constitui a mais importante característica de um grupo. De acordo com o autor, o exercício de autoridade sobre a tarefa que se desempenha é o elemento central da constituição dos grupos profissionais. Esse domínio permite alargar constantemente a sua capacidade de influência e o poder que exerce junto das mais diversas autoridades. Do mesmo modo, o controlo absoluto de uma actividade pode evitar incursões de elementos estranhos/externos ao grupo. Para a concretização desta autonomia é necessário possuir um conhecimento especializado e credenciado⁷. Para o efeito devem criar-se instituições de credenciação. Estas instituições podem ser as escolas especializadas em determinadas áreas do conhecimento que asseguram a entrada e a escolha dos elementos que melhor correspondem ao perfil pretendido pelo grupo. Também as associações profissionais ou o próprio Estado podem fazer parte deste universo de acreditação. Como refere Maria de Lurdes Rodrigues, a combinação de credenciais e formação permite o acesso ao mercado de trabalho profissional protegido⁸.

O credencialismo deve ser entendido como um mecanismo que permite ao grupo controlar as entradas na actividade e, conseqüentemente, o acesso aos domínios da subjectividade do próprio conhecimento. Este controlo transforma os grupos em elementos com posições específicas no interior da sociedade, capazes de resolver os problemas que esta apresenta num determinado contexto. Daí a necessidade de escolher aqueles possuem um perfil mais adequado ideologicamente ao grupo de modo a auto-

⁶TAVARES, David (2007), *Escola e Identidade Profissional – O caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*, Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa, pp. 34.

⁷FREIDSON, Eliot (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalisation of formal knowledge*, Chicago: University of Chicago Press, pp. 63 e seguintes.

⁸RODRIGUES, Maria de Lurdes (1999), *Sociologia das Profissões*, 2ª ed. Oeiras: Celta editora, pp. 53.

proteger-se e a proteger os seus domínios de conhecimento que os transforma em especialistas à luz da sociedade.

O conhecimento é outro elemento que permite o desenvolvimento dos grupos ocupacionais e profissionais. Andrew Abbot refere-se ao conhecimento como o principal elemento na definição dos grupos. Este autor defende que é o conhecimento que um determinado grupo possui que permite a renovação do próprio grupo, do ponto de vista da abstracção, dado que possibilita estar constantemente a reequacionar os problemas apresentados pela sociedade e a encontrar as mais diversas soluções. Num sistema competitivo de profissões é esta característica (da abstracção) do conhecimento que permite aos grupos a defesa de eventuais incursões em relação a outros grupos. O conhecimento abstracto possibilita a construção de jurisdições profissionais, isto é domínios teórico-práticos sobre os quais os grupos exercem uma influência exclusiva que vai desde a definição de tarefas concretas ao recrutamento dos novos elementos⁹.

Os elementos que entram para o grupo devem passar por um processo de transformação a vários níveis. Destacamos a importância do conhecimento que devem aprender no interior das instituições de formação; o saber-fazer um conjunto de técnicas e de adequá-las, mais tarde, às necessidades sociais, mediante uma retribuição da própria Sociedade ou do Estado; a necessidade de dominar Saberes; e, também, devem, além do que já referimos, adquirir uma consciência de grupo, onde as normas e os valores que circulam nas instituições de credenciação podem constituir a referência do grupo do ponto de vista ético. Com efeito, as normas e os valores instituídos encontram-se envolvidos por uma dimensão ideológica de grupo que deve ser seguida pelos novos elementos. As instituições de formação desempenham um papel central também neste nível ao tentarem transmitir a melhor forma dos indivíduos, pertencentes a um colectivo, se “apresentarem” e “estarem” perante os outros. Esta dimensão ética associada aos grupos não deve ser esquecida porque influencia decisivamente o comportamento geral do grupo e a respeitabilidade Social e do Estado perante o colectivo.

A Sociedade e o Estado tornam-se, deste modo, elementos dinâmicos na constituição identitária dos próprios grupos que intervêm e se relacionam de diferentes formas consoante os contextos e a ideias que se defendem numa determinada altura. Todos estes elementos contribuem para a construção identitária de grupos profissionais.

⁹ ABBOTT, Andrew (1988), *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago/London: The University of Chicago Press.

Ao longo da segunda metade do século XX foram vários os grupos estudados em Portugal. A sociologia das profissões assumiu uma centralidade nos últimos anos, que não tinha anteriormente, e permitiu através de diferentes abordagens conceptuais oferecer alguns contributos interessantes para a compreensão dos grupos. Destacamos o grupo dos médicos¹⁰, professores¹¹, engenheiros¹², arquitectos¹³ ou economistas¹⁴. Quase todos seguindo uma linha de influência anglo-saxónica.

Porém, outros grupos têm sido remetidos para um plano secundário no que diz respeito ao estudo das configurações identitárias. O estudo que agora apresentamos vai ao encontro da construção de identidades profissionais através da articulação da escola com a formação e o trabalho, onde o credencialismo, o conhecimento, a dimensão ética e jurisdicional ganham relevo. Nesta pesquisa o grupo das/os enfermeiras/os ocupa um lugar central. O principal objectivo deste trabalho é justamente o de identificar o modo como a enfermagem construiu o seu lugar “profissional” na sociedade portuguesa ao longo do século XX.

Em enfermagem também se têm produzido alguns estudos sobre a identidade profissional das/os enfermeiras/os. Destacamos aqueles que, do nosso ponto de vista, se apresentam como uma análise sócio-histórica e se dirigem mais concretamente para as questões identitárias. O primeiro trabalho que destacamos é o estudo de Maria Isabel Soares. A autora faz uma abordagem histórica da enfermagem ao longo da primeira metade do século XX. Faz referência a um conjunto de instituições formativas que deram os primeiros contributos para a construção de uma enfermagem com maior visibilidade social¹⁵. Lucília Nunes também construiu um estudo relevante sobre algumas etapas que considerou importantes para o desenvolvimento da enfermagem enquanto actividade profissional (1881-1998). Um trabalho, que nasceu de uma dissertação de mestrado cujo arco temporal terminava na década de 50, ampliado

¹⁰ CARAPINHEIRO, Graça (2005), *Saberes e Poderes no Hospital – Uma sociologia dos serviços Hospitalares*, Porto: Edições Afrontamento/Centro de Estudos Sociais.

¹¹ NÓVOA, António (1987), *Le Temps des Professeurs – Analyse sócio-Historique de la Profession Enseignante Au Portugal (XVIII – XX Siècle)*, 2 vols., Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

¹² RODRIGUES, Maria de Lurdes (1999), *Os Engenheiros em Portugal – Profissionalização e Protagonismo*, Oeiras: Celta editora.

¹³ CABRAL, Manuel Villaverde e BORGES, Vera (2010) “«Muitos são os chamados, poucos os escolhidos»: entre a vocação e a profissão de arquitecto” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.), *Profissão e Vocação – Ensaio sobre grupos profissionais*, Lisboa: ICS, pps. 147-178.

¹⁴ GONÇALVES, Carlos Manuel (2006), *Emergência e consolidação dos Economistas em Portugal*, «Biblioteca das Ciências Sociais», Porto: Edições Afrontamento.

¹⁵ SOARES, Maria Isabel (1997), *Da Blusa de Brim à Touca Branca*, Lisboa: Educa/ Associação Portuguesa de Enfermeiros.

posteriormente pela autora onde encontramos preocupações relacionadas com o desenvolvimento profissional da enfermagem¹⁶. Com uma preocupação analítica mais voltada para a dimensão histórica da enfermagem, na segunda metade da centúria de novecentos, surge o trabalho de doutoramento de José Amendoeira¹⁷. O autor tenta construir uma “biografia” da enfermagem desde a década de 50 até aos alvares do novo milénio, apresentando e descrevendo as datas e factos mais relevantes, para o autor, relacionadas com a enfermagem enquanto profissão. Colocou a tónica nos dispositivos de formação, nomeadamente os currículos, centrando-se no interior da legislação produzida pelo Estado. Outro estudo que merece destaque nos processos de análise histórica da enfermagem é o de Lucília Escobar¹⁸. A autora centrou-se na análise identitária da profissão a partir das questões de género. Por fim, embora existam outros estudos, realçamos a pesquisa realizada por Ana Isabel Silva¹⁹ sobre uma instituição escolar de enfermagem – A Escola Dr. Ângelo da Fonseca – onde analisou especificamente o quotidiano institucional daquela escola. A autora contribui decisivamente para incluir as escolas de enfermagem, numa perspectiva monográfica, no interior do universo da História das Instituições Educativas em Portugal. Além dos estudos já referidos, não poderíamos deixar de destacar a investigação desenvolvida por Wilson Correia de Abreu. A partir de diferentes contextos, entre eles o escolar, desenvolveu um importante trabalho sobre as questões identitárias. Refere este autor sobre a problemática identitária em relação ao grupo da enfermagem que esta ganha forma através de processos e interações sociais. Defende o estudo desta interactividade social para a reconstituição das configurações identitárias. Salienta a importância do estudo dos contextos organizacionais onde os enfermeiros aprendem e os contextos onde desenvolvem as aprendizagens para o desenvolvimento profissional. Deste modo a relação entre as instituições escolares e os contextos de trabalho constituem elementos determinantes para o estudo das identidades profissionais²⁰.

A problemática sobre a constituição da enfermagem enquanto grupo profissional passa, efectivamente, por um momento transformador determinado por circunstâncias

¹⁶ NUNES, Lucília (2003), *Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência.

¹⁷ AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*, Coimbra: Formasau.

¹⁸ ESCOBAR, Lucília (2004), *O Sexo das Profissões – Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*, «Biblioteca das Ciências Sociais», Porto: edições Afrontamento.

¹⁹ SILVA, Ana Isabel (2008), *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

²⁰ ABREU, Wilson Correia de (2001), *Identidade, Formação e Trabalho – Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*, Coimbra/Lisboa: Formasau/Educa, pp. 82.

sociais, científicas e políticas. Mas também contribui para esse processo de mudança a formação que as escolas de enfermagem ministraram no seu interior procurando, através do conhecimento, legitimar o seu saber.

Um aspecto para o qual gostaríamos de chamar a atenção é para o facto de todos os autores que acabamos de referir, com excepção para Ana Isabel Silva, têm uma formação de base em enfermagem. Com efeito, o devido distanciamento do objecto de estudo é menor encontrando-se muitas preocupações relacionadas com uma determinada projecção da enfermagem no futuro, esquecendo por vezes algumas conexões possíveis que permitiam uma leitura mais ampla relacionada com o processo de emergência e consolidação da enfermagem portuguesa enquanto objecto de estudo.

Trabalhar este grupo não foi, à partida, uma tarefa fácil. De facto, porque é um grupo que se apresenta perante uma encruzilhada de actores, saberes e espaços que geram muitos conflitos e tensões que influenciam a identidade profissional do mesmo. O modo como se constroem os grupos profissionais, a forma como se organizam e relacionam com o Estado, a importância das suas associações ou sindicatos na construção de jurisdições profissionais, o conhecimento que utilizam para garantir uma determinada autonomia, a visibilidade e a respeitabilidade social e os espaços de socialização profissional, como as escolas de enfermagem, são elementos que tivemos em conta para a construção de uma compreensão sobre as configurações identitárias deste grupo. A pergunta de partida para este trabalho, que engloba todos os aspectos referidos anteriormente, foi a seguinte: como se construiu, do ponto de vista identitário, a enfermagem em Portugal ao longo do século XX, na perspectiva de uma formação de base?

Esta questão remeteu-nos imediatamente para o domínio da História e da Sociologia das Profissões. Assumindo que no interior da História da Educação poucos são os estudos que recorreram a esta área do conhecimento, com excepção do importante estudo de António Nóvoa sobre o processo de profissionalização do professorado primário português²¹, resolvemos seguir a tentação da descoberta e o desafio de entrar noutras áreas do saber com a vantagem de poder vir a utilizar instrumentos metodológicos e conceptuais que de outro modo dificilmente utilizaríamos

²¹ NÓVOA, António (1987), *Le Temps des Professeurs – Analyse Socio-Historique de la Profession enseignante au Portugal (XVIIIe-XXe siècle)*, 2Vols., Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica. Neste trabalho o autor olha para a problemática da formação, relacionada com o ensino elementar, utilizando para o efeito um quadro conceptual inspirado nas potencialidades da sociologia das profissões.

na interpretação do material empírico que analisamos. O que tentamos fazer foi uma análise às diferentes correntes sociológicas, e aos seus principais representantes, que desenvolveram contributos para o estudo das profissões ao longo da segunda metade do século XX. Desta análise destacamos principalmente a pertinência da articulação entre a abordagem interaccionista e sistémica das profissões, não esquecendo os contributos da corrente funcionalista e dos críticos das profissões. De acordo com o que referimos, os principais autores que destacamos ao longo do trabalho são Eliot Freidson, Magali Larson, Andrew Abbott, Maria de Lurdes Rodrigues, entre outros investigadores. Do ponto de vista metodológico, optamos por uma abordagem diacrónica e uma análise sócio-histórica que permite a compreensão dos grupos, o seu desenvolvimento, os avanços e recuos e ainda os contextos em que se movimentaram numa perspectiva dinâmica. A construção de um modelo de análise original resultou da conjugação dos contributos teóricos da sociologia das profissões, da literatura sobre a enfermagem, das questões identitárias e da História da educação, em articulação com o material empírico recolhido a partir de arquivos e fontes diversificadas, nomeadamente de uma instituição escolar. As principais fontes utilizadas caracterizam-se, em termos gerais, em cinco grandes grupos: 1) a legislação (século XIX e XX); 2) material de arquivo (Arquivo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco; Arquivo do Centro de Informação e Documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; Documentação das diferentes câmaras legisladoras de acordo com os regimes políticos); 3) Imprensa da especialidade (*Revista Hospitalidade; Servir; Revista de Enfermagem*); 4) Fontes Orais (entrevistas a alunos/professores e director de uma instituição escolar) 5) e, finalmente Iconografia (fotografias, plantas).

De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues a investigação histórica sobre as profissões é central. A autora é peremptória neste aspecto quando refere que o desenvolvimento das profissões só pode ser acompanhado a partir de uma análise do processo histórico, de acordo com os diferentes contextos, dado que só assim se compreendem estratégias e mecanismos particulares da emergência e consolidação dos grupos profissionais na actualidade, permitindo ao mesmo tempo explicitar o enquadramento socioeconómico e político em que toda esta dinâmica se verifica²².

A História possibilita uma compreensão ampla sobre os processos de afirmação jurisdicional dos grupos permitindo estudar as relações entre si e com outras estruturas

²² RODRIGUES, Maria de Lurdes (1999), *Os Engenheiros em Portugal – Profissionalização e Protagonismo*, Oeiras: Celta, pp. 5.

que influenciam o quotidiano e a construção identitária dos grupos profissionais. É no interior deste cenário que os aspectos formativos ganham uma enorme relevância para a interpretação dos grupos e da forma como se legitimam, a partir da institucionalização formativa dos indivíduos.

A formação, nomeadamente de natureza escolar, constitui um elemento central na organização, estruturação e afirmação de qualquer grupo profissional. Este é um caminho que possibilita a legitimação de práticas, antes fora do circuito escolar, e que, conseqüentemente, permite escolarizar ou formalizar conhecimentos informais que até aí eram pouco reconhecidos do ponto de vista social, passando a integrar o leque de opções escolares das comunidades interessadas em estudar e em movimentarem-se socialmente. Rui Canário entende a formação como um processo global, contínuo e em constante mutação, influenciando os grupos profissionais do ponto de vista identitário. O autor refere que formação e configurações identitárias estão estreitamente relacionadas. As escolas de formação inicial têm um papel relevante na construção da profissionalidade. Canário afirma que o estudo das configurações identitárias corresponde a uma análise dinâmica onde nada se pode dar por terminado e onde se articulam aspectos de natureza biográfica e organizacional (contextos profissionais)²³.

Assumindo que estamos a estudar a enfermagem enquanto grupo dinâmico, constituído por diferentes indivíduos, as escolas de enfermagem apresentam-se como um espaço privilegiado de socialização profissional e de legitimação do grupo das/os enfermeiras/os ao longo da sua História. Partindo desta premissa, a necessidade de clarificar os aspectos decorrentes da pergunta de partida fizeram sentir-se desde o primeiro momento da investigação. Isto é, o estudo da legislação sobre a enfermagem ao longo do século XX não chegava para compreender os processos de construção do grupo. A utilidade de estabelecer uma articulação entre questões abrangentes e a sua aplicabilidade do ponto de vista local era um cenário que fazia cada vez mais sentido para se compreender efectivamente os traços identitários do grupo e as estratégias seguidas para a sua valorização. Assim, a Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948) surgiu como uma forte possibilidade para responder a algumas questões importantes na definição deste grupo. Esta escola de enfermagem constituiu o exemplo de uma arena representativa de um universo onde se cruzam estratégias, actores e conhecimentos diversificados, apesar de possuir algumas singularidades próprias do

²³CANÁRIO, Rui, "Formação profissional: problemas e perspectivas de futuro". *Forum*, n.º 27, Jan-Jun, 2000, pp. 137.

meio onde se encontra instalada, que permitiram gradualmente afirmar o grupo das/os enfermeiras/os portuguesas/es. O arco temporal utilizado na abordagem que realizamos ao longo do trabalho, embora remeta para o século XX, destaca a segunda metade da centúria de novecentos (até final da década de 80), nomeadamente o período que compreende a fundação da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948) e a integração da enfermagem no Sistema Educativo Nacional/Ensino Superior (1988). Percebemos que as escolas de enfermagem assumiram uma centralidade enorme no processo de construção identitária da enfermagem que podemos caracterizar tendo em conta quatro razões.

Em primeiro lugar, as escolas assumem um papel de recrutamento dos públicos escolares que aspiram à aprendizagem no interior daquelas instituições e conseqüente futura integração no grupo da enfermagem. As instituições de formação assumem-se como elementos credencialistas do exercício da enfermagem, na medida em que para o exercício desta actividade, a partir da década de 40 do século XX, tornou-se obrigatória a posse do título académico de enfermeira/o, imposto pelo Estado, e acreditado pelas escolas de enfermagem. Este é um ponto importante que nos levou ao encontro dos públicos escolares que procuravam este tipo de formação académica e a caracterizá-los globalmente.

Em segundo lugar, a formação e o conhecimento assumem especial importância nos processos de construção identitária através dos saberes que tornam a enfermagem um domínio pluridimensional. Até à década de 70 a enfermagem assumia-se essencialmente como um saber técnico, auxiliar e dependente da medicina. A partir desse momento, com a afirmação das Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais, a lógica da formação deixa de assentar na doença e passa a centrar-se directamente no Ser Humano o que possibilitou a emergência do grupo. A prevenção, a compreensão, a relação ou a comunicação com o Ser Humano passaram a integrar o vocabulário próprio da enfermagem ganhando um novo fôlego que permitiu aumentar e fortalecer a jurisdição académica e profissional deste grupo. O conhecimento é por isso um elemento operatório da construção identitária dos grupos profissionais. Andrew Abbot refere-se à importância de possuir um sistema de conhecimentos forte de modo a afirmar o próprio grupo²⁴.

²⁴ ABBOTT. Andrew (1988), *op.cit.*

Em terceiro lugar, a formação inicial representa um momento crucial da aprendizagem para o mundo do trabalho, pois é ali que se aprendem os “modos de estar” e se adquirem as referências relativamente às normas e valores que devem ser cumpridos, servindo de guias socializadores para a actividade profissional futura.

O caso do ensino da enfermagem pode dividir-se em dois momentos: o primeiro momento, até à década de 70 do século XX; o segundo momento, inicia-se nessa mesma década e prossegue pelo regime democrático português. No primeiro momento, verificamos a existência de normas institucionais rígidas onde o aluno deveria cumprir amplamente um conjunto de regulamentos e princípios moralizadores do próprio regime político, influenciando o “modo de estar” e de aprendizagem das/os enfermeiras/os de acordo com uma lógica de disciplina e obediência, própria de uma enfermagem “tradicional”, submissa à medicina e de natureza caritativa, dificultando a construção jurídica e profissional deste grupo. Num segundo momento, a enfermagem assumiu uma nova posição decorrente da emergência de novos saberes, da influência de organizações internacionais e da organização de grandes momentos de reflexão entre as décadas de 70 e 80 do século passado, que ajudaram a produzir um novo entendimento sobre o perfil identitário daquele profissional à luz de novos princípios centrando a acção da enfermagem no Ser Humano.

Rui Canário refere que, a partir da década de 70, a valorização das dimensões ética e política conduziu a que a formação com uma matriz profissionalizante, como era o caso da enfermagem, se integrasse numa perspectiva de formação mais ampla e global da pessoa humana onde o trabalho necessitava de ser repensado e apropriado de forma diferente pela humanidade²⁵. Foi a unicidade do ser humano, incluídas as dimensões ética, política, e deontológica, que passaram a ter relevância nos processos de formação escolares e no engrandecimento das jurisdições profissionais.

Em quarto lugar, a formação dirigida para o exercício concreto do trabalho permitiu a construção jurisdicional²⁶ de um domínio²⁷ próprio do grupo em análise. Esta jurisdição do grupo da enfermagem não corresponde a um domínio estático. Pelo contrário, pode ser permeável a um conjunto enorme de elementos, nomeadamente a pressões externas e internas ao grupo. É por isso que se torna importante compreender as trajectórias profissionais dos grupos, numa perspectiva diacrónica e sócio-histórica, e

²⁵ CANÁRIO, Rui (2000), *Op. cit.*, pp. 138.

²⁶Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *op.cit.*

²⁷Cf. FREIDSON, Eliot (1994), *Professionalism Reborn – Theory, Prophecy and Policy*, Cambridge: Polity Press.

as suas interdependências relacionais, pois desse modo podemos observar os grupos a agir estrategicamente no sentido de se defenderem de eventuais ataques de outros grupos ou de se reajustarem perante movimentações interiores do grupo, na medida em que estes não são blocos homogêneos mas forças mobilizadoras com objectivos comuns. No caso da enfermagem torna-se relevante compreender o papel das organizações sindicais, o papel dos grandes congressos organizados nos anos 70 e 80 e, principalmente, as relações de proximidade com os outros grupos profissionais, nomeadamente com a medicina. As relações de interdependência profissional, onde se encontra uma linha de tensão com maior ou menor relevo, permitem olhar a formação como um processo maleável que ajudou a construir identidades relacionais fortes.

Na sequência do que acabamos de referir podemos defender que a articulação entre os conceitos de identidade e formação surgem nesta pesquisa como elementos fundamentais para a compreensão do processo de construção da identidade profissional da enfermagem portuguesa devido à sua multidimensionalidade. Apresentam-se como conceitos amplos e plurais na medida em que implicam não apenas conhecimentos escolares, mas também lógicas de acção na esfera do credencialismo, da ética e da jurisdição, com avanços e recuos, onde as instituições escolares representam o princípio de um processo de construção identitária que deriva para uma formação em alternância²⁸, quer dizer entre a escola e o mundo do trabalho²⁹. Luisa d'Espiney realça esta articulação quando diz que a enfermagem sempre teve uma forte ligação ao contexto de trabalho devido ao carácter prático desta actividade³⁰.

A enfermagem só pode ser interpretada de um modo processual, dinâmico e relacional. Wilson Correia de Abreu salienta que as escolas de enfermagem transitaram de uma modelo formativo caritativo para um modelo de formação profissional e científico³¹. Com esta transição ganharam maior respeitabilidade e credibilidade da Sociedade, com a qual se encontra envolvida, bem como dos outros grupos ou, como

²⁸ cf. LAJES, Maria Alcina Almeida (1996), “Formação Académica e Formação Profissional: um Novo Modelo – a “Formação em Alternância””, in ESTRELA, Albano, CANÁRIO, Rui e FERREIRA, Júlia (Orgs.), *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*, Vol. II, pp. 77-86.

²⁹ Nos planos de estudos dos cursos de enfermagem, entre 1948-1988, podemos verificar essa lógica de alternância entre uma dimensão teórica da aprendizagem (em contexto de escola) e uma aprendizagem em situação concreta de trabalho (experiencial), onde os estágios assumem particular destaque.

³⁰ ESPINEY, Luísa d' (2003), “Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em Contexto de Trabalho”, in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 171.

cf. CANÁRIO, Rui (2005), “Ser Enfermeiro Hoje”. *Caderno CE – Caderno de Currículo e Ensino*, Vol. V, nº 8, pp. 9-24.

³¹ ABREU, Wilson Correia de (2001), *op. cit.*, pp. 49.

refere Rui Canário, “família de profissões” com as quais tem de se relacionar e das quais faz parte.

Ao colocarmos o conceito de formação no centro dos nossos interesses depressa nos apercebemos da relevância do mesmo na relação com o mundo das profissões. Assim, resolvemos utilizar os meios conceptuais da sociologia das profissões de modo a estruturar uma problemática que, do ponto de vista sócio-histórico e numa perspectiva diacrónica, pudesse objectivar o melhor possível o caminho percorrido por um grupo profissional como o das/os enfermeiras/os portuguesas/es, principalmente ao longo da segunda metade da centúria de novecentos.

O trabalho que aqui se apresenta é composto por cinco capítulos. No primeiro capítulo expõem-se os trabalhos teóricos onde ancoramos a pesquisa sobre a enfermagem em Portugal. Destaca-se principalmente a abordagem realizada sobre as diferentes correntes sociológicas que contribuíram para uma maior compreensão dos grupos e identidades profissionais. Também se faz uma abordagem a alguns estudos relacionados com a enfermagem desenvolvidos mais recentemente numa perspectiva sócio-histórica. Neste primeiro capítulo do trabalho, depois da abordagem mais teórica, construímos um modelo interpretativo original que permitiu a organização do trabalho em torno de um esquema conceptual abrangente conferindo alguma originalidade em relação aos estudos realizados até aqui sobre este objecto de estudo.

Os capítulos seguintes constituem o resultado da investigação empírica realizado ao longo do estudo cruzando-se com a abordagem teórica, referida anteriormente, com a literatura específica que tem sido produzida sobre a História da Enfermagem e das identidades profissionais em Portugal. Partindo deste pressuposto o trabalho organiza-se em torno de quatro eixos de desenvolvimento.

O primeiro eixo divide-se em três pontos. Iniciamos com uma abordagem geral sobre o desenvolvimento da enfermagem em Portugal tomando como foco as escolas e políticas de enfermagem que surgiram e foram aplicadas desde a segunda metade do século XIX até à integração no Sistema Educativo Nacional/Ensino Superior (1988). O segundo ponto caracteriza-se por uma abordagem em relação aos públicos que procuraram as escolas de enfermagem, tomando como exemplo a escola albacastrense, e as formas de recrutamento dos novos elementos a partir destas instituições de acreditação. Por fim, no terceiro ponto procurou compreender-se qual era o perfil dos elementos que frequentavam a Escola de Enfermagem de Castelo Branco quer no curso de auxiliares como no curso geral de enfermagem.

O segundo eixo de análise define-se pela tentativa de alcançar um entendimento, a partir de fontes diversificadas, sobre a construção de um conhecimento profissional em enfermagem. Para o efeito, começamos por caracterizar o corpo docente da escola albicastrense. Depois, analisamos a evolução e os desenvolvimentos curriculares ao longo do século XX nas escolas de enfermagem e em particular o caso de Castelo Branco. Posto isto, detalhamos ainda mais a análise de modo a perceber se existiram momentos de transição importantes na definição dos saberes em enfermagem. Terminamos este ponto com o estudo do impacto dos períodos de estágio e das práticas clínicas na formação dos alunos, principalmente entre as décadas de 50 e 80 da centúria de noventa.

O terceiro eixo de análise divide-se em duas partes. A primeira onde fazemos uma caracterização dos contextos organizacionais escolares a partir da legislação proposta e da sua aplicação local. A segunda onde destacamos as principais normas e valores que circulavam no interior da enfermagem na segunda metade do século XX.

Finalmente, um último eixo de análise que não visa caracterizar tanto as questões escolares e os espaços formativos mas tem como objectivo traçar um olhar geral sobre a acção associativa e sindical; as diferentes carreiras de enfermagem que foram instituídas ao longo da segunda metade do século XX (até 1988); acontecimentos científicos com grande visibilidade profissional, social e estatal; e, para terminar, uma abordagem sobre a integração da enfermagem no subsistema de ensino superior politécnico português (1988).

A articulação entre a formação e a construção de identidades profissionais constitui um núcleo de interesse que permite compreender como os indivíduos se movimentam, alcançam prestígio e reconhecimento no interior da Sociedade. Esta dissertação de doutoramento coloca as instituições escolares como elementos-chave para a compreensão de toda esta dinâmica relacional.

Em suma, esperamos poder contribuir para o alargamento do campo de visão da História da Educação e para uma maior compreensão sobre os processos de construção identitária da enfermagem enquanto grupo a partir dos processos formativos que aconteceram em contextos organizacionais como as escolas de enfermagem e em particular a Escola de Enfermagem de Castelo Branco. No interior deste movimento perpétuo esperamos contribuir para o desenvolvimento da História Contemporânea portuguesa e em particular da História da Educação.

CAPÍTULO I

Profissões, Estado e Identidades: um universo em análise

Introdução

Ao longo da segunda metade da centúria de novecentos assistimos a um processo de afirmação de um conjunto de grupos profissionais que reivindicaram direitos e privilégios em função do Saber que monopolizavam. São vários os estudos que se referem às estratégias e aos domínios do Saber que controlavam ou que pretendiam vir a controlar. Em muitos desses estudos o foco é colocado sobre os processos formativos como início de uma trajectória profissional. Por exemplo, em Portugal podemos referir-nos a alguns estudos recentes relacionados com a engenharia³², os economistas³³, os arquitectos³⁴, os professores³⁵, entre outros estudos que têm vindo a ser publicados. Há, no entanto, um conjunto de actividades profissionais que não podemos perder de vista dada a natureza desta dissertação. Estamos a referir-nos à importância que assumem os percursos das actividades profissionais relacionadas com o domínio da saúde.

De acordo com Rui Canário ao longo da segunda metade da centúria de novecentos existem três linhas de análise que ajudaram a dinamizar o campo da saúde: a primeira relacionada com a diversidade da oferta formativa (inicial e continua) a que se assistiu; a segunda, o enriquecimento das perspectivas oferecidas pelos diferentes profissionais de saúde que foram surgindo, embora por referência ao modelo médico; a terceira, onde se assume a importância da relação entre os grupos profissionais de saúde não médicos com a sua formação e a possibilidade que daí advém de afirmação identitária. Os espaços de formação assumem para este autor um contexto privilegiado para a emancipação dos grupos profissionais no domínio da saúde, especialmente os não médicos³⁶.

³² Cf. RODRIGUES, Maria de Lurdes (1999), *Os Engenheiros em Portugal – Profissionalização e Protagonismo*, Oeiras: Celta editora.

³³ Cf. GONÇALVES, Carlos Manuel (2006), *Emergência e consolidação dos Economistas em Portugal*, «Biblioteca das Ciências Sociais», Porto: Edições Afrontamento.

³⁴ Cf. CABRAL, Manuel Villaverde e BORGES, Vera (2010) “«Muitos são os chamados, poucos os escolhidos»: entre a vocação e a profissão de arquitecto” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.), *Profissão e Vocação – Ensaio sobre grupos profissionais*, Lisboa: ICS, pps. 147-178.

³⁵ Cf. RESENDE, José Manuel (2003), *O Engrandecimento de uma profissão – Os professores do ensino secundário público no Estado Novo*, «Textos universitários de Ciências Sociais e Humanas», Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação Para a Ciência e Tecnologia/MCTES.

Além deste, ver também: NÓVOA, António (1987), *Le Temps des Professeurs – Analyse sócio-Historique de la Profession Enseignante Au Portugal (XVIII – XX Siècle)*, 2 vols., Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

³⁶ Cf. CANÁRIO, Rui (1997), “Formação e mudança no campo da saúde” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*, Porto: Porto Editora, pp. 120 e seguintes.

Não obstante, o grupo profissional mais representativo na literatura é o grupo dos profissionais liberais, nomeadamente o grupo dos médicos³⁷, que se apresentam como modelo a seguir pelas outras actividades ligadas à Saúde. Este grupo constitui uma referência incontornável pois é identificado como o modelo de autonomia profissional mais desejado pelos outros grupos devido ao controlo formativo, social, individual e capacidade negocial que consegue estabelecer com as mais diversas “forças” que o envolvem através da singularidade do seu Saber, que é utilizado como forma de poder produtivo. Para Eliot Freidson a característica mais importante de uma profissão é a sua autonomia que encontra concretização no domínio dos conteúdos formativos, no desenvolvimento da prática profissional e na sua capacidade de avaliar o trabalho dos outros grupos sem colocar em causa o seu³⁸. De qualquer forma, e como teremos oportunidade de compreender adiante, e independentemente do modelo teórico (funcionalista, interaccionista, sistémico, outros) que possamos seguir, a formação e o conhecimento surgem sempre como elementos relevantes para a consolidação dos grupos, em particular, no domínio da saúde e da sociologia das profissões.

Além dos médicos existem outros grupos que foram alvo de estudo e de reflexão. Destacamos pela sua importância o estudo desenvolvido por João Rui Pita sobre o desenvolvimento, enquanto actividade profissional, do domínio farmacêutico tomando como estudo de caso o ensino de farmácia ministrado na Universidade de Coimbra³⁹. Para o autor o momento de afirmação da farmácia enquanto saber multidisciplinar aconteceu no século XIX, embora as condições estivessem a ser preparadas desde o século anterior. Aqui assumiu especial importância a “revolução” química de oitocentos associada, depois, a um conjunto de práticas médicas.

Poderíamos convocar outros grupos mais recentes que se relacionam com o domínio da saúde, como os técnicos de cardiopneumologia, radiologia, diferentes terapeutas, psicólogos clínicos, ou mesmo até o pessoal relacionado com a gerontologia. Todavia essa revisão levaria demasiado tempo e teria pouco interesse para o objecto de

³⁷ Cf. FREIDSON, Eliot (1978), *La Profesión Médica*, Barcelona: Ediciones Península.

Cf. CARAPINHEIRO, Graça (2005), *Saberes e Poderes no Hospital – Uma sociologia dos serviços Hospitalares*, Porto: Edições Afrontamento/Centro de Estudos Sociais.

Quando falamos de ensino da medicina em Portugal devemos consultar obrigatoriamente o estudo desenvolvido por F. A. Gonçalves Ferreira (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

³⁸ FREIDSON, Eliot (1978), *op.cit.*

³⁹ Cf. PITA, João Rui (1996), *Farmácia, Medicina e Saúde pública em Portugal (1772-1836)*, Coimbra: Minerva.

análise que pretendemos evidenciar no interior deste trabalho que é a enfermagem enquanto actividade profissional que se construiu no interior do domínio da saúde.

A enfermagem assume-se como uma actividade complexa cuja compreensão deve ser escrutinada com um modelo de análise que permita ampliar a compreensão até onde for possível. Neste trabalho é a formação que se destaca como elemento central para o desenvolvimento de um grupo que inicialmente resulta de um conjunto de saberes práticos e empíricos que aos poucos se vão formalizando no interior de instituições escolares, acabando por reivindicar para si a área dos cuidados de enfermagem, construindo deste modo e estrategicamente um espaço dominado, pelo menos em parte, por si enquanto grupo profissional. Dão-nos conta destes desenvolvimentos alguns estudos, embora poucos, que têm vindo a ser publicados em Portugal⁴⁰.

Em todos os estudos que acabamos de referir há uma linha comum de discussão que passa pela articulação entre a formação e a profissão. De facto, estes dois elementos são essenciais para compreendermos o modo como o grupo se legitimou, consolidou e reivindicou direitos e privilégios. A formação surge em todos os grupos profissionais como a base que suporta a sua actividade. A enfermagem não foge a esta regra.

“São precisamente as questões relacionadas com a formação e sua certificação, e o monopólio do campo de actividade que vão estar no centro de acção das associações que pretendem ver reconhecido à enfermagem o estatuto de profissão. Neste processo existe sempre o recurso à intervenção do Estado, no sentido de obter a exclusividade do exercício e a delegação de outros poderes como o controlo da formação e das condições de trabalho”⁴¹.

As escolas de enfermagem exerceram um papel relevante no processo descrito atrás de certificação dos indivíduos para o exercício da enfermagem. É por isso central o estudo destas instituições e as lógicas de formação que se encontram na base desta actividade enquanto profissão e constituição de um grupo profissional.

⁴⁰ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *Da Blusa de Brim à Touca Branca*, Lisboa: Educa/ Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Cf. ESCOBAR, Lucília (2004), *O Sexo das Profissões – Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*, «Biblioteca das Ciências Sociais», Porto: edições Afrontamento.

Cf. ABREU, Wilson Correia de (2001), *Identidade, Formação e Trabalho – Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*, Lisboa: Educa/Formasau.

Cf. NUNES, Lucília (2003), *Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência.

Cf. AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*, Coimbra: Formasau.

Cf. SILVA, Ana Isabel (2008), *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

⁴¹ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.*, pp. 106.

A possibilidade de, a partir da década de 40 do século XX, exercer enfermagem no interior da sociedade depende da averiguação de qualidades físicas, morais e aptidões literárias que permitiram a entrada numa instituição formativa e, posteriormente, da posse de um diploma que fosse reconhecido pelo Estado e pela própria Sociedade.

Wilson Correia de Abreu salienta que “as escolas de enfermagem, à medida que se foram democratizando e perdendo o sentido caritativo na formação, investiram na construção de currículos e práticas pedagógicas que veiculassem os princípios da autonomia profissional e de cientificidade, constituindo-se elas mesmas como pólos de mudança”⁴² e ganhando maior respeitabilidade e credibilidade da sociedade com a qual se encontra envolvida, bem como dos outros grupos ou, como diz Rui Canário, “família de profissões” com as quais tem de se relacionar e das quais faz parte.

Embora alguns autores considerem a enfermagem como uma “semi-profissão”⁴³ pela dificuldade em construir um domínio formal do Saber, Maria Isabel Soares defende que “é pela via da formação e sua certificação que se reclama um suporte legal, outorgado pelo Estado, que delimite e consagre a exclusividade do exercício”⁴⁴ da enfermagem. Também nós optamos por compreender os processos de construção identitária através da formação recebida nas escolas de enfermagem.

Ao colocarmos o conceito de formação no centro dos nossos interesses depressa nos apercebemos da relevância do mesmo na relação com o mundo das profissões. Assim, resolvemos utilizar os meios conceptuais da sociologia das profissões de modo a estruturar uma problemática que, do ponto de vista sócio-histórico e numa perspectiva diacrónica, pudesse objectivar o melhor possível o caminho percorrido por um grupo profissional como o das/os enfermeiras/os portuguesas/es, principalmente ao longo da segunda metade da centúria de novecentos, embora com constantes avanços e recuos. Deste modo, partimos para a fundamentação teórica desta tese de doutoramento olhando para o conceito de profissão/ocupação como elementos dinâmicos e assumindo uma breve análise sobre os diferentes modelos conceptuais que nos ajudaram a construir o nosso discurso e, no fundo, a problematizar a construção dos grupos profissionais a

⁴² ABREU, Wilson Correia de (2001), *op. cit.*, pp. 49.

⁴³ Cf. FREIDSON, Eliot (1978), *Op. Cit.*; Consultar também, ETZIONI, Amitai (1969), *The Semi-Professions and Their Organizations*, New York: The Free Press.

⁴⁴ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.*, pp. 112.

partir de uma lógica de formação socializadora, credencialista, axiológica, jurisdicional e de saberes teórico-práticos que caracterizam todo este trabalho.

1.1. Profissão, Profissionalização e Identidades: um universo em análise

A sociologia das profissões surge neste trabalho como um domínio do conhecimento que fornece um conjunto alargado de ferramentas conceptuais que permitem uma leitura diversificada sobre o processo de construção identitário, do ponto de vista sócio-histórico, da enfermagem em Portugal entre o final do século XIX e os anos 80 do século XX.

De acordo com Carlos Gonçalves “a análise sociológica das profissões e das ocupações em geral apresenta-se como um instrumento importante, por intermédio dos seus modelos analíticos e resultados de investigações empíricas, para a leitura cientificamente fundamentada das plurais recomposições sociais, económicas e culturais que atravessam o mundo do trabalho nas actuais sociedades globalizadas, em particular as da América do Norte e da Europa”⁴⁵.

António Nóvoa⁴⁶, apresentando o caso do professorado primário português, sugere também a utilização desta área do conhecimento como uma área fértil que pode permitir a construção de novos modelos de análise relacionados com diferentes grupos ocupacionais.

De facto, desde os anos trinta da centúria passada que a análise sociológica das profissões se tem vindo a aprofundar através da constituição de diferentes quadros teórico-metodológicos que contribuíram para o desenvolvimento desta área científica partindo, principalmente, dos contributos Anglo-americanos e da Europa continental.

Do conjunto destes trabalhos, encontramos elementos de contacto entre si que permitem uma categorização relativamente definida sobre os diferentes paradigmas que estruturam o campo das profissões e ocupações, sobretudo na segunda metade da centúria de noventa.

Neste sentido são vários os autores⁴⁷ que consideram a década de 70 do século XX um marco simbólico do desenvolvimento conceptual da disciplina de sociologia das

⁴⁵GONÇALVES, Carlos (2007/2008), “Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento”. *Sociologia - Revista da Faculdade de Letras*, vol. 17/18, pp. 177.

⁴⁶ NÓVOA, António (1987), *Les Temps des Professeurs*, Vol I, Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, pp. 25.

⁴⁷ Por exemplo, RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões*, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora.

profissões, na medida em que separa dois períodos diferentes: um período anterior à década de 70, influenciado pelo contributo das perspectivas funcionalistas e da alternativa interaccionista; e, um período coincidente e posterior à mesma década de 70, onde surgiram um conjunto de novos modelos de análise que caracterizam a leitura sobre as profissões e os grupos profissionais até aos dias de hoje.

De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues⁴⁸ podemos considerar que a sociologia das profissões estrutura-se no interior de quatro períodos com características próprias:

1) Um período que decorre desde a década de 30 até aos anos 60, caracterizado pelas abordagens funcionalistas, pela alternativa interaccionista e por algumas tentativas de síntese em relação aos paradigmas anteriores;

2) Outro período que se desenvolveu, principalmente, na década de 70, constituindo uma revisão crítica e simultaneamente reabilitadora, sobretudo, da concepção funcionalista das profissões;

3) O surgimento, ao longo das décadas de 70 e 80 de um conjunto de novas abordagens teórico-metodológicas onde se valorizou o “poder das profissões”; e

4) Por fim, o quarto e último período, onde se reúnem as contribuições teóricas mais recentes, nomeadamente a perspectiva sistémica e comparativa das profissões ou dos grupos profissionais⁴⁹.

De acordo com esta periodização propomos uma caracterização geral das principais correntes sociológicas que identificamos, recorrendo a um conjunto de autores que trabalharam esta matéria no interior de diferentes estudos que efectuaram.

Na sequência do que acabamos de referir abordaremos aspectos mais concretos que permitem criar uma problemática apropriada ao assunto que estamos a trabalhar e ao modelo de análise que pretendemos construir. A importância do Estado, do Saber ou até das questões de género, são elementos relevantes que devem ser discutidos a partir de uma abordagem histórico-sociológica.

⁴⁸ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 6.

⁴⁹ Entre outros, TORSTENDAHL, Rolf e BURRAGE, Michael (Orgs.) (1990), *The Formation of Professions*. Knowledge, State and Strategy, Londres: Sage.

1.1.1. A problemática das profissões

Neste trabalho pretendemos identificar os principais momentos, características, estratégias e traços definidores de uma actividade ocupacional que se tornou, gradualmente, imprescindível na sociedade actual, no sentido de clarificar o seu processo de construção identitário.

Tal como acontece com outros grupos ocupacionais não é fácil delimitar os contornos do grupo das/os enfermeiras/os. Existe até uma certa tradição em não considerar a enfermagem como uma profissão⁵⁰ na medida em que, segundo alguns autores, se construiu do ponto de vista identitário na dependência de outros saberes como a medicina⁵¹. De facto, o problema da definição da enfermagem como uma “profissão estabelecida”, tal como os médicos ou os advogados, decorre em grande parte da dificuldade da definição da sua área de intervenção do ponto de vista dos Saberes que mobiliza com autonomia. Este tem sido um debate que, pelo menos desde a década de 70, ganhou uma enorme relevância e contribuiu para a definição de caminhos que visavam, no fundo, a clarificação e reconhecimento de uma determinada identidade profissional inscrita num quadro mais alargado das questões políticas e mesmo de género.

Assim, o nosso objectivo neste ponto, é clarificar o debate que tem vindo a privilegiar-se em torno da categoria de profissão, e os diversos contributos que diferentes correntes sociológicas têm vindo a desenvolver ao longo do século XX, sobretudo na segunda metade, para, depois, construirmos o nosso próprio modelo de análise que permita compreender o processo de construção da identidade profissional da enfermagem portuguesa.

Gostaríamos que este conceito – Profissão – não fosse tomado apenas como um conjunto de características próprias associadas, por norma, às profissões estabelecidas, nomeadamente na perspectiva funcionalista⁵², na medida em que devemos ter em conta

⁵⁰ Cf. ETZIONI, Amitai (1969), *Op. Cit.*

⁵¹ Cf. FREIDSON, Eliot (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalisation of formal knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.

⁵² Nesta perspectiva uma profissão só o poderia ser se correspondesse a um determinado padrão de especialização dos serviços e a uma cultura profissional própria, assente em saberes e competências, por norma aprendidas nas academias, que permitiam distinguir as profissões das ocupações. Esta perspectiva começou a alterar-se logo com o interaccionismo que colocou o enfoque nos processos de construção das profissões e das identidades profissionais, e não nos aspectos e caminhos “naturais” apontados pelo funcionalismo, seguidor das profissões mais relevantes e clássicas da sociedade como os advogados ou os médicos.

as especificidades de cada grupo ocupacional, bem como as estratégias de desenvolvimento profissional que os grupos foram construindo de modo a reforçar-se a si mesmo. No mesmo sentido também é importante compreender os processos axiológicos que os grupos desenvolveram funcionando como uma forma de coesão e socialização profissional ou, ainda, a capacidade dialogante inter e intra grupal dos grupos.

Em suma, trata-se de procurar de uma forma dinâmica e relacional, momentos definidores desta actividade ocupacional, no sentido da *Profissão* olhando, a partir deste momento, em particular, para o desenvolvimento deste conceito no interior das várias concepções que referimos anteriormente e tomando em linha de conta os seus desenvolvimentos históricos.

1.1.2. Profissão e Ocupação

A ideia de profissão surgiu a partir da consolidação e desenvolvimento das universidades medievais. Em França, de acordo com Claude Dubar, o termo “profissão” pode dividir-se, pelo menos, em duas perspectivas “correspondentes a dois termos ingleses diferentes”⁵³. Segundo o autor, “profissão” designa simultaneamente “o conjunto dos “empregos” (em inglês: *occupations*), reconhecidos na linguagem administrativa, nomeadamente nas classificações dos recenseamentos do Estado” e, refere-se, igualmente, às profissões liberais (em inglês: *professions*), isto é *learned professions*, nomeadamente aos médicos e os advogados, como já referimos anteriormente.

No entanto, o que aparenta algum consenso complexifica-se com a emergência de um outro termo, o de “ofício” (*métier*). Todavia, tanto as “profissões” como os “ofícios” emergiram das corporações medievais. Não obstante, iniciou-se um processo de selecção e diferenciação dos elementos que tinham o direito de pertencer a uma corporação, daqueles que não possuíam esse privilégio.

As universidades vieram acentuar a diferenciação entre “ofício” e “profissão”. Os ofícios eram actividades onde se utilizava mais o trabalho braçal/manual, ao invés da profissão cujo trabalho as universidades ajudaram a caracterizar de intelectual.

⁵³ DUBAR, Claude (1997), *A Socialização – Construção das identidades sociais e profissionais*, Porto: Porto Editora, pp. 123.

“Podemos, assim, associar à oposição entre “profissões” e “ofícios” um conjunto de distinções socialmente estruturantes e classificadoras que se reproduziram através dos séculos: cabeça/mãos, intelectuais/manuais, alto/baixo, nobre/vilão, etc. Acontece ainda que “ofícios” e “profissionais” participam do mesmo “modelo” de origem: as corporações, isto é, “corpos, confrarias, e comunidades” no seio dos quais os membros “estavam unidos por laços morais e por um respeito às regulamentações pormenorizadas dos seus estatutos”, constituem “estados” reconhecidos pelo poder Real”⁵⁴.

Portanto, à medida que avançamos na História, as artes mecânicas e as artes liberais afastaram-se e, sobretudo as últimas, marcaram um território próprio, com características próprias, interesses e valores comuns constituindo uma “arena” ou uma jurisdição académico-profissional com maior ou menor permeabilidade.

Em Inglaterra ao acrescentar o termo “liberal” à ideia de profissão – profissão liberal – afirmou-se, nomeadamente a partir do século XVIII, uma forma de diferenciação de grupos ocupacionais, como os médicos e os juristas. Segundo Pamela Abbott ao aplicar este termo significava principalmente que caracterizava uma actividade que se auto-regulava livremente e/ou que tinha uma formação de elite⁵⁵.

Ao entrarmos no período contemporâneo, nomeadamente a partir do final do século XIX, as profissões passaram a constituir importantes marcos de definição da organização social moderna. Spencer, Saint-Simon, Weber, Durkheim, Beatrice e Sidney Webb, por motivos diferentes, estudaram a problemática das profissões beneficiando o desenvolvimento, não apenas de uma nova disciplina em processo de afirmação mas também as interpretações analíticas sobre os grupos profissionais e o seu papel naquele tempo, embora fosse ao longo do século XX que a sociologia das profissões, nomeadamente na segunda metade dessa centúria, ganhasse maior destaque.

A emergência de um conjunto significativo de concepções teóricas – funcionalista, interaccionista, de poder, sistémica – no interior desta área de trabalho na centúria de novecentos foi fruto de um amadurecimento da área científica, onde podemos encontrar um conjunto de modelos, já referidos, que podem servir de auxiliares à conceptualização da História Contemporânea e em particular da História da Educação.

⁵⁴ DUBAR, Claude (1997), *Op.cit.*, pp. 124.

⁵⁵ ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), “Professionals, Professionalization and the Caring Professions” in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz, *The Sociology of the caring professions*, 2ª ed., London/New York: Routledge, pp. 2.

1.1.3. O modelo funcionalista

A perspectiva funcionalista caracterizou a disciplina de sociologia das profissões entre as décadas de 30 e 60, do século XX. A principal preocupação desta corrente de pensamento era definir, em concreto, as características que um determinado grupo ocupacional deveria cumprir, obrigatoriamente, de forma a poder considerar-se uma profissão.

Keith Macdonald defende que até ao final da década de 60 a sociologia das profissões floresceu devido ao contributo funcionalista que, de acordo com o autor, assentava na ênfase que Durkheim colocava sobre as questões de ética profissional, reforçando a ideia de que da divisão dos grupos de trabalho e do próprio trabalho resultava a base moral da sociedade moderna⁵⁶.

No mesmo sentido Claude Dubar e Pierre Tripiier referem que “em França, Durkheim (1893) foi sem dúvida o primeiro sociólogo a defender uma argumentação sobre a evolução conjunta das actividades económicas e das formas de organização social que desemboca numa concepção – que alguns julgarão demasiado normativa – dos grupos profissionais”⁵⁷. Efectivamente, para Durkheim as profissões constituíam uma nova forma de organização social: o modelo organizacional das sociedades modernas.

Porém, os trabalhos de Carr-Saunders e Wilson (1933) são considerados, por muitos autores, os primeiros trabalhos de referência para a sociologia das profissões. De acordo com Carlos Gonçalves “da sua leitura destaca-se, em primeiro lugar, a definição dos atributos particulares às profissões, e não observáveis nas ocupações comuns, que lhes dão um lugar distintivo no seio da sociedade e, em segundo, a defesa do profissionalismo, na qualidade de sistema de valores (...)”⁵⁸.

Amitai Etzioni chegou mesmo a propor um conjunto de designações para as ocupações que não correspondiam a um ideal tipo profissional e natural. Surgiram noções paralelas ao conceito de profissão, como por exemplo, “semi-profissão”, “quase profissão” e “não profissão”, de modo a proceder à distinção dos profissionais face aos

⁵⁶ Cf. MACDONALD, Keith (1999), *The Sociology of the Professions*, 2ª ed., London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage, pp. 2.

⁵⁷ DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), *Sociologie des Professions*, Paris : Armand Colin, pp. 67.

⁵⁸ GONÇALVES, Carlos (2006), *Op. Cit.*, pp. 178 e 179.

grupos não organizados de acordo com um conjunto próprio de atributos, dado que no seu entender:

“A sua formação é mais curta, o seu "Status" é menos legitimado, o seu direito à comunicação privilegiada estabelecida é menor, há um corpo de conhecimento especializado mais fraco e têm menos autonomia de supervisão ou controle do que as profissões [estabelecidas]”⁵⁹.

De acordo com Carr Saunders e Wilson uma profissão seria composta por uma especialização de serviços; pela criação de associações profissionais; e pelo estabelecimento de uma formação específica, fundada sobre um corpo sistemático de teorias⁶⁰ ou saberes. O ponto central do seu pensamento corresponde ao desenvolvimento de um conhecimento de natureza teórica/intelectual/especializado que pudesse ser aplicado no quotidiano das pessoas. No fundo, defende-se uma visão utilitarista com clara influência das motivações económicas, relacionadas com o trabalho.

Por outro lado, Talcott Parsons responde a esta teoria realçando a importância dos “valores altruísticos” no cumprimento de serviços a pessoas, ao invés da tendência de natureza económica desenvolvida por Carr Saunders e Wilson, no seguimento de Durkheim. Carlos Gonçalves refere que “a par dos esquemas classificatórios, um outro elemento principal do quadro funcionalista sobressai: a concepção das profissões como instrumentos de resposta às necessidades sociais”⁶¹.

Maria de Lurdes Rodrigues, a propósito deste modelo teórico refere que “o papel dos profissionais exerce-se na relação com os clientes e é a sua reciprocidade assimétrica (conhecimento/ignorância) que permite a sua institucionalização (autoridade/confiança)”⁶². Este raciocínio resulta dos estudos levados a cabo por Parsons a áreas científicas como a medicina, transformando o conceito de profissão num equilíbrio entre o elemento que detém um conjunto de saberes e outro elemento de que necessita desses saberes, constituindo-se assim uma lógica funcional e de controlo social.

Claude Dubar salienta que o modelo de análise profissional de Parsons assenta em três dimensões específicas que passamos a citar:

⁵⁹ ETZIONI, Amitai (1969), *Op. cit.*, pp. V.

⁶⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. cit.*, pp. 8.

⁶¹ GONÇALVES, Carlos (2006), *Op. Cit.*, pp. 179.

⁶² RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 9.

- “1 – Um saber prático ou “ciência aplicada” articula uma dupla competência, a que assenta num saber teórico adquirido no decurso de uma formação longa e sancionada e a que se apoia na prática, na experiência de uma “relação agradável”;
- 2 – Uma competência especializada ou “especificidade funcional” que se apresenta como uma dupla capacidade, a que se apoia na especialização técnica da competência e que limita a autoridade do “Profissional” ao domínio legítimo da sua actividade e a que funda o seu poder social de prescrição e de diagnóstico numa “relação mais ou menos recíproca”;
- 3 – Um interesse desapegado, característica da dupla atitude do “profissional”, que une a norma de neutralidade afectiva com o valor de orientação para o outro, de interesse empático para o cliente e para a sua expectativa incondicional;”⁶³.

No fundo, o modelo *parsoniano* resulta do equilíbrio entre as necessidades do cliente e a relação, desigual, que estabelece com quem detém um determinado saber ou competência para resolver determinada necessidade. Deste modo, aprofunda-se uma relação entre os locais de formação e os públicos que os frequentam, por norma legitimados pelo Estado, que permitem controlar saberes e garantir privilégios.

Assim, para Parsons as instituições de formação académica, nomeadamente as universidades, constituem um ponto central de afirmação de grupos ocupacionais e de legitimação e institucionalização de uma determinada relação funcional entre o Saber e a própria Sociedade.

Outros autores, seguidores deste modelo, salientaram a importância da constituição de “comunidades” que partilhavam um conjunto de valores, um vocabulário comum, um “estatuto para toda a vida”, e uma formação que controlam podendo seleccionar, e afastar, os seus membros⁶⁴.

É neste sentido de natureza de grupo profissional que se constituem serviços à sociedade em troca de um conjunto de privilégios e recompensas para o próprio grupo.

“Estruturando a prática profissional de forma a que os do “interior” estão em vantagem sobre os “estranhos”, apesar de julgamentos errados que os clientes tendem a fazer sobre os profissionais. Assim, em troca de protecção contra a grande sociedade de leigos, o profissional aceita o controlo social da comunidade profissional”⁶⁵.

No entanto, para os funcionalistas, os dois eixos centrais que deveriam constituir uma profissão prendem-se com o domínio de um Saber profissional e de um ideal de serviço orientado para a comunidade.

⁶³ DUBAR, Claude (1997), *Op.cit.* pp. 129 e 130.

⁶⁴ GOODE, William (1957), “Community within a community: the profession”. *American Sociological Review*, 22 (1), pp. 198.

⁶⁵ GOODE, William, *Op. Cit.*, pp. 198.

O domínio de conhecimento próprio, especializado, com uma linguagem codificada e aplicada a problemas concretos, constituiria uma característica relevante para uma actividade ocupacional se identificar como profissão.

O ideal de serviço orientado para a comunidade tem que ver com a resposta que as profissões deviam oferecer aos problemas sociais, colocando o seu corpo de saberes especializados ao dispor da sociedade. Maria de Lurdes Rodrigues salienta que “o profissional tem o poder para decidir e impor soluções; dedica-se e sacrifica-se pela actividade; crença social de que o profissional aceita e segue essas normas; um sistema de controlo/punição e recompensas estabelecido pela própria comunidade profissional”⁶⁶.

Outros autores, como por exemplo Marc Maurice (1972), estudaram o trabalho de diferentes estudiosos, neste âmbito, de modo a tentar encontrar as principais características que apresentavam em comum os seus trabalhos clarificando, desta forma, um ideal tipo profissional. Neste caso particular, de um conjunto de oito autores que analisou, encontrou apenas três características comuns a todos eles: 1) a especialização do Saber; 2) a formação intelectual; 3) Um ideal de serviço.

De acordo com Jean-Michel Chapoulié, no início da década de 70, tornava-se clara a existência de um “tipo ideal profissional” que assentava principalmente na “competência técnica e cientificamente fundamentada; [e] na aceitação e na utilização de um código ético que regula o exercício da actividade profissional”⁶⁷. No mesmo sentido o autor reforçava a ideia e acrescentava outros elementos que ajudavam a definir o padrão que os grupos ocupacionais deveriam cumprir, nomeadamente: uma formação profissional longa em estabelecimentos especializados; um controlo técnico e ético das actividades exercidas pelo conjunto dos colegas considerados como os únicos competentes; um controlo reconhecido legalmente e organizado com o acordo das autoridades legais; uma comunidade real dos membros que partilham “identidades” e “interesses específicos”; [e, por fim] uma pertença, através dos rendimentos de prestígio e de poder, às fracções superiores das camadas médias⁶⁸.

Em suma, a perspectiva funcionalista das profissões assenta no interior de três eixos que constituem elementos definidores do conceito funcionalista de profissão: em primeiro lugar, uma profissão pressupõe um conjunto de saberes científicos

⁶⁶ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 12.

⁶⁷ CHAPOULIÉ, Jean-Michel (1973), “Sur L’Analyse sociologique des groupes professionnels”. *Revue Française de Sociologie*, pp. 92.

⁶⁸ DUBAR, Claude (1997), *Op. Cit.* pp. 131.

resultantes de uma formação académica, com uma natureza de aplicabilidade, que circulavam no interior de um grupo que partilhava uma componente axiológica construída para servir o “outro” [cliente] e garantir privilégios; em segundo lugar, conseqüente à duração de uma formação longa o reconhecimento social deveria ser superior; por fim, a importância da existência de um conjunto de instituições profissionais (como as próprias escolas universitárias ou de saberes técnicos especializados) que procuravam responder a necessidades sociais contribuindo, desejavelmente, para um funcionamento lógico, numa perspectiva quase comercial, da sociedade.

Estas características orientadoras do funcionalismo constituem elementos definidores que fazem parte de uma visão possível sobre os grupos profissionais, do ponto de vista dos seus “atributos”.

Os próprios grupos que ambicionavam adquirir estes “atributos” acompanhavam de perto os teóricos e as teorias da sociologia das profissões, neste caso de cariz funcionalista. O grupo profissional da enfermagem na *I Semana de Enfermagem do Ultramar*, realizada em Lourenço Marques em 1964, através da enfermeira Maria Fernanda Resende mostrava claramente a necessidade que sentia da sua actividade aproximar-se, ou adquirir, um conjunto de atributos de modo a ser reconhecida socialmente e profissionalmente de acordo com as características que identificamos do funcionalismo:

“- Diz o filósofo Abraham Flexner que «Uma ocupação atinge a categoria de profissão quando»:

- 1 – A sua actividade envolve operações essencialmente intelectuais, acompanhadas por amplas responsabilidades individuais.
- 2 – Os seus membros recorrem aos laboratórios de investigação e aos congressos profissionais internacionais, para aquisição de novos conhecimentos e aperfeiçoamento das suas técnicas.
- 3 – O seu ensino não é simplesmente académico e técnico, mas é também dirigido para objectivos práticos.
- 4 – Possuem técnicas próprias, susceptíveis de serem transmitidas através de uma disciplina educativa.
- 5 – Possuem uma organização própria com definição de actividades, deveres e responsabilidades que pertencem exclusivamente aos seus membros, levando-os a desenvolver *consciência de grupo*.

6 – Respondem, em última análise, ao interesse público; e através das suas actividades tem como objectivo final, o objectivo social.”⁶⁹

Este conjunto de etapas, que se apresentava como objectivo, que uma ocupação deveria percorrer estava bem presente no interior do grupo das/os enfermeiras/os portuguesas/es. Depois da introdução alusiva a Flexner, Maria Fernanda Resende salientava que “mesmo partindo só dos princípios referidos, podemos sem dúvida dizer que a enfermagem já tem entre nós os requisitos indispensáveis para ser considerada uma profissão”⁷⁰ dado que, na sua perspectiva, os cumpria a todos.

Recuando um pouco, a existência de escolas e instituições de formação superior que tinham como objectivo desenvolver e transmitir um corpo de saberes especializados numa determinada área científica; a constituição de associações profissionais que tinham um papel da maior importância na medida em que constituem elementos de garantia para fomentar a coesão do grupo profissional e constituir vias de diálogo com a sociedade e o Estado; mas também, a necessidade de autorizações ou licenças cujo objectivo principal tem a ver com a construção de uma “capa protectora” do prestígio, da autoridade e controlo social, por parte dos grupos profissionais foi algo que o funcionalismo impulsionou.

Não obstante, em termos gerais, a perspectiva funcionalista deu um importante impulso à sociologia das profissões, num quadro capitalista, onde a velha organização corporativista da sociedade foi substituída pela valorização do trabalho e pela organização profissional de alguns grupos ocupacionais que chamaram a si áreas específicas do conhecimento com utilidade para a sociedade em termos gerais, tornando-se, os grupos profissionais elementos funcionais que respondiam a necessidades sociais.

1.1.4. A alternativa interaccionista.

No final da década de 50, do século XX, surgiu uma alternativa de análise teórica sobre a problemática das profissões, diferente do modelo dominante na época que era o paradigma funcionalista.

⁶⁹ RESENDE, Maria Fernanda (1964), “A Organização da enfermagem como profissão”. Comunicação apresentada na *1ª Semana de Enfermagem do Ultramar*, 21 a 28 de Outubro de 1964, Lourenço Marques (publicada na *Revista de Enfermagem*).

⁷⁰ RESENDE, Maria Fernanda (1964), *Op. Cit.*, pp. 198

Everett C. Hugues reuniu um conjunto de ensaios que foi trabalhando com os seus estudantes ao longo de 30 anos. Estes textos permitiram renovar a problemática das profissões e apresentar uma nova perspectiva sobre o modo de conceber uma profissão ou um grupo profissional. Esboçava-se, assim, a alternativa sociológica interaccionista⁷¹.

Esta alternativa decorreu da posição epistemológica assumida por Hughes relativamente à sociedade e à sociologia. Considerava que o problema principal não era, como tinham defendido os teóricos do funcionalismo, a identificação dos traços ou dos atributos que *naturalmente* caracterizavam uma profissão, mas antes o estudo das profissões deveria privilegiar não o fim em si mesmo, que era a profissão, mas antes os modos processuais que permitiam chegar à “categoria” profissional.

“Eu passei da falsa questão “é esta ocupação uma profissão?” para uma mais fundamental, “quais as circunstâncias pelas quais as pessoas que têm uma ocupação tentam torná-la uma profissão, e a si própria profissionais?” e “quais os passos pelos quais tentam criar uma identificação com os seus modelos de valores?”⁷².

Segundo Carlos Gonçalves, “a problemática sociológica nuclear radica-se na análise das práticas dos membros de um grupo ocupacional para serem reconhecidos e legitimados socialmente como detentores monopolistas de uma área de actividade profissional, o que lhes confere um elevado prestígio e estatuto social”. Para o efeito, o autor considera que é “determinante a compreensão dos jogos de interacção social permeados pela conflitualidade e pelo poder de controlar e monopolizar determinadas actividades profissionais”⁷³.

Este novo entendimento “considera mais importante do que definir o que é uma profissão, identificar as circunstâncias segundo as quais as ocupações se transformam em profissões”⁷⁴.

Foi no interior deste novo quadro teórico que grupos ocupacionais que até aí não satisfaziam os requisitos funcionalistas para se tornarem uma profissão, começaram a alimentar essa *conflitualidade interaccionista* que lhes permitiu tomar uma nova posição, ainda que do ponto de vista teórico, como foi o caso das/os enfermeiras/os em Portugal e de outros grupos socioprofissionais.

⁷¹ Cf. HUGHES, Everett C. (1981), *Men and Their Work*, 2ª ed., Westport, Connecticut, Greenwood Press (1ª ed. 1958).

⁷² HUGHES, Everett C. (1958/1981), *Op. Cit.*, pp. 45.

⁷³ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 180.

⁷⁴ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 15.

Keith Macdonald defende que no modelo interaccionista passou a interessar o estudo da acção e interacção dos indivíduos e dos grupos, a forma como constituíam os seus espaços sociais, enquanto elementos participantes, e o modo como construíram as suas carreiras⁷⁵ e os seus estatutos.

Neste modelo teórico a especificidade do trabalho dos profissionais reside já não em atributos ou características particulares que lhe sejam inerentes, mas nas condições concretas do seu exercício. Neste sentido, importa introduzir dois conceitos operatórios relevantes para a perspectiva interaccionista: a *licença* e o *mandato*.

De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues, estes dois conceitos constituem a base da divisão moral do trabalho, na medida em que orientam a selecção dos profissionais⁷⁶. A *licença* consiste na autorização legal que permite o exercício de actividades, restringindo o acesso a outros; o *mandato*, segundo Joaquim Folgado, é a “correlativa obrigação de prestar esse serviço à sociedade, num espírito desinteressado, como que “de missão”, e sujeito a regras de conduta rigorosas”⁷⁷.

É neste sentido que “logo que uma ocupação fixa o seu mandato perante a sociedade, nasceu uma profissão, mas tal fixação é o resultado de um processo social e não de traços que testemunham o progresso de uma civilização” como defendia o modelo de análise funcionalista.

Assim, centrando o discurso nas condições de exercício de uma determinada actividade ou ocupação de um grupo devidamente licenciado e mandatado, Hughes considerou que se estabelecia uma relação transaccional entre a sociedade e quem representa um determinado grupo profissional. Claude Dubar, a este propósito, refere o seguinte:

“ (...) tudo o que diz respeito à coesão comunitária, aos “ritos de passagem” e às relações entre tempos individuais e tempos sociais (nascimentos, mortes, casamentos...) deve ser confiado a “profissionais” que vão guardar o segredo sobre as significações “reais” da sua “missão” simbólica. Deste modo, a própria natureza do saber do “profissional” está no cerne da “profissão”: trata-se de um segredo social confiado pela autoridade a um grupo específico, que o autoriza e o mandata para trocar sinais de transgressão pelas marcas da reintegração social e reabilitação moral. A justificação científica é apenas, nesta problemática, uma cortina de fumo”⁷⁸.

⁷⁵ Cf. MACDONALD, Keith (1999), *Op. cit.*, pp. 4.

⁷⁶ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 15.

⁷⁷ FOLGADO, Joaquim, (2006), *O lugar da ética e da auto-regulação na identidade profissional dos jornalistas*, Tese de doutoramento. Universidade do Minho, pp. 26.

⁷⁸ DUBAR, Claude (1997), *Op. Cit.* pp. 134.

Além destes aspectos que temos vindo a referir, a abordagem interaccionista valoriza a existência de instituições de formação específicas com o objectivo de proteger as licenças, ou diplomas, e os mandatos dos membros de determinados grupos ocupacionais. Existe uma separação evidente entre aqueles que cumprem uma “missão sagrada” e aqueles que se encontram do outro lado: os “profanos”. Nota-se o princípio da exclusão daqueles que não estão mandatados ou licenciados para o exercício de uma determinada tarefa, nomeadamente aqueles que não passaram por um local de aprendizagem “oficial”.

Claude Dubar refere que “a organização deve, portanto, proteger o segredo e reactivar regularmente a autorização [licença] e o mandato” dado que “constituem intermediários entre o Estado e os profissionais ecrãs [e] entre estes e o público”. Neste sentido “a organização deve zelar pela aprendizagem e pela reprodução do ritual entre os profissionais”⁷⁹ promovendo, em nosso entender, essa aprendizagem ao longo da vida.

Na década de 50, do século XX, o exercício da enfermagem em Portugal encontrava-se já devidamente regulado pelo Estado (desde a década anterior), obrigando à frequência de uma escola de enfermagem e a obter um diploma, no entanto permanecia um conjunto alargado de indivíduos que exerciam “enfermagem” sem qualquer tipo de “licença”. A *Revista de Enfermagem* dá-nos conta de alguns desses casos de exercício ilegal de enfermagem:

“(…) a profissão de enfermagem, é uma profissão nobre, é mesmo uma profissão sublime, mas só quando exercida pelos verdadeiros profissionais, e nunca por «enfermeiros furtivos», ou antes, amadores aventureiros.

Estes actos de lesa-humanidade, praticados por criatura insensatas, despidas de toda a sensibilidade humana, e que somente obedecem aos seus instintos materiais, necessitam, sem dúvida alguma, de mais aturada vigilância da autoridade policial, e de maiores e mais severas sanções dos tribunais competentes.

(…) não podemos nem devemos admitir que esta praga daninha, nódoa negra dum povo civilizado, continue a manchar o prestígio duma classe, que tantas vezes tem visto o seu nome envolvido em actos que não comete.”⁸⁰

As instituições de formação constituem verdadeiros elementos giratórios entre as tutelas e os grupos ocupacionais e, conseqüentemente, têm um papel da maior importância no processo de selecção e recrutamento dos novos elementos que vão

⁷⁹ DUBAR, Claude (1997), *Op. Cit.* pp. 134.

⁸⁰ BRANCO, Manuel Leitão (1953), “O Exercício Ilegal de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, pp. 21.

integrar um conjunto de rituais do grupo, participando no processo de aprendizagem moral, mas também científica, na apropriação de condutas e formas estar e apresentar-se perante o outro, desde a sua admissão. Estas instituições constituem elementos diferenciadores na construção da “respeitabilidade”⁸¹ socioprofissional relacionada com aquele grupo. Do mesmo modo, o Saber, que é aí transmitido e apropriado, é visto como um meio que faz parte de um processo de reforço e conversão identitária do ponto de vista profissional.

No interior deste paradigma um outro conceito assume um importante papel na compreensão deste universo relacional e processual que temos vindo a esboçar sumariamente: o conceito de *carreira*.

Segundo Joaquim Fidalgo, este conceito parte do “pressuposto de que a afirmação profissional é um processo dinâmico, evolutivo, tanto no interior das pessoas como no seu espaço social e no contexto da divisão do trabalho, bem como no interior dos grupos ocupacionais em busca de uma afirmação e sedimentação enquanto profissões”⁸².

Esta definição mostra, claramente, que a carreira em si mesma constitui um mecanismo construído em torno de um diálogo entre o Estado e as organizações representativas de um determinado grupo ocupacional, tendo como elemento de fundo toda uma imagem que o grupo soube construir “dialogando” com a sociedade. É por isso que as carreiras constituem espaços de conflitualidade, de diversidade, mas também de hierarquização intragrupal. Do mesmo modo, no interior destas carreiras desenvolvem-se, em linhas gerais, dois tipos diferentes de identidade: uma identidade de base e uma identidade de segmento.

A identidade de base é aquela que se desenvolve no interior das estruturas gerais de socialização dos grupos ocupacionais, onde, como já referimos, as instituições de formação, as normas e as atitudes e o Saber inicial aí ministrado, constituem elementos fundamentais. A identidade de segmento é aquela que resulta da maior ou menor capacidade de construir estratégias dentro do grupo de modo a ocupar as posições cimeiras, isto é, de comando no interior dessa hierarquia. Também Claude Dubar, ainda que numa outra perspectiva, reconhece a existência de “uma hierarquização e (...) uma segregação internas ao grupo profissional (...)”⁸³. Portanto, estamos a verificar que,

⁸¹ Recuperamos esta expressão a partir dos trabalhos desenvolvidos por Keith Macdonald.

⁸² FOLGADO, Joaquim, (2006), *Op. Cit.*, pp. 26.

⁸³ DUBAR, Claude (1997), *Op. Cit.* pp. 135.

efectivamente, a organização dos grupos permite, em si mesmo, a leitura de uma pluralidade de situações referente ao exercício concreto do trabalho (os grupos internamente caracterizam-se pela sua diversidade e heterogeneidade).

Em suma, o paradigma interaccionista trouxe uma nova visão sobre a problemática das profissões. O interesse pelo estudo das profissões centrou-se, principalmente na capacidade de acção dos indivíduos, e dos grupos, e nas condições de exercício das situações de trabalho. Assim, a abordagem interaccionista, de acordo com Maria de Lurdes Rodrigues⁸⁴, assenta sobre três grandes eixos de análise:

- 1) A existência de autorização, licença ou diploma e mandato sobre um conjunto de saberes “sagrados” e “secretos”;
- 2) A constituição de instituições específicas de formação dos grupos ocupacionais, com o objectivo de “proteger “o diploma” e “manter o mandato”, intermediárias entre o Estado e os profissionais, e entre estes e o público”;
- 3) A emergência de carreiras, constituindo-se, deste modo “espaços de diferenciação/ hierarquização interna e de socialização.

Para terminar, o interaccionismo permitiu colocar “em crise” o modelo funcionalista na medida em que, apoiado numa lógica de processo, foi capaz de mostrar que os grupos profissionais se constroem e não são “naturais” ou “atribuídos”. Neste sentido, as instituições de formação académica, autorizadas pelo Estado, obtiveram um papel central na protecção e desenvolvimento de licenças e mandatos para o exercício concreto do trabalho, protegendo esses diplomas e objectivando a separação entre quem possuía autorização legal para exercer uma actividade e quem praticava delito. Por fim, é preciso realçar que a abordagem interaccionista valorizava os modos de organização interna dos grupos – as carreiras – chamando a atenção para a importância do seu estudo que pode permitir compreender os mecanismos e dispositivos utilizados no interior do grupo para afirmar uma determinada identidade profissional para dentro e fora da profissão.

⁸⁴ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 16.

1.1.5. Os críticos e a reabilitação das profissões.

A perspectiva metodológica de natureza interaccionista revelou-se produtiva do ponto de vista da análise sociológica dos grupos profissionais, colocando em crise uma visão de natureza funcional que até aí tinha vigorado. Neste sentido, a partir da década de 70, destacaram-se um conjunto de estudos que permitiram, de forma sistemática, proceder à desconstrução das teses funcionalistas e construção de abordagens mais frutíferas e dinâmicas sobre os grupos profissionais e os elementos que os compõem.

De acordo com Carlos Gonçalves, as principais críticas à abordagem funcionalista assentam em cinco aspectos principais:

- 1) A natureza não científica do tipo ideal de profissão, na medida em que é fundamentado numa selecção acrítica dos atributos e não validados metodologicamente;
- 2) A aplicação a-histórica da noção de profissão, desvalorizando os contextos sócio-históricos em que se institucionalizam as profissões;
- 3) O cunho profundamente essencialista da análise, ocultando a trama de relações e de processos sociais que enformam o fenómeno profissional;
- 4) A leitura idílica e errónea de que os profissionais orientam a sua acção privilegiadamente pelo altruísmo, ignorando as relações de poder que têm com os clientes;
- 5) A desadequação do modelo profissional para a análise do trabalho e das dinâmicas profissionais pela sua natureza meramente estereotipada e ideológica;

Como podemos verificar existem um conjunto de pressupostos que, no fundo, correspondem a uma enorme diversidade teórica que o movimento revisionista da sociologia das profissões promoveu. Neste sentido, colocou-se em causa a natureza ideológica do modelo profissional. Evidenciou-se a importância da heterogeneidade que caracteriza as comunidades profissionais e as relações que estabelecem com o mercado de trabalho, construindo-se uma linha de “tensão” entre as comunidades e o exercício profissional, relevante para a identidade e socialização profissional dos grupos.

Valorizou-se, deste modo, a constituição de monopólios sobre determinadas áreas do conhecimento com aplicabilidade que poderiam ter efeitos económicos e influenciar as relações entre consumidores/ clientes de determinados grupos ocupacionais. Não podemos esquecer que a emergência deste interesse pelo cruzamento das profissões com o sector económico se revitaliza, na década de 70, num momento de crise económica e social mundial.

Posto isto, Carlos Gonçalves refere que a emergência destes novos questionamentos sociológicos pode dividir-se em torno de uma macro e uma meso abordagens.

“Numa análise macro, enquadram-se as profissões nas dinâmicas das sociedades capitalistas, dando-se conta dos processos de formação das profissões e como se articulam, por sua vez, com a expansão do sistema económico capitalista, a constituição de sedimentação dos Estados Modernos. Numa análise meso, destacam-se: o poder dos profissionais face aos clientes, a outros profissionais e ao Estado; os processos de construção e institucionalização dos monopólios profissionais; as articulações entre as profissões e a estrutura das classes sociais; os conflitos entre profissões para a apropriação das jurisdições profissionais; a influência cultural e política exercida pelas profissões para benefício dos próprios interesses; a desprofissionalização e proletarianização dos profissionais; a retórica legitimadora da ideologia profissional”⁸⁵.

O movimento revisionista da sociologia das profissões caracteriza-se pela emergência de novos enfoques teóricos e pelo florescimento de novas perspectivas sociológicas, no decurso da década de 70. Segundo Maria de Lurdes Rodrigues os autores mais significativos foram “Gyarmati (1975) e Roth (1974), os quais analisando um a um os pressupostos do modelo funcionalista, põem em evidência a sua base ideológica, mais do que científica; mas reteremos aqui, também Johnson (1972), Jamous e Peloille (1970), Chapoulie (1973) e Freidson (1971), entre outros, cujas críticas fundaram a base de novas abordagens e portanto da reabilitação das profissões”⁸⁶.

Este movimento crítico, e simultaneamente reabilitador, das profissões olhou para os “actores colectivos do mundo económico que conseguiram fechar o seu mercado de trabalho e estabelecer um monopólio de controlo das suas próprias actividades de trabalho”⁸⁷, o que só por si proporcionaria uma valorização do estatuto social e levaria ao aumento significativo do poder das profissões. Não obstante, destaquemos sobretudo

⁸⁵ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 181 e 182.

⁸⁶ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 36.

⁸⁷ DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), *Op. Cit.*, pp. 113.

três características fundamentais para a compreensão do movimento crítico que se instalou sobretudo face ao paradigma funcionalista, mas também interaccionista: a inadequação do modelo profissional, a ideologia profissional e a a-historicidade do estudo das profissões.

A crítica à inadequação funcionalista do modelo profissional constitui uma característica deste movimento revisionista sobretudo porque, referem os críticos, não teve em linha de conta uma abordagem cognitiva/científica que permitisse, globalmente, explicar o modelo. Isto é, alimentou-se principalmente de dados “visíveis” (práticas profissionais), relegando para um segundo plano a cientificidade do próprio modelo de análise (estruturas cognitivas), tomando esta como um dado invariável, ao contrário do que alguns estudos de natureza empírica vieram posteriormente demonstrar.

A construção de uma ideologia profissional, promovida pelos grupos, é um outro aspecto importante relacionado com a revisão do estudo sobre as profissões que se prende com a possibilidade destas facilitarem o controlo político e social⁸⁸ de modo a justificarem o conjunto de recompensas e privilégios de que usufruem, constituindo para isso uma verdadeira “doutrina das profissões”.

Gyarmati⁸⁹ salientava que a possibilidade de prolongar o “mandarinato” tinha a ver com os aspectos que referimos anteriormente. Isto é, para o autor construiu-se uma doutrina assente num conjunto de princípios que constituem o principal dispositivo para assegurar uma determinada ideologia profissional, nomeadamente promovendo o discurso de que: “as profissões realizam tarefas essenciais à vida, à segurança e bem-estar dos membros da sociedade; só os membros das profissões podem realizar tais tarefas, porque, através dos longos períodos de formação, adquiriram conhecimentos complexos e teóricos, e porque colocam o interesse colectivo à frente do seu próprio interesse”⁹⁰. Ou seja, o que está em causa nesta ideologia do profissionalismo é, sobretudo, a defesa dos grupos profissionais liberais face a um conjunto de críticas externas, prolongando assim a sua influência e capacidade discursiva de legitimação no contexto social.

A a-historicidade do estudo das profissões constitui outro ponto-chave da crítica aos modelos funcionalista e mesmo interaccionista. Johnson defende a importância da visão histórica, de modo a compreender um conjunto de processos que

⁸⁸ PLATT, 1969; ROTHMAN, 1971; AUERBACH, 1976.

⁸⁹ Cf. GYAMARTI, G. K. (1975), “The doctrine of the professions: basis of a power structure”. *International Social Science Journal*, XXVII (4).

⁹⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit*, pp. 41.

difficilmente de outra forma se averiguariam⁹¹. Começava a delinear-se aqui a ideia de que não existem modelos de profissionalização uniformes e realçava-se, também, a multidimensionalidade que o estudo de uma profissão deve possuir, olhando as suas transformações e variações históricas, por exemplo, através de uma abordagem sócio-histórica e/ou diacrónica.

Os grupos que pretendiam a sua afirmação profissional utilizavam estratégias diversas, como já percebemos, para reforçar a sua imagem de credibilidade e de respeitabilidade. Em Portugal, o grupo da enfermagem não foi excepção. Algumas vezes recorreu ao seu próprio percurso histórico para se legitimar perante a sociedade, os outros grupos e o próprio Estado. Recordamos uma exposição realizada no início da década de 80, do século XX, no *II Congresso Nacional de Enfermagem*, que ilustra a importância do conhecimento histórico na afirmação dos grupos:

“Ao Sindicato de Enfermagem do Sul (Lisboa)

Como é do conhecimento de V. Exas., vai realizar-se em Coimbra o II Congresso Nacional de Enfermagem, de 5 a 10 de Abril de 1981.

Uma das aspirações do Secretariado é organizar uma exposição sobre a Enfermagem e sua evolução, que funcionará durante o Congresso.

Para conseguir levar a bom termo este objectivo vimos solicitar nos cedam temporariamente, materiais que atestam esta evolução, como por exemplo:

- uniformes
- emblemas
- documentos
- publicações
- fotografias
- instrumentos antigos, etc.”⁹²

Esta carta representa sumariamente a importância dada a uma exposição que fosse visitável ao longo de todo o congresso e que demonstrasse as raízes históricas em que mergulhavam aquele grupo legitimando-o perante diversos públicos.

O movimento crítico e reabilitador das profissões, sobretudo através da chamada de atenção para a **importância da História** no processo de afirmação das mesmas, resultou em, pelo menos, dois eixos metodológicos relevantes:

⁹¹ Cf. JOHNSON, Terence (1972), *Professions and Power*, Londres: Macmillan, pp. 29 e seguintes.

⁹² CDI – SEP – Correspondência (entre sindicatos) – *Solicitação de Material para a Exposição sobre História da Enfermagem a decorrer durante o Congresso enviada ao Sindicato de Enfermagem do Sul*, 17 de Fevereiro de 1981.

- 1) As profissões passam a ser analisadas numa perspectiva processual, relacional e dinâmica, deixando de insistir na ideia de características e atributos *naturais* das profissões – tomando estes atributos como objecto de análise – e passando a olhar para os processos de obtenção do estatuto de profissão;
- 2) Por outro lado, um pouco no sentido foucaultiano⁹³, os discursos passam a constituir importantes mecanismos de poder, inculcação, conquista e construção de sistemas de valores e crenças comuns, essenciais às reivindicações dos grupos no sentido do profissionalismo e da sua importância social e simbólica;

De acordo com o que acabamos de referir, o movimento crítico sobre a constituição das profissões – nomeadamente dirigido às teses funcionalistas - possibilitou uma renovação metodológica da sociologia das profissões. Particularmente abriu caminho para as teses defendidas por Larson, Johnson ou Freidson, onde o “poder das profissões” assume destaque nas abordagens metodológicas do profissionalismo. A capacidade que cada grupo profissional possui para construir, manter ou aumentar os seus privilégios e, conseqüentemente, a sua jurisdição profissional permitem a distinção inter profissional e a maior ou menor abertura em relação à aceitação pela sociedade e à atribuição de uma determinada tarefa exclusivamente ao grupo profissional. No fundo, o poder das profissões manifesta-se no interior da sociedade pela capacidade que cada uma delas possui para colocar a circular um conjunto alargado de verdades discursivas sobre si mesma no seio da sociedade angariando cada vez mais prestígio e capital social consoante a absorção social dos discursos.

1.1.6. O paradigma do poder: Johnson, Freidson e Larson

As décadas de 70 e 80 do século passado caracterizaram-se pela emergência e diversidade de modelos teóricos que influenciaram o estudo sobre as profissões e promoveram um conjunto de novos conhecimentos que permitiram o desenvolvimento desta área do saber. Surgiram, particularmente, do interior da visão crítica e reabilitadora do estudo das profissões, sobre a qual nos debruçamos anteriormente, um conjunto de teorias que tomaram como objecto de análise o “poder das profissões” no

⁹³ Cf. FOUCAULT, Michel (1997), *A ordem do discurso*, Relógio de Água.

interior de cenários sociais e económicos difíceis que marcaram aqueles decénios. O alargamento do campo de análise sobre as profissões passou sobretudo pela compreensão dos processos como estas construam e/ou mantinham os seus privilégios, surgindo deste modo novas abordagens epistemológicas que ajudaram a alargar o campo de análise relacionado com o poder das profissões nomeadamente o domínio profissional, económico, social e político dos grupos ocupacionais e profissionais.

Os autores que, em termos gerais, melhor representaram esta corrente de pensamento, e de análise sociológica, apelidada de “paradigma do poder” foram Terence Johnson, Eliot Freidson e Magali Larson. De acordo com Carlos Gonçalves em todos os estudos desenvolvidos pelos autores identificados o tema do poder profissional encontra-se presente, embora existam diferenças teóricas substanciais⁹⁴.

Johnson⁹⁵ deu o primeiro passo no interior desta nova perspectiva sugerindo as potencialidades de tomar as relações de poder como objecto de análise, centrando aí os seus interesses. Partindo do princípio de que a divisão do trabalho é uma constante, Johnson considerou as actividades especializadas que decorrem dessa divisão uma consequência criando relações de dependência, mas ao mesmo tempo de distanciamento entre o profissional e o seu cliente. Esta relação provocaria um contexto de disputas sociais, incertezas, dúvidas e uma tensão constante na relação entre ambos. Para este autor todas estas relações se constroem de acordo com os contextos de mercado, do Capital e da produção de lucro de uns sobre os outros.

Keith Macdonald refere que os trabalhos de Johnson centram-se nas relações entre produtor e consumidor de serviços especializados. Salienta que tenta expandir as suas ideias levantando a possibilidade de saber se o produtor controlaria em seu benefício, ou não, as relações entre si e o consumidor ou cliente⁹⁶. Neste sentido, Carlos Gonçalves destaca uma ideia importante no interior da tese de Johnson referindo que “os conhecimentos especializados não dominados pelo cliente e a indeterminação daí resultante, contribuem decisivamente para as relações de distância social entre os dois e para a dependência do cliente perante o profissional”⁹⁷. Nesta linha de pensamento este

⁹⁴ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 182.

⁹⁵ Cf. JOHNSON, Terence (1972), *Professions and Power*, Londres: Macmillan.

⁹⁶ Cf. MACDONALD, Keith (1999), *Op. cit.*, pp. 5.

⁹⁷ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 182.

autor refere que se constroem, assim, as condições para o predomínio e controlo da relação estabelecida entre o produtor e o cliente⁹⁸.

De acordo com Claude Dubar e Pierre Tripier, Johnson foi influenciado pelas correntes de pensamento neo-marxistas que enfatizam as relações sociais e económicas e onde o Estado assumiu um papel central agindo como protector de diferentes grupos ocupacionais com o intuito de, estrategicamente, constituir, a partir dos grupos, dispositivos de controlo social⁹⁹.

É neste sentido que Joaquim Folgado, acompanhando o pensamento de Johnson, “sugere que não se trata apenas de ideologia ou de uma forma de atingir vantagens simbólicas, mas de uma efectiva associação das profissões ao poder do Estado, o que implica uma criteriosa selecção dos seus membros, eles próprios muito empenhados, por este caminho, em obterem melhorias do seu estatuto social”¹⁰⁰. Desta forma outros grupos ocupacionais, além dos estabelecidos, procuraram junto do Estado modos de alcançar o estatuto de “profissão”.

Johnson além de valorizar a importância de uma compreensão alargada sobre o modo como se mobilizavam os grupos internamente, ampliou a sua análise para as relações externas nomeadamente no que diz respeito ao Estado, uma perspectiva que acabou por influenciar muitos outros estudos e autores.

Na prática podemos referir que no caso do grupo ocupacional das/os enfermeiras/os no século XX a sua aproximação à profissão médica constituiu, do nosso ponto de vista, uma estratégia que permitiu a apropriação de saberes técnicos que ajudaram a marcar um determinado território “profissional”, daí a chamada de atenção que Johnson faz para a relevância do estudo das articulações deste tipo de grupos ocupacionais face aos grupos dominantes, e que possibilitou a sua valorização junto do Estado. Um outro exemplo prende-se com a construção dos currículos das escolas de enfermagem que desde a década de 40 até à década de 90 foram centralizados pelo Estado.

O contributo de Johnson foi decisivo na passagem de uma visão focada no interior das actividades profissionais deslocando-a para o exterior e para as relações de

⁹⁸ Johnson identifica três tipos de controlo ocupacional: 1) *o colegial* (caracteriza-se pelo facto do produtor possuir a capacidade de definir as necessidades do consumidor); 2) *o patrocinato* (caracteriza-se pelo facto de ser o consumidor a definir e resolver as suas próprias necessidades); 3) *o mediado* (caracteriza-se pela existência de um mediador entre a relação produtor-cliente, como por exemplo o Estado).

⁹⁹ Cf. DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), *Op. Cit.* pp. 128.

¹⁰⁰ FOLGADO, Joaquim (2006), *Op. Cit.*, pp. 29.

poder estabelecidas com outros elementos, nomeadamente o Estado, ou outros grupos profissionais.

Quer dizer, reafirmou-se a análise da dinâmica das profissões num quadro onde emergiu a dimensão histórica da profissionalização, com a evolução económica e as acções do Estado, deixando de ser possível ignorar os movimentos de defesa ou consolidação de áreas de trabalho construídas e/ou defendidas pelos próprios grupos.

Apesar do importante contributo de Terence Johnson, foi Eliot Freidson que consolidou o “paradigma do poder” através dos trabalhos desenvolvidos a partir da década de 70 até, grosso modo, aos nossos dias¹⁰¹. Ao longo da sua vastíssima obra literária utilizou por várias vezes o termo “poder” que, de acordo com alguns autores¹⁰², passou a dominar a escrita sociológica quando se falava de profissões, oferecendo um importante contributo para o desenvolvimento desta temática.

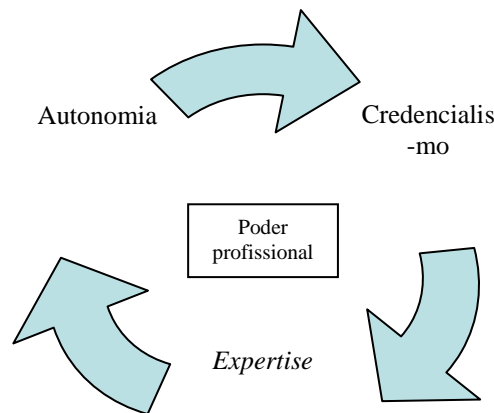
Para Eliot Freidson, o processo de profissionalização constituía o caminho que uma ocupação deveria percorrer de modo a conseguir alcançar o monopólio sobre uma determinada tarefa. O controlo sobre a aprendizagem e as formas de recrutamento, bem como a determinação do exercício concreto do trabalho, constituem aspectos centrais no seu pensamento. Este processo racional corresponde a um caminho que as ocupações que ambicionavam alcançar o estatuto de profissões deveriam percorrer, nomeadamente controlar o trabalho que desenvolviam através de mecanismos e dispositivos próprios como por exemplo o recrutamento dos seus públicos escolares.

Mais concretamente, a análise que Freidson faz em torno do poder profissional centra-se no interior de três conceitos que se encontram inter-relacionados e que constituem a base de muitos dos poderes profissionais: a *autonomia*, o *credencialismo* e o *conhecimento* (*expertise*).

¹⁰¹ De entre vários trabalhos, destacam-se: *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge* (1986); *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy* (1994); *Professionalism: the Third Logic* (2001).

¹⁰² Cf. HALL, 1983: pp. 11.

Ilustração 1- Princípios base das profissões, segundo Eliot Freidson.



Para o autor estas são as principais fontes do poder profissional, que tomou como objecto de análise principal a profissão médica, e sobre as quais passamos a reflectir.

A **autonomia** técnica é o principal elemento que define uma actividade profissional pois “cria uma esfera de actividade na qual o trabalhador individual, e não a hierarquia organizada, é soberano, e a situação de *expert* em áreas particulares de actividades permite-lhe muitas vezes controlar também importantes informações, o que faz alargar o âmbito do poder profissional”¹⁰³.

Por outro lado, o **credencialismo** representa a segunda maior fonte de poder profissional dado que é entendido como um sistema suportado legalmente e que permite às actividades profissionais controlar o grau de interpretação e prestígio do seu conhecimento e ainda aspirar a posições cimeiras no interior do grupo, nas relações entre profissional e cliente e do próprio grupo dentro da sociedade e perante o Estado. Além disto, o credencialismo é um mecanismo que permite controlar e seleccionar os indivíduos que pretendem aceder a uma determinada profissão ou ocupação. Assim, os processos de recrutamento constituem importantes etapas que permitem escolher apenas aqueles que detêm um conjunto de requisitos/credenciais que, supostamente, podem servir os interesses do grupo. Do interior deste conceito deve ser realçado a importância do papel das instituições de formação que habilitam para o exercício de uma actividade ocupacional/profissional. Do mesmo modo, as instituições de formação, especificamente, desenvolvem saberes que lhes permitem, quando consolidados e

¹⁰³ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 51.

socialmente reconhecidos, monopolizar uma determinada área de trabalho. A enfermagem em Portugal, ao contrário do que Freidson defendia nos anos 70 e 80, pode constituir uma destas situações que transformaram a/o enfermeira/o, na actualidade uma especialista (*expert*) nos cuidados de enfermagem.

[O] credencialismo trabalha para produzir um “domínio” profissional, que ganha e preserva o controlo monopolista sobre o fornecimento de um bem ou serviço, a fim de aumentar os privilégios dos seus membros, e ao mesmo tempo protegendo-os da concorrência dos outros. Com o objectivo de ser totalmente eficaz, um monopólio deve ser capaz de controlar o número de pessoas que entram no comportamento concorrencial dos seus próprios membros, de modo a preservar uma política de preços comuns de [entrada] e saída¹⁰⁴.

O autor defende a existência de dois tipos de credenciais: as *ocupacionais* e as *institucionais*. As primeiras dizem respeito a licenças e certificados que permitem a integração no mercado de trabalho; as segundas, correspondem à construção de um “aparelho” de acreditação de educação superior ou de instituições de natureza profissional que fornecem credenciais especiais, formação teórica ou prática, e organizam a produção dos serviços ao público “incluindo a formação ou a educação dos futuros membros de uma profissão”¹⁰⁵. Este é um ponto importante para a compreensão do desenvolvimento histórico da actividade ocupacional da/o enfermeira/o português(a) a que voltaremos oportunamente, do ponto de vista empírico, e que integrará o nosso modelo de análise do grupo em questão.

Maria de Lurdes Rodrigues refere a este propósito que “as características essenciais das profissões estão inteiramente baseadas na ligação entre tarefas, para as quais existe procura num mercado, formação fornecida pelo sistema de educação para a realização de tais tarefas e acesso privilegiado de trabalhadores formados para o desempenho de tais tarefas”¹⁰⁶.

De facto, Freidson olha para as profissões tendo como pano de fundo os monopólios ou mercados de trabalho protegidos, como é o caso da medicina. O autor defende que a constituição destes monopólios exige o cumprimento de um conjunto de processos que permitem constituir um domínio protegido de um determinado grupo:

- 1) A definição de uma tarefa essencial;

¹⁰⁴ FREIDSON, Eliot, *Op. Cit.*, 63.

¹⁰⁵ FREIDSON, Eliot (1986), *Op. Cit.*, 64.

¹⁰⁶ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 52.

- 2) A reivindicação de que só determinados indivíduos podem exercer com competência aquela tarefa;
- 3) Desenvolver processos de negociação na tentativa de delimitar áreas do conhecimento, face a outros grupos (negociação de fronteiras);
- 4) A constituição, desenvolvimento e consolidação de instituições de formação e acreditação dos indivíduos que pretendem exercer, exclusivamente, essa tarefa;

O **conhecimento** constitui outro eixo importante do pensamento de Freidson, na medida em que considera que para a constituição de mercados de trabalho protegidos é obrigatório possuir requisitos académicos universitários ou especializados que procuram colocar, desenvolver e resolver, de uma forma interactiva com a sociedade e o meio envolvente, novos problemas. Assim, os processos que articulam um determinado grupo profissional aos processos de institucionalização, escolarização ou formalização do seu conhecimento permitem garantir um mercado institucional com maiores privilégios e menos afecto a tentativas de declínio ou incursões de outros grupos profissionais.

Eliot Freidson salienta quatro aspectos essenciais do seu pensamento no que diz respeito ao domínio¹⁰⁷ de uma actividade profissional como um conjunto de elementos interdependentes. Desses elementos destaca-se a divisão do trabalho, resultado de processos de interacção social onde se observam constantes movimentações no interior e no exterior dos grupos no sentido de, preferencialmente, ampliar a sua área de intervenção dentro de um conjunto de normas sociais organizadoras.

Em segundo lugar, refira-se que para o autor as profissões não constituem um conjunto homogéneo. Pelo contrário, é na diversidade que se encontram características fundamentais para o estudo das profissões. As hierarquias internas constituem um bom exemplo dessa diversidade interior dos grupos.

Em terceiro lugar a definição de profissão ou actividade profissionais, enquanto objecto empírico, depende de um conjunto de critérios e estratégias que os grupos foram construindo para adquirir autonomia no seu trabalho e determinar esse mesmo trabalho na teoria e na prática.

Por fim, a estruturação das ocupações enquanto grupos sociais e a fonte do seu “poder” organizativo, nomeadamente a compreensão sobre o modo como e porquê se

¹⁰⁷ Conceito utilizado mais recentemente pelo autor.

concretiza de determinada forma e a influência/consequências dessa organização na divisão do trabalho constitui outro elemento importante que no quadro das profissões deve ser alvo de análise.

Em suma, para Freidson a formação e o conhecimento assumem um papel da maior importância na construção de um domínio autónomo do trabalho e, conseqüentemente, de um especialista (expert). O poder profissional define-se, deste modo, através da trilogia apresentada, fundamento do profissionalismo de acordo com o autor, cujo objectivo principal é mostrar que a profissão é uma forma de organização racional do mercado de trabalho, com reflexos no modelo social, político e económico, e que produz uma determinada identidade profissional que, desejavelmente, deve ser forte.

Alguns anos depois dos primeiros trabalhos de Eliot Freidson, Magali Larson¹⁰⁸ introduziu um conjunto de “novos” conceitos que permitiram construir novos entendimentos e perspectivas sobre os grupos profissionais. Larson analisou a profissionalização como um movimento colectivo onde se procurava não apenas o domínio de posições económicas mas também um estatuto social elevado para o grupo, constituindo-se, deste modo, um verdadeiro “projecto profissional” de grupo, no sentido Weberiano, que procurava concretizar processos ascendentes de mobilidade social.

Para Larson a concretização de um “projecto profissional” só acontecia se este se fundamentasse numa lógica de monopólio profissional, com mercados de trabalho definidos e fechados aos que não possuíam autorização legal para entrar nos mesmos. Nesta perspectiva teórica o papel do Estado na relação com as comunidades profissionais é valorizado. Além disto, os grupos com verdadeiros projectos profissionais deveriam ser capazes de controlar a sua formação académica e dirigi-la para dentro do próprio grupo, protegendo-a, e alcançando o maior estatuto social possível.

Neste sentido, o conceito de monopólio ganha um novo fôlego. Para a autora, o que importa não é exactamente o controlo da relação com o consumidor ou cliente, como defendia Johnson, ou a autonomia na organização do próprio trabalho, na perspectiva de Freidson, mas antes a manutenção e preservação dos mercados segmentados/especializados de trabalho. Assim, propôs que o caminho a seguir pelos grupos era o do fechamento social do mercado de trabalho, controlando o acesso à

¹⁰⁸ Cf. LARSON, Magali (1977), *The Rise of Professionalism – A Sociological Analysis*, Berkeley: University of California Press.

actividade profissional, através do sistema de ensino, e a protecção do próprio mercado de trabalho com a anuência do Estado. Na esteira deste pensamento, encontram-se oposições, conflitos, interesses, estratégias profissionais¹⁰⁹, enfim, um conjunto de dispositivos associados à construção de todo um projecto profissional de grupo que assumia a mobilidade social ascendente e uma identidade profissional forte, a partir da criação de projectos profissionais e, conseqüentemente, de mercados de trabalho próprios e protegidos como um “plano” a concretizar gradualmente numa lógica interaccionista ou de processo.

Um projecto profissional caracterizar-se-ia pela envolvimento de diferentes tipos de motivações que contribuía para a maior definição dos interesses de cada grupo e do papel que desempenharia no interior da sociedade: motivações económicas e não-económicas, mas também de natureza moral e ética, comportamentos virtuosos, entre outros, cujo objectivo principal seria o de fecharem o mercado de trabalho a não profissionais, numa estratégia de exclusão, e, como já dissemos, ascenderem socialmente.

Para Larson é possível indicar as condições estruturais mais favoráveis para o desenvolvimento de um projecto profissional de controlo de mercado de trabalho, quer dizer as principais dimensões do mercado de trabalho controlado, com as quais um grupo se deve deparar e compreendê-las, ao longo do processo de aquisição de um determinado “market control”:

1. A natureza do serviço que é comercializado e a sua visibilidade.
2. O tipo de mercado e a sua competitividade.
3. O tipo de clientela e a sua organização.
4. A base cognitiva, preferencialmente, de carácter científico.
5. A "produção dos produtores". (Quanto mais institucionalizada nas suas formas e mais padronizado o processo, mais ela está sob o controlo das profissões o que torna mais favorável a situação para a profissão. Com efeito, se a procura dos serviços é grande e estável, a profissão pode regular a oferta através do controlo de admissão e, assim, maximizar a sua posição de poder no mercado.)
6. As relações de poder e a sua capacidade de independência face a outros mercados (o papel do Estado também relevante na protecção dos mercados).
7. A afinidade com a ideologia dominante torna-se uma importante vantagem para a profissão¹¹⁰.

¹⁰⁹ Cf. DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), *Op. Cit.* pp. 130.

¹¹⁰ LARSON, Magali (1977), *Op. cit.* pp. 47 e seguintes.

Keith Macdonald também defende que o trabalho desenvolvido por Larson em torno desta ideia – projecto profissional – engrandece, principalmente, o controlo do mercado de trabalho e a mobilidade social. Tomando estes dois níveis de análise como reflexo de estratégias, habilidade e perícia, inclusivamente ética, na construção de um programa de acção consistente e coerente, ainda que muitos dos objectivos possam não ser claros para todos os membros do grupo embora participando na estratégia colectiva¹¹¹, o objectivo principal seria o da construção de um reconhecimento social: a respeitabilidade.

Segundo Macdonald, as fontes deste prestígio ou reconhecimento social, que se encontra umbilicalmente associado ao controlo de um mercado de trabalho podem ser, esquematicamente, divididas em três dimensões:

- 1) A independência ou dependência de uma posição de mercado conquistada;
- 2) A modernidade e a tradição;
- 3) A autonomia, definida pelo grupo profissional, ou a heteronomia, definida por outras partes da sociedade¹¹².

É a partir destas fontes de prestígio social, ligadas ao mercado de trabalho, que se constrói a respeitabilidade e o reconhecimento social bem como se legitimam processos de mobilidade social através dos projectos profissionais com carácter de monopólio.

No interior deste modelo de análise o conceito de monopólio, como adiantamos anteriormente, também apela à exclusividade de Saberes – “exclusividade cognitiva e profissional/prática” –, onde as instituições de formação desempenham um papel relevante do ponto de vista da acreditação social e profissional de uma determinada actividade. A necessidade de um corpo de conhecimentos de base, sobretudo abstractos, constitui um importante elemento legitimador de um projecto, e consequentemente de um grupo, profissional.

“a "melhor" base cognitiva para o monopólio da competência é aquela que revela, activa ou maximiza as características positivas de um mercado profissional. Este deve ser específico o suficiente para conferir carácter distintivo ao produto "profissional" que, por sua vez, deve ser formalizado ou codificado o suficiente para permitir a padronização do produto - o que significa, em última análise, a normalização dos

¹¹¹ MACDONALD, Keith (1999), *Op. cit.*, pp. 10.

¹¹² MACDONALD, Keith (1999), *Op. cit.*, pp. 11.

produtores [Experts]. E, no entanto, não deve ser tão claramente codificada que não contemple um princípio de exclusão da operação (...). Eu também indiquei que a mudança na base cognitiva é uma componente necessária, pois evita a rotina excessiva e, portanto, mantém a relativa inacessibilidade da perícia. Ao mesmo tempo, a mudança não deve ser tão rápida nem tão fragmentada que exclua a possibilidade de socializar os aspirantes a especialistas (...). Além disso, a mudança, para ser legítima, deve ser entendida como um progresso.¹¹³

Por outro lado, nas propostas de Larson encontramos a afirmação da necessidade da análise histórica dos grupos, de modo a compreender como orientaram a sua conduta, de natureza multidimensional, com avanços e recuos, no sentido de alcançarem um estatuto social estável, de preferência elevado e socialmente reconhecido.

“Não obstante estar circunscrita ao espaço anglo-americano, a heurística da leitura de Larson provém, pelo menos, dos seguintes elementos teóricos: concepção das profissões como actores sociais; articulação entre mobilidade social e controlo monopolista do mercado (perfilhando aqui, como em outros elementos do seu modelo teórico, a perspectiva de análise de Weber de que as profissões têm simultaneamente interesses económicos e sociais); a análise sócio-histórica dos projectos profissionais; cruzamento analítico entre a acção dos grupos profissionais, as suas relações com o Estado, os modos como este se posicionou face ao desenvolvimento das profissões e o papel das universidades, na dupla qualidade de instituições de produção dos conhecimentos científicos, em que se fundamenta a profissão, e de profissionais credenciados; recusa da existência de um único modelo de profissionalização”¹¹⁴.

De acordo com Claude Dubar e Pierre Tripier, as instituições de formação, também aqui, exercem uma notável influência no processo de ascendência do grupo profissional. Defendem que “o que alia a ordem económica do monopólio de uma actividade de serviço à ordem sócio-simbólica que legitima o acesso a estas posições sociais elevadas é o domínio de marcas de distinção específicas de uma elite. É o que uma universidade moderna, enquanto instituição legítima e prestigiada, produz naqueles que se tornarão profissionais. As instituições de formação estão, pois, no cerne do processo que alia a produção de saberes à sua aplicação num mercado fechado de serviços. É a certificação concedida por estas instituições e validada pelo Estado que faz a ponte entre o Saber legítimo e o mercado profissional”¹¹⁵.

¹¹³ LARSON, Magali (1977), *Op. cit.* pp. 31 e 32.

¹¹⁴ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 183.

¹¹⁵ DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), *Op. Cit.* pp. 131.

De acordo com a análise de Magali Larson controlar “um mercado de serviços profissionais exige o monopólio da competência e da demonstração de que essa competência é superior aos outros”¹¹⁶.

Para concluir a análise que temos vindo a desenvolver sobre o “paradigma do poder profissional” recuperamos as principais conclusões a que chegamos, referindo em jeito de síntese que o poder profissional pode ser interpretado como algo que se fundamenta e transforma a partir de um conjunto diverso de recursos de natureza cognitiva, cultural ou ideológica, entre outros, e que procura marcar uma posição dominando exclusivamente uma tarefa e consequentemente controlando o acesso à mesma. A construção discursiva, por parte dos grupos, no interior da sociedade e na relação com o Estado é outro processo que deve ser lido com atenção constituindo-se como fundamento do próprio domínio das profissões e da sua capacidade de alargar os privilégios do grupo.

1.1.7. O sistema das profissões: Andrew Abbott

O livro *The System of Professions: An Essay on Division of Expert Labor*¹¹⁷ constitui um marco importante para o desenvolvimento da sociologia das profissões no último quartel do século XX. Na década de 80, a par de Eliot Freidson, Andrew Abbott foi a grande referência teórica que inspirou novas abordagens nos decénios seguintes¹¹⁸.

Andrew Abbott construiu um novo modelo teórico - metodológico integrador de várias correntes de pensamento associadas à sociologia das profissões. Colocou em diálogo as abordagens desenvolvidas anteriormente no âmbito desta área científica nomeadamente o funcionalismo, o interaccionismo e as teorias críticas e reabilitadoras das profissões (incluindo o “paradigma do poder”) criando a sua própria perspectiva de natureza “competitiva” das actividades profissionais. Por outro lado, sentiu necessidade de comprovar empiricamente o que defendia no seu trabalho tomando como objecto de estudo algumas actividades ocupacionais “estabelecidas” e utilizando para o efeito uma abordagem sócio histórica que também seguimos no interior desta investigação.

¹¹⁶ LARSON, Magali (1977), *Op. cit.* pp. 51.

¹¹⁷ Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *The System of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago/London: The University of Chicago Press.

¹¹⁸ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 186.

Andrew Abbott procurou construir “uma teoria sistémica que [lhe] permit[isse] explicar a diversidade e complexidade das situações no domínio das profissões”¹¹⁹.

O ponto de partida deste autor prende-se com a dificuldade de encontrar uma definição de profissão, e das competências associadas, que pudesse ser generalizada e universal. Esta ambição universalista, no seu entender, só pode ser concretizada se em vez de se valorizarem os percursos individuais das profissões, a perspectiva se deslocar para as relações entre as profissões (as interdependências), construindo desse modo um conceito de profissão abrangente, dialogante, para dentro e fora de si mesmo, e dinâmico. Neste sentido o autor coloca a tónica na relação entre as profissões e as situações de trabalho, bem como na definição das suas competências, construindo-se assim **jurisdições** próprias dos diferentes grupos profissionais. Este termo implica uma relação de proximidade entre uma determinada actividade profissional e o exercício concreto do trabalho inerente a essa actividade ou grupo:

“O fenómeno central da vida profissional é, com efeito, a articulação entre a profissão e o trabalho, uma ligação a que dou o nome de jurisdição. Para analisar o desenvolvimento profissional, é necessário analisar como é que esta ligação é criada no trabalho, onde se encontra ancorada ao nível das estruturas sociais formais e informais, e de que modo a interligação jurisdicional entre as profissões determina a história individual de cada uma delas”¹²⁰.

De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues, existem cinco eixos que caracterizam o pensamento de Abbott onde este tenta demonstrar a importância e as potencialidades de uma teoria sistémica das profissões. Em primeiro lugar, refere que o estudo das profissões deve centrar-se nas áreas de actividade sobre as quais detêm o direito de controlar a prestação de serviços: jurisdições, centrando a análise no exercício concreto do trabalho desenvolvido pelos grupos; em segundo lugar as disputas, os conflitos e a competição em áreas jurisdicionais constituem a dinâmica do desenvolvimento profissional, entrando aqui um conjunto de negociações que devem ser analisadas entre os grupos ocupacionais que pretendem conquistar ou consolidar uma determinada área de influência; em terceiro lugar, as profissões existem no conjunto do sistema ocupacional e não como entidades isoladas, pelo que devemos ter em linha de conta não apenas a estrutura interna das profissões mas, sobretudo, as relações de interdependência criadas entre as mesmas; em quarto lugar, a característica que melhor

¹¹⁹ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 93.

¹²⁰ ABBOTT, Andrew (1988), *Op.cit.*, pp. 20.

define a conquista ou consolidação de áreas jurisdicionais, assim como o próprio conceito de profissão é o **conhecimento abstracto** controlado pelos grupos ocupacionais: a abstracção confere capacidade de sobrevivência no competitivo sistema de profissões defendendo o grupo de intrusos, uma vez que só um sistema de conhecimento governado por abstracção permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas; por fim, em quinto lugar, um aspecto relevante relacionado com o conceito de profissionalização onde se defende a multidimensionalidade dos processos de desenvolvimento profissional.

Neste sentido, o autor realça que o importante não são as estruturas organizacionais, mas antes o exercício aplicado em contexto de trabalho e sobretudo a articulação entre as profissões e o seu trabalho, constituindo-se **jurisdições** mais ou menos permeáveis.

Joaquim Folgado defende que “a questão central analisada por Abbott é a do processo e das condições do estabelecimento efectivo e manutenção de uma jurisdição, por parte de um grupo profissional”¹²¹. Maria de Lurdes Rodrigues, no seguimento do pensamento de Abbott, encontrou três eixos de análise que têm como objectivo resolver alguns aspectos realçados anteriormente:

- 1) O processo e as condições do estabelecimento efectivo e da manutenção de jurisdição (tendo em atenção as estruturas formais e informais que legitimam e garantem o espaço profissional);
- 2) As fontes de mudança no interior do sistema (é importante uma compreensão alargada sobre o trabalho, as suas divisões, as carreiras, etc...)
- 3) As fontes de mudança localizadas no exterior do sistema (compreender a acção das formas externas e os mecanismos que permitem a abertura a essas forças)¹²²;

No que diz respeito ao primeiro aspecto, agora identificado, a compreensão da natureza do trabalho de cada grupo ocupacional é um elemento essencial na medida em que permite avaliar a permeabilidade das jurisdições perante a interferência de outros

¹²¹ FOLGADO, Joaquim (2006), *Op. Cit.*, pp. 39.

¹²² RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 95.

grupos em competição. Quer dizer, ajuda a resolver um conjunto de problemas com os quais o grupo pode vir a debater-se pela manutenção da sua jurisdição.

Estas jurisdições que, no fundo, correspondem a áreas específicas do Saber, dominadas por um conjunto de especialistas que formam um grupo com interesses comuns, têm como objectivo a resolução de problemas do homem constituindo-se assim uma relação entre o trabalho dos especialistas e a própria sociedade.

Andrew Abbott refere que estes problemas podem ser de natureza individual ou colectiva, relativos a perturbações e distúrbios, por exemplo do corpo ou da alma; podem ser do domínio da criação, como a construção de um “projecto ou de um programa legislativo” embora passíveis de resolução por um conjunto de peritos¹²³. Cada problema apresenta soluções diferentes, mediante os especialistas ou peritos que o analisam, existindo ainda, nas relações entre a objectividade e a subjectividade, variáveis como os diferentes tipos de sociedade em que se enquadram os problemas e as áreas de jurisdição dos grupos nas mesmas sociedades ou o momento particular em que é necessário resolver os problemas. É por isso que este autor defende a necessidade de uma avaliação sistémica das profissões onde a História se apresenta como um elemento fundamental para a compreensão de dinâmicas, processos e retrocessos na resolução de problemas naturais (objectivos) ou culturais (subjectivos) com os quais o ser humano se debate ao longo da sua existência.

“As qualidades subjectivas de uma tarefa surgem durante a construção do problema pela profissão que correntemente “detém a jurisdição” da tarefa. As qualidades subjectivas do alcoolismo (...) são criadas pelo trabalho das profissões médicas e psicológicas. Investigar as qualidades subjectivas da jurisdição é assim analisar os mecanismos do próprio trabalho profissional.

Nos seus aspectos culturais, a afirmação da jurisdição exige que a criação destas qualidades subjectivas tenha três partes: classificar o problema, analisá-lo e actuar sobre ele (...)”¹²⁴.

Neste sentido, Abbott considera que a resolução dos problemas passa por três etapas estruturantes que compõem a sua análise: o *diagnóstico*, a *inferência* e o *tratamento*, construindo assim uma determinada racionalidade que lhe permitiu compreender e aprofundar a perspectiva cultural da prática profissional, nomeadamente médica.

¹²³ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.*, pp. 35.

¹²⁴ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 40.

“As três constituem modalidades de acção mais do que os actos por si mesmo. Mas a sequência de diagnóstico, tratamento e inferência incorpora a lógica cultural essencial da prática profissional. É no interior desta lógica que circula a tarefa de receber as qualidades subjectivas que constituem a estrutura cognitiva de uma (...) jurisdição.”¹²⁵

De acordo com o autor, o diagnóstico e o tratamento constituem actos de mediação. O primeiro procura introduzir informação no sistema de conhecimento profissional e o segundo tenta trazer a solução a partir desse conhecimento profissional de modo a actuar concretamente sobre o problema¹²⁶.

Estas duas etapas constituem elementos de gestão da informação que tanto podem ajudar a clarificar o problema para o especialista, que o simplifica e faz chegar a explicação a quem se encontra fora do mesmo ou a lidar lateralmente com o problema – por exemplo outros grupos ocupacionais –, como, pelo contrário, esta acção de simplificação pode ser sinónima de fragilidade jurisdicional na medida em que outros grupos ocupacionais podem apropriar-se de um conjunto de conhecimentos pertencentes a essa área delimitada de trabalho, permitindo assim a degradação de uma jurisdição, face ao engrandecimento de outra. Maria de Lurdes Rodrigues defende que “a vulnerabilidade da jurisdição profissional pode ser afectada por algumas características do sistema de classificação de diagnóstico e tratamento”¹²⁷.

O elemento com maior importância na definição de uma jurisdição profissional, no entender de Abbott, é a *inferência*, isto é a análise do problema que permite o tratamento. Abbott refere que este é um acto altamente profissional na medida em que toma a informação recolhida pelo diagnóstico e propõe uma série de tratamentos cujos resultados são, mais ou menos, previsíveis. A *inferência* no modelo de Abbott, é um elemento de conexão cujo equilíbrio depende do desenvolvimento do conhecimento académico.

Assim, encontramos mais um “elemento-chave” para a compreensão do sistema de profissões proposto por Abbott: **o conhecimento académico**. Refere, que na maioria das profissões o seu trabalho se encontra directamente relacionado com um sistema de conhecimentos que formaliza um conjunto de competências das quais, no fundo, depende o próprio trabalho e a jurisdição do grupo profissional. O conhecimento, enquanto elemento abstracto, é um ponto central na teoria sistémica das profissões deste

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 96.

autor, que valoriza o Saber-Fazer e as instituições académicas de aprendizagem, locais de formalização do saber.

“A capacidade de uma profissão manter a sua jurisdição apoia-se parcialmente no poder e prestígio do seu conhecimento académico. Este prestígio reflecte a convicção pública errónea de que o conhecimento profissional é contínuo com o conhecimento prático da profissão e, portanto, o prestigiado saber abstracto implica um trabalho profissional efectivo. De facto, o verdadeiro uso do saber profissional académico é menos prático do que simbólico. O conhecimento académico legitima o trabalho profissional através da clarificação das suas fundamentações e traça os mais elevados valores culturais. Na maioria das profissões modernas, estes são os valores da racionalidade, da lógica e da ciência. Os profissionais académicos demonstram o rigor, a clareza e o carácter cientificamente lógico do trabalho profissional, legitimando, portanto esse trabalho no contexto de valores mais amplos”¹²⁸.

Deste modo, o sistema de abstracção do conhecimento académico constitui um importante pilar na definição das profissões e das suas jurisdições. É por isso que, segundo o autor, o conhecimento académico é um dos primeiros elementos a ser atingido directamente por outras áreas jurisdicionais, dado que é ali que se legitima o trabalho dos profissionais, cumprindo, também, a tarefa essencial de desenvolver e produzir conhecimento para que o grupo tenha ao seu dispor novas competências que lhe permitam fazer novos diagnósticos, tratamentos e inferências.

“Diagnóstico, tratamento, inferência e conhecimento académico constituem a maquinaria cognitiva da jurisdição: definem tarefas dentro do conhecimento, “problemas profissionais” que são potenciais objectos de acção e investigação. Mas, para construir actos de *expertise*, de saber-fazer, e justificá-los cognitivamente não é suficiente para a definição de jurisdição; é necessário o reconhecimento social da estrutura cognitiva, através de direitos exclusivos, os quais podem incluir o monopólio da prática profissional, o pagamento público dos serviços, o direito de autodisciplina, o controlo da formação, do recrutamento e das licenças”¹²⁹.

Este modelo de análise coloca o Saber académico, entendido aqui como abstracto, como um elemento operativo da maior importância na constituição de jurisdições dos diferentes grupos ocupacionais, apresentando-se como um elemento competitivo interprofissional importante na abordagem sistémica proposta pelo autor.

Mas, desde logo, coloca-se a questão de saber qual o nível de abstracção que as profissões devem possuir? A resposta para esta questão, de acordo com a análise de Abbott, depende do grupo ocupacional que estamos a estudar, do tempo e do espaço em

¹²⁸ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 53 e 54..

¹²⁹ *Idem.*

que o fazemos, do contexto histórico e social, salientando que não existe um modelo absoluto/padrão que possa definir claramente o nível de abstracção do conhecimento académico inerente a cada profissão, embora avance que, preferencialmente, procura-se o equilíbrio entre o conhecimento abstracto e o conhecimento prático da actividade profissional¹³⁰.

Assim, Abbott realça três aspectos que gravitam em torno do conceito que temos vindo a trabalhar e que constituem o espaço onde acontecem as alegações de competências, isto é, o “processamento das pretensões ou de disputa de jurisdição (audiências)”¹³¹ nomeadamente: o sistema legal, a opinião pública e as situações de trabalho (independente ou assalariado/ dentro ou fora de organizações).

Maria de Lurdes Rodrigues considera que “é profunda a contradição entre os dois campos formais de reclamação de jurisdição (legal e pública) e o campo informal (situações de trabalho)”¹³² acabando por ter efeitos sobre o estabelecimento e manutenção de jurisdições. Neste sentido, esta autora defende que a estrutura da jurisdição assenta em torno de quatro elementos:

- 1) A *fixação de jurisdição* – proibição legal de outros grupos ou indivíduos desenvolverem o trabalho – poder ser total, por subordinação, interdependência de grupos ou controlo de parte do trabalho por outro grupo. A jurisdição total é normalmente baseada no poder do conhecimento abstracto que a profissão tem para definir e resolver certos problemas;
- 2) A *subordinação* – apresenta vantagens para o grupo com jurisdição total (permite delegar ou transferir tarefas o trabalho de rotina), mas é difícil de gerir. Desde logo, os processos de assimilação (os subordinados assimilam os modos de fazer do grupo dominante) tendem a subverter a fixação da jurisdição; depois, o sucesso da prática profissional depende em absoluto da participação dos subordinados; finalmente, a sua manutenção requer o uso de uma ordem simbólica complexa (uso de títulos, uniformes, outros símbolos de autoridade que permanentemente afirmam que todos os subordinados sabem menos que os profissionais sobre todos os assuntos), de actos de exclusão (os subordinados não precisam de saber tudo) e de coerção;

¹³⁰ Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 104.

¹³¹ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit*, pp. 97.

¹³² RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit*, pp. 97.

- 3) A *interdependência dos grupos* e outras formas de divisão de jurisdição ou divisão do trabalho entre profissões estabelecidas reflecte o desenvolvimento complexo de tarefas, sendo a sua manutenção também difícil devido, de novo, aos processos de assimilação entre os grupos;
- 4) A *estrutura interna* ou a organização social de uma profissão tem três componentes: os grupos ou segmentos (com diversas formas e características); as instituições de controlo (escolas, licenças, códigos de ética); e as situações de trabalho;

Portanto, a fixação de jurisdição por parte dos grupos profissionais caracteriza-se pelo controlo cognitivo legitimado por um conhecimento abstracto dinâmico e por um controlo social, actualizado no plano legal, da opinião pública ou nas situações de trabalho.

Todavia, existem outros níveis de análise relativos ao sistema de profissões, proposto por Andrew Abbott que referimos atrás: as forças internas¹³³ e as forças externas¹³⁴. As primeiras, dizem respeito ao desenvolvimento de novos conhecimentos e saberes-fazer e promovem um dinamismo interno do grupo que se traduz num sistema de posições no seu interior; quanto às forças externas decorrem de alterações tecnológicas, naturais ou culturais que acontecem e que obrigam o grupo a tomar uma posição de abertura ou fechamento perante as mutações externas num claro sentido de tentativa de manutenção de jurisdição.

Decorre desta lógica, no modelo em análise, a importância do estudo intraprofissional, nomeadamente a distribuição dos indivíduos no interior das carreiras, levando muitas vezes a compreender que existe um princípio de diferenciação entre quem se encontra, por exemplo, no topo da sua carreira e quem se encontra nos primeiros degraus da mesma.

“(…) os profissionais que recebem dos pares mais alto estatuto são os que trabalham no mais puro meio profissional, mais próximo do conhecimento aplicado: académicos, consultores, etc; inversamente no fim da escala o que estão mais afastados do conhecimento, do meio profissional puro e mais próximos dos clientes, com os quais são necessários compromissos”¹³⁵.

¹³³ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 133.

¹³⁴ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 141.

¹³⁵ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 100.

As forças externas, onde se pode tomar como objecto de análise a diferenciação por clientes constitui um factor importante na definição de uma imagem identitária reforçada.

No seu modelo de análise, Abbott recupera o conceito de poder profissional, salientando que o conhecimento abstracto constitui, ele mesmo, uma fonte do poder profissional. Reconhece que fora do sistema de profissões existem forças que podem influenciar decisivamente a conduta das actividades profissionais, nomeadamente o Estado.

Andrew Abbott defende uma análise sistémica das profissões onde a jurisdição é o seu principal conceito que é construído a partir de indicadores que ajudam a compreender a sua teoria “competitiva” das actividades profissionais. Recupera elementos da perspectiva funcionalista, como a importância do conhecimento na construção e manutenção de uma jurisdição; do paradigma interaccionista alimenta-se dos conceitos de processo e “segmentação intraprofissional” que o ajudam a definir a abordagem dinâmica do sistema das profissões e a constituir uma base que lhe permite analisar os diálogos e as negociações interprofissionais; do paradigma do poder, apesar de aparentemente ignorar o importante contributo deste modelo teórico para o desenvolvimento da sociologia das profissões, utiliza, entre outros, o conceito de poder que o ajuda a compreender as estratégias profissionais no sentido da fixação de jurisdição desenvolvidas por cada grupo assim como a influência junto da acção política transmitindo a crença de que o conhecimento, base da jurisdição, é um elemento importante para a organização das sociedades modernas.

Para terminar recuperamos as ideias-síntese de Carlos Gonçalves quando refere a propósito deste modelo de análise o seguinte:

“1) o conjunto das profissões constitui o que designa por “sistema de profissões” – concepção holística sobre o fenómeno profissional que valoriza a interdependência das relações entre as profissões;

2) a fixação das jurisdições é o objectivo primeiro do desenvolvimento das profissões, o que concorre directamente para uma permanente conflitualidade interprofissional;

3) o conhecimento formal, de natureza abstracta, controlado monopolisticamente por uma profissão é o seu elemento definitório principal e, em simultâneo, o seu primeiro recurso no seio daquela conflitualidade;

4) as profissões não são homogéneas, apresentam-se diferenciadas internamente em grupos ou segmentos, de acordo com as situações de trabalho, mas também em instituições de ensino e de controlo;

5) as profissões são sujeitas a mudanças produzidas por forças internas (em que predomina o incremento de novos conhecimentos científicos) e por forças externas

(evolução tecnológica e alterações nas organizações), que conduzem a mutações na sua legitimidade social e poder,

6) o poder da profissão é fundamental para manter a respectiva jurisdição e decorre da capacidade de dominação face a outros grupos profissionais, ao Estado e aos clientes ou empregadores”¹³⁶.

Este modelo de análise contribuiu para que na década de 90 surgissem novas abordagens teóricas sobretudo com uma dimensão comparativa. Destacamos apenas os trabalhos de Keith Macdonald (1995), que temos vindo a utilizar, os trabalhos de Michael Burrage e Raulf Torsthendal (1990^a; 1990b) ou do próprio Claude Dubar e Pierre Tripier (1998), entre outros, que também utilizamos por diversas vezes no decorrer deste trabalho de investigação.

Posto isto, passemos agora a analisar especificamente a influência que a figura do Estado pode ter exercido junto das profissões na contemporaneidade, à luz destas teorias sociológicas, e o seu papel no processo de construção dinâmico das identidades profissionais.

1.2. O Estado e as profissões.

A análise da relação entre o Estado e as profissões é fundamental para compreender a formação, manutenção, ampliação ou degradação da esfera de influência de algumas actividades profissionais face a outras. Partimos do princípio que o Estado não pode ser encarado como um elemento passivo no desenvolvimento das profissões, pelo contrário, dado que constrói mecanismos que ajudam a valorizar o seu projecto político a partir, ou por intermédio, das actividades profissionais.

“Assim, é consensual entre todos os autores, apesar de defenderem diferentes teses, que a relação política com o Estado, o papel das profissões no processo político, a sua dinâmica e estrutura política, a análise das suas redes de influência e acção colectiva são centrais para a compreensão das profissões nas sociedades contemporâneas”¹³⁷.

Elisabeth Longuenesse realça a importância da centralidade que o Estado assume no desenvolvimento das profissões. Defende, que a história das profissões se encontra intimamente ligada ao percurso dos Estados modernos. Neste sentido, aponta a emergência e o desenvolvimento das profissões como produto, por um lado, da

¹³⁶ GONÇALVES, Carlos (2007/2008), *Op. Cit.*, pp. 186.

¹³⁷ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Op. Cit.*, pp. 123

evolução da divisão do trabalho e da sua complexificação e, por outro lado, das relações entre o Estado e a própria sociedade¹³⁸.

Mike Saks, em 1983, chamava a atenção para o papel do Estado, do ponto de vista das profissões, na medida em que caberia a este a atribuição de licenças¹³⁹ com vista à cedência de uma determinada tarefa, exclusivamente, a um grupo. A intervenção do Estado na definição das profissões constitui uma área que deve ser explorada atendendo ao facto de nos situarmos na Europa continental onde o Estado desempenhou, ao longo do período contemporâneo, um papel mais interventivo ao contrário do que aconteceu, por exemplo, nos países anglo-americanos¹⁴⁰.

No interior destas realidades políticas (países anglo-americanos) o Estado surge nas abordagens funcionalistas, de inspiração anglo-americana, com um peso relativo na definição das actividades profissionais colocando-se apenas o enfoque nas pressões dos grupos profissionais exercidas sobre o Estado para a atribuição de licenças, relegando para segundo plano o papel central do Estado em diálogo com as profissões na organização da sociedade moderna.

Esta percepção de que o Estado existia mas que tinha um papel relativamente passivo foi continuada pelas abordagens interaccionistas e também por uma facção das perspectivas relacionadas com o “paradigma do poder”, nomeadamente por Freidson. Não obstante, Johnson e Larson, embora de uma outra forma, chamaram a atenção para a importância da conexão Estado-profissão como aliás tivemos oportunidade de referir no ponto anterior dedicado ao modelo teórico do poder das actividades profissionais.

A partir destas novas abordagens, no final da década de 70, o Estado começou a emergir na literatura especializada como um actor central no processo de desenvolvimento das actividades profissionais nomeadamente na Europa continental que dava os primeiros passos no interior da sociologia das profissões. Realçavam-se alguns aspectos que o Estado podia controlar do ponto de vista dos conteúdos e das

¹³⁸ Cf. LONGUENESSE, Elisabeth (1994), “Introduction (Atelier 2 – État, Institutions, pouvoirs et professions liberales)” in DUBAR, Claude e LUCAS, Yvette (éds.), *Génese & Dynamique Des Groupes Professionnels*, Presses Universitaires de Lille, pp. 129.

¹³⁹ SAKS, Mike (1983), “Removing the Blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of professions”. In *The Sociological Review*, vol. 31 (1).

¹⁴⁰ “Macdonald e Ritzer (1988) explicam que o menor interesse da sociologia norte-americana pelas relações entre o Estado e as profissões se deve, sobretudo, a razões de natureza cultural. Em primeiro lugar, nos EUA, embora também fosse incluída a noção de profissão de uma larga escala de possibilidades que vai desde a profissão liberal ao funcionário, é à primeira (profissão liberal) que toda a literatura dá maior relevo. Por outro lado, no EUA, a fase de maior desenvolvimento das profissões ocorre durante o período de *laissez-faire*, o que pode ter induzido um menor interesse pelo papel do Estado” in RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. Cit.*, pp. 123.

práticas profissionais fosse “como empregador, [ou] mesmo na formação de novos membros das profissões”¹⁴¹. Curiosamente, esta acção estatal aconteceu com o grupo das enfermeiras portuguesas na medida em que o Estado, a partir da década de 40 do século XX, assumiu a responsabilidade de construir os programas de estudo – currículos – que deviam ser leccionados no interior das escolas de enfermagem. Porém, o que poderia constituir um sentido de acção próprio do regime político então vigente – o Estado Novo – prolongou-se durante cerca de 15 anos, depois de 1974, já no interior de outro regime político – a Democracia. Este é apenas um exemplo da influência do Estado na definição de uma jurisdição académica que se encontra na base das profissões, independentemente dos regimes políticos vigentes.

Quando estudamos profissões estamos também a analisar fenómenos políticos, tal como Ramsey defendeu na década de 80 quando analisou em França os monopólios profissionais dos médicos¹⁴².

António Nóvoa também refuta a passividade do Estado e coloca-o como “um actor central, no processo de emergência e desenvolvimento dos diferentes grupos profissionais”¹⁴³. De acordo com esta ideia, o autor defende que a delegação exclusiva de determinadas tarefas aos grupos profissionais só acontece porque contribui para a sustentabilidade do próprio Estado. Refere que “[Patronage – Professionalism – State mediation¹⁴⁴]” é um esquema que mostra a presença cada vez mais activa do Estado na regulação do mundo do trabalho, passando de uma posição relativamente periférica para uma posição central de mediador”¹⁴⁵.

No mesmo sentido, chama-se a atenção para a importância da relação e interdependência das profissões com a burocracia. De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues, o Estado tem um papel relevante na construção de profissões burocráticas na medida em que as controla ideologicamente.

“As profissões burocráticas são ocupações cujos objectivos, valores-base e idealismo estão em consonância com os objectivos ideológicos do Estado, o qual garante à profissão licenças, clientela pública e o respectivo pagamento, e esta fornece os serviços eficientemente, aceitando limitações à autonomia profissional, sobretudo no que

¹⁴¹ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. Cit.*, pp.123.

¹⁴²Cf. RAMSEY, Matthew (1988), *Professional and Popular Medicine in France 1770-1830*, Cambridge: Cambridge University Press.

¹⁴³ NÓVOA, António (1989), *Op. Cit.*, pp. 47.

¹⁴⁴ Nóvoa cita esta ideia a partir dos trabalhos de FIELDING, A.G e PORTWOOD, D. (1980).

¹⁴⁵ NÓVOA, António (1989), *Op. Cit.*, pp. 46.

respeita à escolha e definição dos clientes, bem como à possibilidade de ter clientes privados”¹⁴⁶.

Deste modo, as profissões podem ser consideradas e classificadas como profissões ao serviço do Estado (públicas), colaborantes com o Estado (semi-públicas), semiprivadas ou privadas. Portanto, é significativo compreender os jogos estratégicos desenvolvidos pelas profissões e as alianças políticas que promoveram com o Estado, de modo a analisar o grau de autonomia, e heteronomia, das actividades profissionais em relação ao Estado, assim como a participação de determinados elementos de grupos profissionais, nomeadamente os “estabelecidos”, no interior do projecto político do Estado.

Neste sentido, podemos considerar que o Estado assume perspectivas diferentes, do ponto de vista da profissionalização, no que toca a determinados grupos ocupacionais em relação a outros e adequa as suas respostas de acordo com interesses próprios e áreas onde quer exercer influência, por exemplo campos de natureza religiosa onde quer entrar e laicizar, negociando com os grupos. De certo modo, a enfermagem em Portugal responde a estes interesses laicizadores por parte do Estado na medida em que até, pelo menos meados do século XIX, esteve sob a alçada da Igreja Católica e das suas ordens religiosas.

Para concluir, devemos referir que o Estado nas suas relações com as profissões não assume unidireccionalmente a sua conduta, pelo contrário, dado que de época para época, de contexto para contexto político, alteram-se os interesses do próprio Estado e dos grupos o que provoca constantemente a necessidade e a ideia de estar em permanente processo de negociação com os grupos ocupacionais reflectindo-se isso na ordem social e na esfera de influências de cada actividade, nas ambições dos grupos e, enfim, na construção identitária dos mesmos.

1.2.1. O Estado-Providência e as profissões

A formação das profissões resulta de um longo processo entre a Sociedade e o Estado. Podemos abordar a questão da origem das profissões a partir da formação do Estado Moderno e da institucionalização das suas relações¹⁴⁷. Michel Foucault utilizou,

¹⁴⁶ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. Cit.*, pp. 124.

¹⁴⁷ LONGUENESSE, Elisabeth (1994), *Op. cit.*, pp. 131.

entre outros, o conceito de poder para estudar a transição “política” do Antigo Regime para o período Contemporâneo. Analisou o processo de construção de uma sociedade disciplinar onde o Estado desempenhou um papel central através da construção de dispositivos específicos que permitiram gradualmente controlar a população e os territórios. De acordo com o autor, foi a partir dos saberes e de técnicas específicas que essa capacidade disciplinadora do Estado foi exercida. Já não interessava o castigo do corpo, o que importava era controlar as pessoas exercendo poder sobre todas e cada uma delas no sentido de normalizar a sociedade de acordo com o projecto político intencional do Estado¹⁴⁸.

De acordo com esta ideia, o Estado moderno acabou por utilizar as profissões e os grupos ocupacionais de forma a constituírem dispositivos fundamentais na arte de administrar, de governar e de controlar¹⁴⁹ a população. Assim, as profissões e o Estado, segundo Michel Foucault, comungam um conjunto de interesses que favoreciam o projecto político do Estado onde os grupos profissionais eram recompensados pela sua eficiência e desempenho constituindo-se, deste modo, uma relação de cumplicidade, dependência e transformação das relações sociais¹⁵⁰.

“Porém, esta relação com o Estado, a dependência ou o privilégio, implica, também, que as ocupações estejam particularmente sensíveis à evolução das relações entre o Estado e a Sociedade, quer dizer à evolução das missões do Estado; O desenvolvimento do Estado Social, depois da IIª Guerra Mundial, especialmente nos países onde os partidos social-democratas chegaram ao poder, resultou num desenvolvimento sem precedentes das instituições públicas que, no fundo, constituem a origem da emergência de novas formas de especialização e prática no interior das relações laborais, incluindo a valorização salarial dos diferentes corpos”¹⁵¹.

A consolidação, sobretudo no período pós IIª Guerra Mundial, desta ideia de Estado ao serviço do bem-estar dos cidadãos instalou-se na sociedade ocidental até aos dias de hoje.

O desenvolvimento de um “Estado-providência” introduziu novas questões relacionadas com o processo de formação e manutenção de profissões ou grupos ocupacionais. Segundo Elisabeth Longuenesse, o desenvolvimento do Estado

¹⁴⁸ Entre outros, Cf. FOUCAULT, Michel, *Vigiar e Punir – História da Violência nas Prisões*, 31ª edição, Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

¹⁴⁹ LONGUENESSE, Elisabeth (1994), *Op. cit.*, pp. 132.

¹⁵⁰ Sobre este assunto deve consultar-se, entre outros: GOLDSTEIN, Jan (1984), "Foucault among the sociologists: the "disciplines" and the history of professions". *History and Theory*, (2), Vol. 23.

¹⁵¹ LONGUENESSE, Elisabeth (1994), *Op. cit.*, pp. 135.

Social/Providência levou a uma crescente intervenção desta figura em diferentes domínios e esferas de actividade introduzindo, assim, a noção de serviços ou funções públicas, implicando o crescimento deste “status” (funcionalismo público) relacionado com o aumento da valorização das actividades ao serviço do “interesse geral” face ao “status” das profissões liberais (privadas). Neste âmbito, o assalariamento das funções que emergem pela mão do Estado-Providência e que correspondem a grupos ocupacionais com ambições de desenvolvimento profissional constitui um elemento de análise fundamental. Por um lado, o assalariamento reforçava uma determinada ideia de valorização da actividade do grupo; por outro, colocava o grupo na dependência burocrática do Estado¹⁵² corroborando, de certo modo, o que referimos anteriormente.

Margareta Bertilsson, alinhada com a posição que temos vindo a manifestar, defende que a relação entre o Estado-Providência e as profissões é algo que ainda não se encontra explorado suficientemente. Assim, é relevante compreender que as profissões tiveram um importante papel na administração do Estado-Providência, especialmente no que diz respeito à administração dos direitos dos cidadãos¹⁵³ e serviços de que podem usufruir.

A autora constrói um esquema de análise onde começa por clarificar as diferenças entre um Estado Liberal e um Estado-Providência. No interior do Estado Providência, a lei assume um papel regulador da sociedade, ao invés do que acontece nos modelos liberais, onde as profissões e o mercado de trabalho são os principais reguladores.

Num Estado Liberal, o raio de acção da *Esquerda* para as profissões, presumivelmente, é muito maior do que no Estado-Providência. Todavia, o Estado-Providência depende, ao contrário do que poderia parecer, das decisões dos profissionais que, no fundo, o Estado tenta controlar politicamente¹⁵⁴. Tudo isto tem implicações para os cidadãos, do ponto de vista dos seus direitos. Vejamos...

No Estado Providência, os cidadãos encontram-se legalmente protegidos. Isto é, os seus direitos sociais, por exemplo no domínio da saúde, pensões, subsídios pelo nascimento de crianças, entre outros, encontram-se garantidos pelo paternalismo estatal ao invés dos cidadãos poderem usufruir directamente da liberdade de escolha sobre, por

¹⁵² Cf. LONGUENESSE, Elisabeth (1994), *Op. Cit.*, pp. 130.

¹⁵³ BERTILSSON, Margareta (1990), “The welfare state, the professions and citizens” in TORSTENDALL, Rolf e BURRAGE, Michael (eds.) (1990), *The Formation of Professions*, London/Newbury Park/ New Delhi: Sage Publications, pp. 115.

¹⁵⁴ *Idem*.

exemplo, a quem querem comprar/delegar esses serviços. Quer isto dizer que o Estado-Providência ao potenciar a protecção social aumentou, paralelamente, a possibilidade de valorização de grupos ocupacionais, como as/os enfermeiras/os ou as/os professoras/es, que até aí tinham dificuldades de afirmar a sua condição profissional.

O que acontece é que o Estado-Providência é um modelo burocratizado, isto é que constrói um conjunto de “corpos intermediários” entre si e a sociedade enquanto o modelo liberal aposta numa relação, de certo modo, mais directa face ao modelo anterior. O Estado-Providência procura materializar-se através de garantias sociais reguladas pela lei; o Estado Liberal encontra o seu espaço colocando à disposição dos cidadãos uma determinada oferta de serviços no interior de um mercado. De uma forma simples e acessível, sem querer entrar na discussão propriamente dita, estas constituem as grandes diferenças entre os dois “modelos de Estado”.

Deste modo, o papel das profissões é variável consoante os paradigmas de Estado onde se encontram inscritas. Margareta Bertilsson defende, tal como já referimos, que no “Estado Liberal os serviços profissionais são oferecidos no mercado; no Estado de bem-estar, através de um dispositivo legal, os serviços ficam disponíveis para os cidadãos”¹⁵⁵ mediante um conjunto de critérios como por exemplo a idade no caso das pensões ou a gravidez.

Para a autora, o Estado Providência influencia decisivamente as identidades profissionais na medida em que “profissionaliza” um conjunto alargado de actividades que lhe permitem instaurar o modelo de Estado-Providência recompensando os grupos ocupacionais e profissionais que apoiam este projecto político.

Assim, os serviços que o Estado-Providência coloca ao dispor da sociedade, através dos grupos profissionais ou ocupacionais, constituem um elemento fundamental para a implementação de um “Estado Social” que procura regular os cidadãos exercendo, para isso, influência sobre os mesmos. Para o efeito promove um sistema de recompensas ou, mais concretamente, de garantias sociais utilizando os grupos como factor de sustentabilidade do modelo em causa, colocando-os ao seu serviço e na sua dependência. Deste modo, o Estado convoca estes grupos para desempenhar papéis em nome do interesse colectivo. Interesse que pode não ser o individual, criando-se muitas vezes conflitos, entre aquilo que o Estado quer para os cidadãos e aquilo que os grupos

¹⁵⁵ BERTILSSON, Margareta (1990), *Op. Cit.*, pp. 117.

pretendem para si, quantas vezes por referência a outros grupos ocupacionais ou profissionais.

Esta discussão entre modelos ou paradigmas de Estado prolongou-se até aos dias de hoje. Em 2003, foi publicada uma colectânea de textos intitulada “Les Professions et Leurs Sociologies”¹⁵⁶ dirigida por Pierre-Michel Menger. Aqui, podemos encontrar alguns contributos que ajudam a clarificar a evolução de modelos teóricos e categorias no interior desta problemática. Destacamos o texto de Dominique Schnapper porque vai ao encontro das questões que temos vindo a desenvolver no que diz respeito ao Estado-Providência. Para o autor, o Estado-Providência, de acordo com as reflexões que fez tomando como exemplo o caso francês, define-se do seguinte modo:

“Entendo por Estado-Providência (ou, indiferentemente, *Welfare State* ou «Estado de Intervenção»), o Estado democrático que, em nome dos princípios de justiça social promovida no interior da comunidade de cidadãos, supervisiona a produção e redistribuição de riqueza; [o Estado-providência é também aquele que] através de um sistema de ensino organiza a formação dos indivíduos; assegura protecção social, garantindo todos os cuidados de saúde e, no caso de acidente, desemprego ou reforma, compensações financeiras. [O Estado-Providência] deve, através de impostos e da carga fiscal global, assegurar transferências financeiras para determinados grupos de pessoas, gerindo, desse modo, as rivalidades e os conflitos entre grupos sociais”¹⁵⁷.

Desta definição o autor assume que, em França, decorreram transformações do ponto de vista da organização das actividades ocupacionais em duas dimensões: a dimensão *sanitária-social* e a *educativa-cultural*. A constituição e afirmação de grupos ocupacionais no sector da educação, da cultura, da saúde e do trabalho social, bem como os respectivos elementos de gestão e avaliação correspondentes, são um produto do Estado-Providência. Defende que “os trabalhadores sociais, no sentido amplo do termo sanitário-social, e os educadores e difusores culturais, no sentido de educativo-cultural, constituem dois exemplos privilegiados”¹⁵⁸ desta intervenção do Estado-Providência na definição de grupos ocupacionais relacionados ora com a educação, ora com a saúde.

¹⁵⁶ MENER, Pierre-Michel (2003), “Les Professions et Leurs Sociologies – Modèles Théoriques, Catégorisations, Évolutions”. *Actes du Colloque de La Société Française de Sociologie* (Paris, Octobre, 1999), Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l’homme.

¹⁵⁷ SCHNAPPER, Dominique (2003), “Les Expériences Vécues dans Quelques Métiers de L’État Providence” in MENER, Pierre-Michel (Dir.), “Les Professions et Leurs Sociologies – Modèles Théoriques, Catégorisations, Évolutions”. *Actes du Colloque de La Société Française de Sociologie* (Paris, Octobre, 1999), Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l’homme, pp. 199 [nossa tradução].

¹⁵⁸ SCHNAPPER, Dominique (2003), *Op. cit.*, pp.201 [nossa tradução].

No caso da saúde, apresenta o exemplo dos médicos franceses onde refere que a democratização da saúde obrigou o Estado a mexer nas regalias ou recompensas que, *naturalmente*, estavam associadas à medicina tocando também a questão da autonomia profissional cruzada com a implementação de um sistema de segurança social que veio trazer uma diminuição e um controlo maior das profissões “estabelecidas” como a dos médicos. O Estado-Providência para implementar a sua filosofia foi obrigado a negociar, e isto corresponde a um processo contínuo, com as profissões e as organizações representativas. No caso dos médicos, foram retirados alguns privilégios, do ponto de vista económico, no entanto também tiveram ganhos porque o Estado-Providência desenvolveu um sistema democrático de saúde que permitiu a entrada em grande escala de novos membros que potenciou uma “mercantilização da saúde”. De qualquer dos modos, a Segurança Social constituiu um importante dispositivo onde os médicos se encontram ancorados e por isso controlados pelo Estado.

As actividades educativo-culturais desenvolveram-se sob a alçada do Estado-Providência como resposta estratégica a crises pelas quais estas esferas de acção de quando em vez passam. Assim, em França, podemos encontrar três etapas de desenvolvimento desta categoria: a primeira, que corresponde às profissões de base, ou seja as mais antigas, como assistente social, educador social e animador sociocultural; depois nas décadas de 70 e 80, surgiram os educadores técnicos especializados, os monitores-educadores e os trabalhadores familiares; nos anos 90 apareceram os trabalhadores que se ocuparam dos problemas de marginalização social tendo em vista a sua normalização: os agentes locais de inserção, os encarregados de missão, os agentes de desenvolvimento, entre outros¹⁵⁹.

No fundo, estes grupos definem-se, consoante os interesses e os tempos históricos de cada um, como elementos vocacionados para uma determinada actividade imbuídos de um espírito de missão, que cumprem as normas e as condutas propostas pelo Estado-Providência tornando-se funcionários e integrando um modelo burocratizado que o Estado construiu para as profissões, nomeadamente para aquelas que se encontram ligadas à saúde, à educação, à difusão cultural, entre outras.

Para terminar este ponto, de acordo com Dominique Schnapper, o desenvolvimento do Estado-Providência promoveu, por arrasto, processos de

¹⁵⁹ SCHNAPPER, Dominique (2003), *Op. cit.*, pp.202 e 203.

profissionalização de actividades ocupacionais que até aí não eram consideradas essenciais à sociedade:

“Ao mesmo tempo, a burocracia, a evolução de valores colectivos, a mercantilização das relações sociais mudaram a prática das actividades tradicionais da profissionalização. [Por exemplo] da educação, aos cuidados do corpo e da moral, há muito que eram fornecidos gratuitamente pelas mulheres, no âmbito familiar ou de uma vocação; [porém, estas] tornaram-se ocupações do Estado-Providência ocupadas, sobretudo, por mulheres. [Neste sentido] o acesso à profissão [por exemplo de enfermeira] está agora sujeito à exigência de uma formação especial, reconhecida por um diploma, que habilita para um emprego, com todos os direitos relacionados com o assalariamento. Um exemplo simbólico dessa evolução prende-se com o desaparecimento gradual das freiras, que amamentou voluntariamente o doente no hospital, para um novo modelo onde as enfermeiras são graduadas [quer dizer especializadas e formadas]”¹⁶⁰.

No entanto, voltaremos a esta questão quando nos referirmos à construção de identidades de acordo com as questões de género. Para já, olhemos para a importância do conhecimento na definição das profissões, na delimitação de áreas jurisdicionais dos grupos e como fonte relevante para a compreensão de uma determinada identidade profissional.

1.3. O Saber como recurso profissional

Nas últimas décadas os cientistas sociais têm despertado para a importância das estratégias profissionais tomando como objecto de estudo os diferentes saberes que os grupos mobilizam. Torna-se cada vez mais importante compreender a construção cognitiva do conhecimento científico como elemento relevante na construção/consolidação ou afirmação de uma determinada identidade profissional ou jurisdição. Assim, ganha um especial interesse a análise da construção discursiva das diferentes áreas do conhecimento.

Maria de Lurdes Rodrigues refere que “o saber, os saberes, as competências e o conhecimento científico são um elemento essencial em qualquer das abordagens das profissões”¹⁶¹. Salienta que na perspectiva funcionalista da sociologia das profissões o conhecimento assume um papel central do ponto de vista do desenvolvimento profissional embora “encarado como uma “caixa negra”, como um dado com um valor intrínseco e de uma bondade inquestionáveis, do qual se decalcavam directamente os

¹⁶⁰ SCHNAPPER, Dominique (2003), *Op. cit.*, pp. 201 e 202.

¹⁶¹ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. cit.*, pp. 111.

poderes e privilégios profissionais”¹⁶², tal como tivemos oportunidade de explicar quando caracterizamos, em termos gerais, esta perspectiva.

Com o interaccionismo e os movimentos críticos e de reabilitação das profissões o Saber, tal como entendido na abordagem funcionalista, entrou em “crise”. Isto é, ao invés da proposta funcionalista, o conhecimento científico, apesar de importante na definição dos grupos ocupacionais, “não é uma condição suficiente” que, só por si, seja esclarecedora de um determinado sentido *natural* e adquirido das actividades profissionais. Neste sentido, é importante compreender o processo de constituição dos saberes como estratégia de construção e/ou consolidação de jurisdições socioprofissionais.

“Trata-se, então, já não de medir quanto de conhecimento teórico/abstracto possuem determinadas ocupações ou profissões, avaliado pelo número de anos de formação, mas perceber as condições sociais que levaram ou permitiram que uma ocupação reivindicasse, alcançasse e depois mantivesse ou perpetuasse uma particular competência/ *expertise*”¹⁶³.

A este propósito, Eliot Freidson refere que o saber, ou o conhecimento, constitui um dos principais recursos de poder profissional. No mesmo sentido, Andrew Abbott (1988) defende que a questão do conhecimento, e da sua abstracção, ganha novos contornos, promovendo novos entendimentos sobre a importância do saber na operacionalização dos grupos. O autor realça que qualquer ocupação pode obter uma licença, dando o exemplo das esteticistas, ou desenvolver um código de ética. Porém, o mesmo não acontece com o desenvolvimento de um sistema de conhecimentos abstractos que permitem consolidar uma jurisdição, ou uma identidade profissional, na medida em que “apenas um sistema de conhecimentos governado pela abstracção pode redefinir constantemente os seus problemas e as suas tarefas”¹⁶⁴.

Andrew Abbott defende que é a abstracção que permite uma determinada profissão defender, legitimar ou ampliar o seu campo de intervenção no sistema competitivo das profissões. Como já referimos anteriormente, o nível de abstracção deve caminhar para um equilíbrio entre si e a praxis profissional, de modo a que (a abstracção) possibilite a redefinição de problemas e permita encontrar novas soluções e competências aplicáveis no exercício concreto do trabalho. Deste modo, o conhecimento abstracto permite refazer teorias e propor novos saberes num movimento

¹⁶² RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. cit.*, pp. 112.

¹⁶³ *Idem.*

¹⁶⁴ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 9 (já citado anteriormente no entanto bastante ilustrativo).

permanente reforçando a identidade profissional dos grupos. Um sistema de abstracção assenta sobre um conjunto de racionalidades que, em regra, são apropriados no interior das instituições de formação. Estas, de acordo com Rolf Torstendahl, constituem um dos muitos recursos ligados ao Estado que influenciam o desenvolvimento de determinados tipos de conhecimentos ou saberes¹⁶⁵. Na análise da construção cognitiva do conhecimento das profissões também é preciso ter em conta um conjunto de forças internas e externa, como por exemplo o Estado.

Segundo Andrew Abbott um dos aspectos mais relevantes para a constituição de uma jurisdição, e consequentemente uma identidade profissional reforçada, passa pela “hiper-racionalização dos conhecimentos profissionais”, evitando investidas externas ao grupo, e pela capacidade de se auto-instruir tentando, num movimento contínuo, não perder o domínio dessas instituições de formação. Porém, pode acontecer que os grupos dominados, através da apropriação de conhecimentos, pelo facto de lidarem de perto com o grupo dominante, constituam uma esfera de competências próprias num espaço cognitivo de fronteira e que venham, inclusivamente, a auto-instruir-se, afastando o grupo dominante das instituições (dos grupos subordinados).

“Por detrás do mundo do trabalho profissional encontra-se uma racionalização do sistema, justificada com o ambiente e valores culturais, gerando ao mesmo tempo meios de trabalho profissionais. Como guardião do conhecimento profissional, na sua forma mais abstracta, encontram-se os centros académicos, únicos lugares a partir dos quais se podem reclamar novas jurisdições. Porém, essas reclamações não passam de reivindicações na medida em que tem de existir um ambiente social que legitime as mesmas”¹⁶⁶.

Estamos a verificar que uma análise consistente no interior da problemática em questão, deve passar por um entendimento sobre o envolvimento social das profissões, não descuidando o estudo da componente cognitiva que assegura um nível de abstracção indeterminado através do conhecimento académico e das instituições de formação que legitimam os grupos e possibilitam a constituição de jurisdições¹⁶⁷.

É no interior desta relação entre o Saber e o Poder exercido junto da comunidade que os trabalhos de Michel Foucault apresentam um especial interesse. Este autor consegue articular as dimensões social e cognitiva promovendo um diálogo conceptual

¹⁶⁵ TORSTENDAHL, Rolf (1990), “Introduction: promotion and strategies of knowledge-based groups” in TORSTENDAHL, Rolf e BURRAGE, Michael, *The Formation of Profession – Knowledge, State and Strategy*, London/Newbury Park/ New Delhi: Sage publications, pp. 7.

¹⁶⁶ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*, pp. 58 [nossa tradução].

¹⁶⁷ Cf. GOLDSTEIN, Jan (1984), *Op. cit.*

entre o saber e o poder e o papel das instituições na relação com a sociedade, através de um sistema de interesses mútuos¹⁶⁸.

A construção de campos discursivos, através da apropriação e desenvolvimento de discursos autorizados, constitui o verdadeiro pilar da relação entre o conhecimento científico e a legitimação das profissões no interior da sociedade.

Maria de Lurdes Rodrigues realça a importância do conceito de poder relacionado com o conhecimento, na medida em que o que se pretende é “a transformação do valor intrínseco do conhecimento em valor de uso reconhecido socialmente”¹⁶⁹.

“As ligações estruturais entre um nível de instrução relativamente elevado e os postos ou recompensas relativamente desejáveis na divisão social do trabalho podem assumir diferentes formas e são historicamente estabelecidas. Nas actuais sociedades, desiguais mas orientadas por uma ideologia igualitária/ democrática, a justificação dos privilégios, e sobretudo da autonomia, está estreitamente articulada com a institucionalização e a produção de saberes”¹⁷⁰.

A construção de um saber científico, isto é de um campo de discursivo de verdade, representa um importante recurso no sentido da constituição de uma identidade profissional socialmente reconhecida. São várias as estratégias que os grupos e as suas instituições de formação utilizam para passar uma mensagem de credibilidade para a sociedade. Uma delas pode ser através da aproximação de determinados grupos a saberes científicos “estabelecidos” de modo a apropriarem-se de metodologias e técnicas científicas que lhes permitam, por um lado, o reconhecimento social da sua actividade, e, por outro lado, integrar processos de mudança, sobretudo de mobilidade social.

Portanto, a construção de saberes sóciocognitivos também deve ser encarado como um elemento dinâmico, um espaço de negociações, alianças e conflitos com outros saberes, que contribuem decisivamente para a “adjudicação” de uma tarefa a um determinado grupo ocupacional. É por isso que torna-se cada vez mais relevante compreender as aproximações que os grupos fazem a determinados conhecimentos, de modo a constituir, consolidar e legitimar a sua esfera de intervenção. Os currículos

¹⁶⁸ Cf. FOUCAULT, Michel: *Vigiar e punir, arqueologia do saber, a ordem do discurso, a História da Loucura, o Nascimento da Clínica*.

¹⁶⁹ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. cit.*, pp. 114.

¹⁷⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. cit.*, pp. 115.

podem constituir uma boa fonte de informação que permite compreender os saberes com os quais um determinado grupo se relaciona.

“Pode, talvez, concluir-se que este encontro de disciplinas, isto é, as abordagens históricas inspiradas pelo paradigma interaccionista, ao deslocar a perspectiva de análise das profissões da estrutura para o processo confirmam a existência de uma dimensão socialmente construída no conhecimento, identificada pela corrente construtivista da sociologia da ciência, podendo contribuir, senão para a dissolução das clássicas distinções entre social versus cognitivo (...) pelo menos para o estabelecimento de pontes que tornem mais inteligíveis tais clivagens”¹⁷¹.

Na década de 90 era clara a importância do Saber, isto é do conhecimento profissional, na construção das actividades ocupacionais. Rolf Torstendahl foi um dos investigadores que mais contribuiu para o incremento desta perspectiva, que temos vindo a realçar, nesse decénio. Este autor defende que é a partir do conhecimento de base que emerge “a capacidade/habilidade para lidar com os instrumentos conceptuais que fazem parte de um determinado campo discursivo”¹⁷². É esse conhecimento de base que permite ao grupo, por um lado, aplicar uma linguagem própria e, por outro lado, proceder à codificação do campo discursivo evitando penetrações de outros grupos no seu interior.

As principais conclusões a que chegou, depois da publicação do livro *The Formation of Professions (1990)*, foram: em primeiro lugar, que os grupos, muitas vezes, constroem os seus próprios problemas de modo a, depois, serem eles mesmo a resolvê-los através das suas capacidades e do seu conhecimento profissional; em segundo lugar, que o conhecimento profissional, só por si, não é sinónimo de autonomia alargada; depois, esse conhecimento de base dos grupos é variável de sociedade para sociedade e, conseqüentemente, as estratégias constituem-se de modo não padronizado, quer dizer indeterminado; estes aspectos encontram-se pendentos dos ambientes envolventes e também, por exemplo, do próprio Estado.

Para terminar este ponto, referimos apenas que nesta obra também participou Randall Collins, onde realçou a relação do Saber com o prestígio do grupo, apelando a

¹⁷¹ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. cit.*, pp. 122.

¹⁷² TORSTENDAHL, Rolf (1990), *Op. cit.*, pp. 2.

uma dimensão simbólica, defendendo que o corpo de conhecimentos corresponde a uma imagem “embelezada” que pretende aumentar seu próprio estatuto¹⁷³.

Em suma, quando pretendemos analisar um determinado grupo socioprofissional o saber é um eixo que não pode ser esquecido na medida em que permite compreender processos de construção de jurisdições, assim como as estratégias cognitivas, do ponto de vista da abstracção, que desenvolveram de modo a obter reconhecimento social e, conseqüentemente, uma maior autonomia perante os outros grupos ocupacionais envolventes.

1.4. O conceito de identidade profissional

A noção de identidade transporta consigo um conjunto alargado de definições possíveis. Tal como salienta Boaventura Sousa Santos “a preocupação com a identidade não é, obviamente, nova. Podemos dizer até que a modernidade nasce dela e com ela. O primeiro nome moderno da identidade é a subjectividade. O colapso da cosmovisão teocrática medieval trouxe consigo a questão da autoria do mundo e o indivíduo constitui a primeira resposta”¹⁷⁴.

Consideramos que, no caso das identidades profissionais, este conceito pode ser analisado a partir do interior de processos construídos, relacionais e dinâmicos, que permitem apreender a sua multidimensionalidade através do diálogo, da negociação e do conflito que os indivíduos/grupos promovem para dentro ou fora de si.

“As identidades profissionais conferem especificidade aos diferentes grupos profissionais, consubstanciando-se a partir da activação das representações, quer dos sujeitos que integram esses grupos, quer das dos outros grupos sociais e profissionais. Sendo as representações profissionais, em grande medida, elaboradas e explicitadas em referência aos contextos profissionais, integrando as dimensões funcional, contextual e identitária, as identidades profissionais são, igualmente, elaboradas, construídas e reconstruídas por referência a esses contextos”¹⁷⁵.

¹⁷³ COLLINS, Randall (1990), “Changing conceptions in the sociology of the professions” in TORSTENDAHL, Rolf e BURRAGE, Michael, *The Formation of Profession – Knowledge, State and Strategy*, London/Newbury Park/ New Delhi: Sage publications, pp. 19.

¹⁷⁴ SANTOS, Boaventura de Sousa (1993), “Modernidade, Identidade e a Cultura de Fronteira”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 38, Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra/Centro de Estudos Sociais, pp. 13.

¹⁷⁵ SILVA, Ana Maria Costa e (2004), “Percurso de Formação e Identidade (s): um estudo junto de assistentes sociais”. In *CIED*, 573-588 (<http://hdl.handle.net/1822/572> consultado em 24 de Março de 2009).

Existem múltiplos factores que podem conduzir à construção de uma determinada identidade profissional e influenciar a capacidade de afirmação de um grupo ocupacional. Um dos factores mais relevantes tem a ver com os processos de socialização iniciados logo nas instituições de formação de base e o nível de aceitação por parte dos indivíduos dessa *normatividade*.

Claude Dubar defende que “(...) o indivíduo socializa-se, interiorizando valores, normas, disposições que o tornam um ser socialmente identificável¹⁷⁶”. O autor salienta que a construção das identidades profissionais e sociais encontra-se associada a um tipo de saber privilegiado que, para além de corresponder a trajectórias sociais diferentes que põem em jogo categorias oficiais, posições nos espaços escolares e socioprofissionais, se relaciona de forma directa com racionalidades salariais específicas e reenvia tanto para definições de si como para etiquetas feitas pelos outros.

Vividas de uma forma intensa pelos diferentes indivíduos, estas identidades podem ainda interpretar-se a partir de dois eixos a que o autor chama de *transacção objectiva* e *transacção subjectiva* «como resultado de compromissos “interiores” entre identidade herdada e identidade pretendida, mas também de negociações “exteriores” entre identidade atribuída pelo outro e identidade incorporada por si»¹⁷⁷.

Wilson Correia de Abreu, seguindo de perto a proposta de Dubar, refere a importância das instituições de formação nos processos de construção identitários defendendo o seguinte:

“A escola [...] constitui um elemento decisivo para a construção da identidade social; e se é evidente que essa identidade se constrói segundo uma lógica de negociação, não deixa de existir uma tendência para o indivíduo ser *aquilo que se diz que ele deve ser*. Existe, assim, uma dualidade neste processo de construção identitária: por um lado, a identidade conferida pelo outro versus identidade construída por si; por outro, a identidade social herdada versus identidade pretendida. A multiplicidade de escolhas e de pressões do meio produz no indivíduo uma necessidade de desenvolver determinadas estratégias identitárias”¹⁷⁸.

David Tavares salienta a propósito da identidade profissional que este é um conceito plural que pode ser interpretado de diferentes pontos de vista mas que em traços gerais se estrutura do seguinte modo:

¹⁷⁶ DUBAR, Claude (1997), *A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais*, Porto: Porto Editora, pp. 79.

¹⁷⁷ Cf. ESCOBAR, Lucília (2004), *O Sexo das Profissões – Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*, Col. Biblioteca das Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento, pp.22.

¹⁷⁸ ABREU, Wilson Correia de (2001), *op.cit.*, pp. 83.

“a partir de um conjunto de aspectos comuns que se colocam de forma semelhante a todos os elementos de um grupo sócio-profissional, no entanto, a diversidade e hierarquia interna existente em todos os grupos produz formas plurais de identidade. Deste modo, os grupos sócio-profissionais não constituem blocos homogêneos pois congregam no seu interior uma diversidade, traduzida em segmentos ou grupos heterogêneos a vários níveis, como por exemplo as diferentes áreas em que é desenvolvida a actividade profissional, as diferentes técnicas e metodologias utilizadas, as diferentes concepções acerca do modo de exercer a actividade profissional, as diferentes inserções na forma como se processa a divisão do trabalho, as condições de trabalho, as relações interprofissionais”¹⁷⁹.

José Madureira Pinto, utilizando expressões de Pierre Trap, fala-nos dos *processos de identificação* e dos *processos de identização*. De acordo com o autor, o primeiro assume o modo como “os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos, de pertença ou de referência, com eles se fundindo de modo tendencial”; o segundo, constitui “o processo através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e diferenciar-se socialmente, fixando em relação a outros, distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas”¹⁸⁰.

Neste sentido, a identidade profissional de um determinado grupo só pode ser considerada se o observador tiver o cuidado de olhar para o processo de construção interna do grupo mas também para os diálogos que manteve com a Sociedade, o Estado ou outros grupos socioprofissionais. É no interior desta *tensão*¹⁸¹, para utilizar uma expressão de Boaventura Sousa Santos, que se podem observar diferenças, convergências, ambiguidades que permitem uma maior definição dos processos identitários, do ponto de vista profissional, assumidos pelos grupos.

Não obstante, concordamos que o grupo é composto por indivíduos que partilham algo em comum e que essa partilha pode ter a ver, não só mas também, com a sua própria trajectória no interior da Sociedade. A identidade profissional dos grupos só pode ser devidamente interpretada se soubermos compreender as trajectórias pessoais dos elementos que constituem o mesmo grupo.

Deste modo, existe um caminho importante a seguir do ponto de vista da compreensão dos actores educativos ao nível da sua proveniência (social, geográfica, etc...) porque estas características podem ser prenunciadoras de determinadas decisões

¹⁷⁹ TAVARES, David (2007), *Escola e Identidade Profissional – O Caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*, Lisboa: Colibri, pp. 25 e 26.

¹⁸⁰ PINTO, José Madureira (1991), “Considerações Sobre a Produção Social de Identidade”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra: CES, pp. 218.

¹⁸¹ SANTOS, Boaventura de Sousa (1993), *Op. Cit.*, pp. 11.

tomadas, adiante, pelo grupo ou das quais o grupo pode ser alvo e “colocado em crise”.

No alinhamento desta ideia José Madureira Pinto escreve o seguinte:

“ (...) a construção de identidades se alimenta de trajetórias sociais incorporados nos agentes, da posição ocupada por estes na estrutura social (na medida em que ela determina e configura contextos de sociabilidade e de socialização duráveis) e dos projectos que, em função das coordenadas estruturais antes referidas, são socialmente formuláveis em cada momento”¹⁸².

Um outro aspecto relevante para a compreensão dos processos de construção da identidade profissional prende-se com o “exercício quotidiano do trabalho em organização”¹⁸³. De facto, no interior das organizações existem hábitos, rotinas, práticas e costumes que ajudam a definir as áreas de intervenção dos diferentes grupos, encontrando-se muitas vezes aí o começo de um determinado profissionalismo. A análise das situações concretas de trabalho é um importante auxiliar na análise dos indivíduos e dos grupos.

Ora, isto é o que equivale a dizer que é relevante compreender os actores educativos olhando para as suas características individuais e a forma como isso é representado e apropriado no interior dos círculos profissionais e transmitido para o exterior dos mesmos.

Em síntese, podemos dizer que “o conceito de identidade socioprofissional pode ser visto à luz de várias vertentes: é eminentemente relacional, multifacetado e socialmente construído; depende tanto de julgamentos e decisões dos outros (onde está incluído o próprio papel do Estado, outros agentes e instituições, profissionais de actividade máxima, utentes, etc...), como das orientações e definições de cada um (onde estão incluídos as/os próprias/os profissionais); é definido pelo poder, mas tem, também, a ver com a interiorização de padrões cognitivos e emocionais, com conhecimentos, competências técnicas, costumes, tradições, regras e estatuto social”¹⁸⁴.

De acordo com esta interpretação, Claude Dubar defende que quando falamos de identidade estamos perante algo “simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural dos diversos processos de

¹⁸² PINTO, José Madureira (1991), *Op. Cit*, pp. 220.

¹⁸³ PINTO, José Madureira (1991), *Op.cit*, pp. 221.

¹⁸⁴ ESCOBAR, Lucília (2004), *Op. Cit*, pp. 23 e 24.

socialização que conjuntamente constroem os indivíduos e definem as instituições¹⁸⁵. São estas interpretações que iluminam o nosso trabalho de investigação.

1.4.1. O género, o patriarcado e as profissões.

A Sociedade influencia decisivamente as estratégias mobilizadas pelos diferentes grupos ocupacionais no sentido da sua afirmação e legitimação. Quer dizer, é diferente compreender o papel do médico e o papel da enfermeira no interior da Sociedade dado que, e isto é apenas um exemplo, nos transporta obrigatoriamente para uma dimensão social maior que tem a ver com o domínio das realidades sociais pelos discursos masculinos e com os processos de “negociação”, estratégias e conflitos para a emergência da figura da mulher no mundo do trabalho. Este exemplo serve, apenas, para nos inscrever na problemática das questões de género num quadro onde as mulheres, ao longo do século XX, assumem uma estratégia social que passa pela sua própria valorização através de projectos profissionais¹⁸⁶ ainda que, a maior parte das vezes, segmentados.

Lígia Amâncio¹⁸⁷ salienta que quando falamos deste tipo de questões não nos podemos deixar influenciar pelos próprios discursos marcadamente masculinos que gerem a sociedade. Na verdade, aquilo que está em causa é a negociação colectiva entre géneros onde determinadas ocupações assumem destaque, sobretudo pelo nível de conflitualidade, permitindo uma maior objectivação destas questões. A autora desfaz a questão principal em que muitos estudos relacionados com a problemática em análise têm assentado, nomeadamente no facto destes tomarem o género como um atributo ou uma característica constante, isto é natural, seguindo, segundo a autora, uma lógica discursiva masculina que impera na sociedade.

“No pensamento social, a dominância simbólica do masculino resulta, portanto, da estreita interrelação entre a representação do “ser homem” e a do “ser indivíduo”. É precisamente, porque no processo de construção social do género masculino e feminino se confunde o masculino com o indivíduo que (...) o comportamento dos indivíduos do sexo masculino é aparentemente caracterizado pela distintividade, o que faz com que a

¹⁸⁵ DUBAR, Claude (1997), *A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais*, Porto: Porto Editora, pp. 113.

¹⁸⁶ Cf. LARSON, Magali Sarfatti (1979), *The Rise of Professionalism – a Sociological Analysis*, Berkeley/Los Angeles/London: University Of California Press.

¹⁸⁷ AMÂNCIO, Lígia (1994), *Masculino e Feminino – A Construção Social da Diferença*, Porto: Edições Afrontamento/CES.

identidade masculina seja vivida e percebida enquanto singularidade “real” que obscurece a sua origem colectiva¹⁸⁸”

De acordo com a autora, é preciso reconceptualizar os discursos relacionados com a construção social dos géneros que circulam na sociedade de um modo atribuído e natural. A propósito desta premissa defende o seguinte:

“Homens e mulheres distinguem-se por atributos físicos e características fisiológicas que constituem outros tantos atributos identificadores do sexo de pertença. Mas estes indícios, operacionais no saber do senso comum sobre o masculino e o feminino, e visíveis nas interacções sociais, tendem a transformar as diferenças entre os sexos numa realidade aparentemente concreta e universal, porque a estabilidade temporal e a instrumentalidade contextual daquelas diferenças obscurecem as formas de construção social do masculino e do feminino que se estabelecem no quadro das relações sociais específicas dos contextos históricos¹⁸⁹”.

Segundo a autora, a perspectiva que ainda prevalece relacionada com a dimensão do género é algo que se encontra inscrito no código genético da sociedade e que a História se encarregou de consolidar até aos dias de hoje.

Ao estudar os grupos ocupacionais não podemos ignorar esta dimensão pois, reforçamos a ideia, influencia decisivamente as estratégias profissionais adoptadas pelos grupos no sentido da sua profissionalização e da construção de uma identidade profissional, dado que existe uma relação de proximidade entre os grupos profissionais e a Sociedade envolvente.

Lígia Amâncio, acompanhando os estudos de Chombart de Lauwe (1964), refere que “os homens se opunham ao desempenho de uma profissão por parte das mulheres, e que elas partilhavam esta posição, sobretudo no caso de mulheres com filhos pequenos, uma vez que os cuidados com as crianças e as tarefas domésticas eram consideradas actividades exclusivamente femininas¹⁹⁰”. A autora prossegue a sua interpretação realçando que “existia também consenso quanto às profissões para as quais era reconhecida competência às mulheres, as profissões ligadas à saúde e assistência social, que indicavam um prolongamento para a esfera pública da sua função no âmbito da família¹⁹¹”.

¹⁸⁸ AMÂNCIO, Lígia (1993), “Género – Representações e Identidades”, *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº14, pp. 127-140.

¹⁸⁹ AMÂNCIO, Lígia (1994), *Masculino e Feminino – A Construção Social da Diferença*, Porto: Edições Afrontamento/CES, pp. 33.

¹⁹⁰ AMÂNCIO, Lígia (1994), *Op. cit.* pp.33.

¹⁹¹ AMÂNCIO, Lígia (1994), *Op. cit.*, pp. 70.

Segundo Marie-Françoise Collière¹⁹² a prática de cuidar esteve sempre associada às mulheres. De facto, esta ideia ainda nos dias de hoje se mantém. Na verdade, a enfermagem é bem o reflexo desta prática de prolongamento dos cuidados domésticos para um campo de acção público que constitui um campo discursivo criado pelo universo masculino e aceite *naturalmente* pelas mulheres.

Esta ponte que se estabeleceu entre o papel social da mulher e a prática dos cuidados do corpo e da alma é secular, conventual, religiosa e Cristã.

“A forte influência moral cristã ao longo da História da enfermagem terá contribuído para associar a noção de cuidar à de serviço e de dever. Estava-se próximo da ideia de Vocação, por um lado, e muito próximo da ideia de vocação religiosa, por outro. Quando as enfermeiras se referem a uma «filosofia de enfermagem», os filósofos falam em «religião de enfermagem»¹⁹³”.

A ideia de vocação, do nosso ponto de vista, pode ser considerada como um dispositivo que permite a articulação entre o sentido doméstico atribuído à vida da mulher e a domesticidade da mulher na esfera pública constituindo este o canal de ligação e de escrutínio entre o privado e o público¹⁹⁴.

A educação, a saúde e a assistência social emergem como actividades ocupacionais relacionadas com a mulher fazendo parte, paralelamente, de estratégias possíveis de emancipação social e individual do género feminino. Quando Marie-Françoise Collière defende que existia uma obrigação moral das mulheres ao nível dos cuidados do corpo, da alimentação, do cuidado das crianças ou da ajuda aos mais velhos, remete-nos para um conjunto de discursos construídos historicamente no sentido de prolongar o mundo doméstico para o espaço público e, assim, deliberadamente dar uma certa sensação de emancipação e de autonomia ao público feminino, através da ideia de vocação que mais não é que um dispositivo de selecção, controlador e disciplinador da própria mulher à entrada para o mundo do trabalho público.

No que diz respeito à enfermagem é possível encontrar muitas vezes interessantes considerações provenientes das mais altas instituições políticas do Estado. Em 1947, por exemplo, falava-se da importância da mulher no seio desta actividade ocupacional e do “espírito de missão” que lhe competia enquanto enfermeira:

¹⁹² COLLIÈRE, Marie – Françoise (1989), *Promover a Vida – Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*, Lisboa: SEP.

¹⁹³ RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e Tratar – Formação em Enfermagem e desenvolvimento Sócio-Moral*, Lisboa: Educa/SEP, pp. 42.

¹⁹⁴ A título de exemplo pode consultar-se: DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.) (2010), *Profissão e Vocação – Ensaios sobre grupos profissionais*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

“O curso oferecia vantagens evidentes e a garantia do ingresso certo e imediato nos quadros hospitalares, mas ainda não se criou suficientemente no espírito, das nossas raparigas o gosto e o entusiasmo pela enfermagem e a consciência de que a profissão de enfermeira, que também é um sacerdócio, será sempre estimada e respeitada no mundo moderno, como uma missão nobre, bela e socialmente útil¹⁹⁵”.

No fundo, também os valores que circulam em determinados tempos históricos ajudam a definir os processos de construção das identidades profissionais. Estes valores não são constantes, isto é são indicadores variáveis do modo como uma actividade se procura identificar, ou que a identifiquem, numa determinada época.

Lesley Mackay defende, sobre a ideia de vocação, que esta foi construída quase sempre acompanhada pela ideia de disciplina e de obediência, constituindo uma “inevitável necessidade (...) na enfermagem”¹⁹⁶ segundo o modelo profissional médico. Salienta que “esta combinação entre a obediência e a disciplina pode ter ajudado a produzir uma força de enfermagem estática, não questionadora. Isto é, uma força de trabalho que sabe qual é o seu lugar na equipa de saúde (...)”¹⁹⁷. Acrescenta o autor que “uma força de trabalho orientada para a profissão é, sem dúvida, mais facilmente manipulada e contida do que uma que é profissionalmente orientada”¹⁹⁸. O autor defende que a enfermagem foi durante muito tempo manipulada de acordo com os interesses do grupo médico não permitindo o desenvolvimento profissional da enfermagem pois as enfermeiras eram consideradas auxiliares da medicina. Estas considerações mostram a importância da compreensão da conflitualidade entre jurisdições ou interprofissional a partir de um fundo histórico, neste caso da enfermagem e da medicina, como explicaremos no ponto seguinte.

Neste sentido, torna-se importante compreender as estratégias de negociação do grupo em relação ao Estado, por exemplo, e a forma como o último resolveu determinadas reivindicações do grupo socioprofissional tendo em atenção as lutas por jurisdições cada vez mais alargadas.

Roger chartier, a propósito da relação entre géneros na transição da época moderna para a contemporaneidade, salienta a existência de uma relação de

¹⁹⁵ Cf. Debates Parlamentes – Câmara dos Senhores Deputados de 25/03/1947, pp. 1044 (Sublinhado Nosso), [Consultado no dia 31 de Março de 2009].

¹⁹⁶ MACKAY, Lesley (1998), “Nursing: will the idea of vocation survive?” in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, *The Sociology of the Caring Professions*, London/ New York: Routledge, pp. 65.

¹⁹⁷ MACKAY, Lesley (1998), *op. cit.* pp. 65.

¹⁹⁸ Idem.

proximidade entre o género e as formas de dominação simbólica construídas desde então:

“(…) a construção da identidade feminina se enraíza na interiorização pelas mulheres, de normas enunciadas pelos discursos masculinos. A ênfase deve, assim, ser colocada sobre os dispositivos que asseguram a eficácia desta violência simbólica que, como escreveu Pierre Bourdieu, “só triunfa se aquele (a) que sofre contribui para a sua eficácia; ela só o submete na medida em que ele (ela) é predisposto por um aprendizado anterior a reconhecê-la”. Um objecto maior da história das mulheres é então o estudo dos discursos e das práticas, manifestos em registos múltiplos, que garantem (ou devem garantir) que as mulheres consintam nas representações dominantes da diferença entre os sexos: desta forma a divisão das atribuições e dos espaços, a inferioridade jurídica, a inculcação escolar dos papéis sociais, a exclusão da esfera pública, etc. Longe de afastar o “real” e de só indicar figuras do imaginário masculino, as representações da inferioridade feminina, incansavelmente repetidas e mostradas, se inscrevem nos pensamentos e nos corpos de umas e de outros¹⁹⁹”.

É aqui que gostaríamos de introduzir o conceito de “patriarcado” na medida em que se aplica ao processo de construção da diferenciação social dos géneros. De acordo com Sílvia Walby, a desigualdade de género é algo que atravessa toda a sociedade, projectando-se como uma sociedade “patriarcal”. É a natureza patriarcal da sociedade que faz com que sejam atribuídos papéis diferentes aos homens e às mulheres provocando, deste modo, a emergência de grupos ocupacionais, claramente, genderizados, isto é representados maioritariamente por homens (o exemplo da medicina, os engenheiros, etc…) ou mulheres (a enfermagem e trabalhos educativos e sociais, etc…). A autora defende que é este facto que coloca as mulheres numa posição de subordinação e que faz com que se reproduzam os papéis sociais no interior dos ambientes familiares²⁰⁰ bem como nas instituições de formação dos grupos ocupacionais.

Sílvia Walby construiu um “sistema” estrutural onde aponta, no seu entender, as principais características da problemática que estamos a analisar:

“Penso que um sistema de patriarcado é composto por seis estruturas patriarcais. Estas são: um modo de produção patriarcal onde as mulheres são expropriadas, pelos seus maridos, do trabalho; as relações patriarcais no trabalho remunerado; o Estado patriarcal; a violência masculina; as relações patriarcais na sexualidade; e, a cultura patriarcal”²⁰¹.

¹⁹⁹ CHARTIER, Roger (1995), “Diferenças entre os Sexos e Dominação Simbólica”, *Cadernos Pagu*, 4, pp. 40 (37-47).

²⁰⁰ WALBY, Silvia (1990), *Theorizing Patriarchy*, Oxford: Basil Blackwell.

²⁰¹ WALBY, Silvia (1989), “Theorizing Patriarchy”, in *Sociology*, 23 (2), pp. 220.

De acordo com Keith Macdonald, esta “lista” não é suficiente para se construir um sistema teórico em torno desta problemática. Neste sentido, propõe olhar o conceito a partir de um ângulo mais amplo. Defende que as relações patriarcais, muito mais do que a abordagem funcionalista de Sílvia Walby, constituem uma linguagem própria, isto é um campo discursivo²⁰². Para ele, os primeiros momentos de socialização devem ser interpretados como verdadeiros laboratórios identitários. Defende que é “na socialização primária que aprendemos a agir socialmente, a ser moralmente, e a saber como falar. Estes modos de comportamento encontram-se impressos, (...) embora susceptíveis de modificação na socialização secundária, e tendem a surgir através de tudo aquilo que fazemos”²⁰³. Acrescenta que podemos encontrar esta linguagem genderizada “no interior das instituições sociais”²⁰⁴ onde, ao integrarmos as mesmas, passamos a utilizar no nosso ambiente social e nas relações interpessoais essa mesma linguagem entretanto apropriada.

Anne Witz, numa importante obra publicada em 1992 intitulada *Professions and Patriarchy*, apontou novos caminhos na tentativa de definir o conceito de patriarcado, cruzando-o com a ordem social do trabalho, numa perspectiva de projecto profissional, propondo a seguinte definição:

“(...) refere-se a um sistema social amplo das relações de dominação do género masculino e de subordinação [do género] feminina, com o objectivo de explicar as divisões entre homens e mulheres no trabalho remunerado. Reconheço que este conceito pode sugerir problemas, mas também pode ser útil dado que apresenta um enorme potencial, se usado adequadamente, do ponto de vista histórico. As relações de género patriarcais assumem formas diversificadas na perspectiva histórica, cultural e espacial, cujas especificidades devem ser estudadas.

Para falar da estruturação patriarcal das relações de género é necessário descrever os modos pelos quais o poder masculino foi institucionalizado, nos diferentes locais, no interior da sociedade”²⁰⁵.

Do mesmo modo, a autora acredita que uma das formas encontradas pelos grupos ocupacionais para legitimar a sua posição passa, tal como referimos no ponto anterior, pela constituição de “estratégias discursivas”. Estas estratégias devem ser amplamente estudadas, por exemplo, do ponto de vista das relações com o Estado, com os grupos ocupacionais concorrentes ou tomando como objecto de estudo a construção

²⁰² MACDONALD, Keith, *op. cit.* pp. 125.

²⁰³ Idem.

²⁰⁴ Ibidem.

²⁰⁵ WITZ, Anne (1992), *Professions and Patriarchy*, London/New York: Routledge, pp. 11.

do seu próprio conhecimento como mecanismo de afirmação de um projecto profissional. Seguimos de perto esta ideia no interior deste trabalho.

A análise de um grupo ocupacional deve ter em conta se estamos a trabalhar, maioritariamente, um grupo de homens ou de mulheres, pois, de acordo com Witz, existem diferenças substanciais do ponto de vista da construção de estratégias com o objectivo de uma identidade profissional forte.

Como referimos atrás, Anne Witz socorre-se, por diversas vezes, do conceito “estratégia”. Apesar da pluralidade de definições, pode ser interpretado, neste caso, como um campo discursivo, com objectivos definidos a atingir, que promove a articulação entre as ambições de um determinado grupo e os actores com os quais se relaciona de perto (Estado, Sociedade, outros grupos), constituindo-se, objectivamente, organizações que protegem e reivindicam no terreno os privilégios e as necessidades do grupo, mas também, do ponto de vista interno, a promoção de uma determinada “cultura de grupo” onde as instituições de formação desempenham um papel fundamental.

Anne Witz defende que este conceito é operatório no processo de constituição dos grupos ocupacionais. Utiliza-o com a perfeita noção de que a ajuda a construir um pensamento dinâmico, e esse é um dos pontos fortes do conceito, mas que pode constituir, essa mesma dinâmica, motivo de liquidez das estruturas. Deste modo, é essencial manter o equilíbrio entre “as acções e os recursos [mobilizados] para a acção”²⁰⁶.

Em suma, o conceito de patriarcado e de género constituem elementos de fundo que não se devem perder de vista quando se analisam os grupos ocupacionais, principalmente aqueles que se estruturam em torno de actividades maioritariamente femininas ou masculinas.

No caso particular deste trabalho, a “fragilidade” dos grupos ocupacionais femininos (Enfermeiras), assim como as estratégias identitárias desenvolvidas pelos mesmos, constitui quase sempre um objectivo a alcançar por referência ao género masculino (Médicos). Isto é, a vontade dos grupos se tornarem semelhantes às “profissões estabelecidas” levam a que as estratégias encontradas pelo género feminino sejam em tudo idênticas àquelas que foram seguidas, sobretudo, pelas profissões masculinas. Neste sentido, consideramos que a ambição destes grupos ocupacionais

²⁰⁶ WITZ, Anne (1992), *op. cit.*, pp. 51.

femininos é paralelamente a sua fraqueza dado que caem no erro de tomarem por referência aquilo que muitas vezes criticam.

O caminho a seguir não deve ser o da aproximação aos modelos estabelecidos mas o da diferenciação em relação a esses modelos, demonstrando claramente que estes grupos são constituídos, sobretudo, por “mulheres profissionais” com competências próprias.

Em jeito de prolongamento deste ponto tomemos, especificamente, a relação da enfermagem com a medicina, numa perspectiva histórica, e os “jogos estratégicos” de constituição, preservação ou aumento de jurisdições e respectivas competências aplicadas nas situações concretas do trabalho.

1.4.2. Da prevalência do controlo médico sobre o acto da enfermagem: uma perspectiva

As mulheres constituem a maioria dos trabalhadores na educação, principalmente no ensino primário e educação de infância, na assistência social e no domínio da saúde, nomeadamente na enfermagem. Verificamos que integram grupos ocupacionais cujo objectivo é, essencialmente, prestar serviços educativos e assistencialistas. A prestação de cuidados de saúde pelas enfermeiras não deixa de integrar a vertente assistencialista que referimos anteriormente.

Os grupos ocupacionais que prestam cuidados foram vistos como a “franja das profissões” até há pouco tempo. Isto é, situavam-se, no entender de alguns autores, quase sempre, numa zona de fronteira face às profissões “estabelecidas”.

Pamela Abbott *et al.* defendem que a actividade dos “grupos que cuidam”, maioritariamente femininos, tem sido vista “como uma extensão do trabalho que espera as mulheres na esfera doméstica, e neste sentido o trabalho que podem desenvolver “naturalmente”²⁰⁷. Este facto, de acordo com a autora, é “exacerbado pela tendência (...) dos gestores serem homens (brancos)”²⁰⁸.

Na verdade, estamos perante uma visão masculinizada da divisão social do trabalho e esta perspectiva constitui uma barreira, e conseqüente ausência de reconhecimento, para o desenvolvimento de alguns grupos ocupacionais no interior da

²⁰⁷ ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), “Professionals, Professionalization and the Caring Professions”, in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, *The Sociology of the Caring Professions*, London/ New York: Routledge, pp. 8.

²⁰⁸ ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), *op. cit.*, pp. 8.

Sociedade. É por isso que tentar compreender os mecanismos de construção identitária destes grupos, como o das enfermeiras, é uma tarefa relevante que permite organizar um conjunto de outros elementos relacionados directa ou indirectamente com o grupo mas no interior da sociedade.

Deste modo, o que importa, verdadeiramente, não é saber se estes grupos ocupacionais são ou não uma profissão, no sentido da abordagem funcionalista, mas antes tentar compreender os caminhos e as estratégias, seguindo Anne Witz, que desenvolveram de modo a legitimar a sua posição identitária do ponto de vista socioprofissional. Tal como Pamela Abbott *et al.* realçaram, esta é uma abordagem mais “frutífera”²⁰⁹:

“Enfermagem, obstetrícia, visitadoras domiciliárias e trabalho social, todos têm levado a cabo reivindicações: estes grupos profissionais estão ainda a esforçar-se para demonstrar que cuidar é trabalhar e encontrar formas relacionadas com o acto de cuidar que não os tornem subservientes, mas que demonstrem que eles possuem competência profissional [*expertise*]”²¹⁰.

A perspectiva histórica permite mostrar que este caminho tem sido desenvolvido por cada um dos grupos, estabelecendo estratégias, negociações, conflitos com outros grupos ou com o próprio Estado na tentativa de afirmar a sua identidade socioprofissional.

De acordo com Lucília Escobar até à revolução industrial, quem prestava cuidados de saúde também fazia muitas vezes prescrições dos tratamentos²¹¹. A partir desse momento, com o crescimento da classe média, o poder de compra aumentou e trouxe a possibilidade de pagar os cuidados.

“Conservar homens, mulheres e até crianças com uma boa saúde, visando a rendibilização máxima das suas potencialidades de trabalho, passou a ser um assunto de interesse geral a nível das cidades e de muitos países industrializados; importava tratar mas também prevenir a doença e promover a saúde”²¹².

O aumento das possibilidades económicas, aliadas a um processo de escolarização dos conhecimentos científicos, nomeadamente da medicina, provocou, gradualmente, o afastamento das mulheres não qualificadas do domínio da saúde,

²⁰⁹ Idem.

²¹⁰ Ibidem.

²¹¹ ESCOBAR, Lucília (2004), *Op. cit.*, pp. 40.

²¹² Idem.

levando a efeito um *fechamento* e uma *demarcação* nos cuidados de saúde por parte dos médicos.

De acordo com Anne Witz, o *fechamento* corresponde a uma estratégia de afastamento das mulheres em relação ao exercício da medicina e; a *demarcação*, constitui o momento em que os médicos, nomeadamente na Inglaterra (Medical Registration Act), definiram quais eram as suas competências e quais as actividades que deviam encontrar-se subordinadas a si. É aqui que as mulheres são colocadas num papel, de certo modo, secundário e muitas vezes esquecido pela perspectiva histórica. Witz defende que o “Medical Registration Act de 1858, selou o destino das mulheres no interior da profissão médica moderna. A mulher não tinha acesso ao registo médico”²¹³ impossibilitando o seu exercício²¹⁴. No caso português apenas no final da centúria de oitocentos vamos encontrar uma mulher a frequentar o curso de medicina na Universidade de Coimbra.

Anne Witz realça que, também, a enfermagem tentou registar o seu “Nurse Act”, desde a década de 70, do século XIX, o que veio a acontecer já no século seguinte. Porém, refere a autora, sempre com muitos avanços e recuos neste processo. O objectivo estratégico era alcançar o “self-government” da actividade e do grupo.

“A campanha longa e amarga por um sistema de registo da enfermeira, ao abrigo do Estado-patrocinador, ocorreu entre 1888, quando a Associação de Enfermeiros Britânica formada com o objectivo de obter o *Status legal* de uma profissão, e 1919, quando o “Nurse Act” foi aprovado. Este processo foi descrito como “A guerra dos trinta anos”, por Abel-Smith (1960)”²¹⁵.

Esta conflitualidade no processo que Anne Witz descreve, associado à enfermagem e à prestação de cuidados, inscreve-se num quadro alargado dos processos de escolarização e de credenciação da medicina e da enfermagem constituindo-se jurisdições próprias e individualizadas, embora outros aspectos como as questões de género também possam ter influído.

Segundo Pamela Abbott *et al.* o processo de cientificidade da enfermagem não foi fácil na medida em que quando falamos de cuidados devemos reconhecer que este conceito pode dividir-se em duas partes: por um lado, contém uma componente

²¹³ WITZ, Anne (1992), *op. cit.*, pp. 83.

²¹⁴ Pamela Abbott *et al.* defendem que as mulheres desafiaram a dominação masculina e desenvolveram estratégias para conseguir legitimar o seu status profissional havendo, desde logo, resistência por parte dos homens e, inclusivamente, de algumas mulheres, *op. cit.* pp. 9.

²¹⁵ WITZ, Anne (1992), *op. cit.*, pp. 128. É de realçar o papel de Mrs. Fenwick em todo este processo.

emocional; por outro, uma componente prática e física (corporal). Ora, a enfermagem teve muitas dificuldades em afirmar-se como um saber consolidado, tal qual a medicina, porque o entendimento social sobre a actividade era diferente em relação ao da medicina.

Para a autora o acto de cuidar era “geralmente visto como uma experiência positiva de um estado interior emocional”, mas acrescenta que era “necessário distinguir entre “preocupar-se com” e “cuidar de”²¹⁶. Esta é uma das chaves para compreender a importância dos grupos ocupacionais no desenvolvimento deste tipo de tarefas. Apesar da maioria dos cuidados informais serem realizados, *naturalmente* e com sentido de dever moral, por elementos femininos não especializados, por familiares por exemplo como a esposa ou uma filha, o acto de cuidar formal, isto é especializado, deve ser interpretado de outro modo, porque obedece a princípios racionais. Desde logo, torna-se necessária uma formação especializada em instituições específicas que formem para aquele trabalho, no caso da enfermagem, associadas à figura do Estado. Apenas deste modo de alcança a cientificidade necessária à constituição de uma jurisdição profissional.

A ideia da enfermeira sujeita à subordinação do poder médico, embora alterada gradualmente no tempo, parece fazer parte de uma realidade ainda muito próxima de nós. Este é um aspecto importante que dificulta, pela via do reconhecimento social, conquistar um status profissional mais elevado. Como diz Pamela Abbott *et al.*, a enfermeira continua a ser vista como um elemento “mal pago, com baixo prestígio, que passa muitas horas sozinha, com alta rotatividade e falta de segurança no trabalho”²¹⁷. De acordo com esta autora, a ideologia popular continua a marcar decisivamente as características da identidade profissional das enfermeiras, tornando o processo de profissionalização, ou a construção de uma identidade profissional forte, ainda mais difícil.

Por outro lado, a relação entre o Estado e as profissões como a enfermagem, e aquelas que trabalham directamente com a dimensão humana, constitui uma dimensão muito relevante. As profissões, através do conhecimento que desenvolvem, e aplicam, a partir das instituições de formação, permitem ao Estado um controlo efectivo sobre as populações e os indivíduos que, de alguma forma, fogem à norma, seja do ponto de

²¹⁶ ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), *op. cit.*, pp. 10.

²¹⁷ ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), *op. cit.*, pp. 11.

vista social ou da saúde²¹⁸. Esta é uma área de intervenção onde a enfermagem também desempenha um papel próprio que lhe foi adjudicado pelo Estado.

“ As profissões que cuidam [por exemplo, a enfermagem, trabalhadores sociais, etc...] são poderosas porque têm não só como objectivo a mudança e o controlo do comportamento, mas também devem ajudar a estruturar o contexto da vida social e cultural num sentido mais amplo – através do poder de comando da realidade, de forma a moldar a vida dos seus clientes. Por outras palavras, [as “caring professions”] constroem o objecto da sua intervenção – a mãe negligente, o adolescente rebelde, o mau paciente – e ao mesmo tempo faz destes o alvo da sua intervenção. A intervenção visa a normalizar [os indivíduos], de acordo com as normas definidas. Neste modelo, as pessoas são vistas como focos de problemas, para os quais os especialistas apresentam soluções – o conhecimento para resolver os problemas.

Enfermeiros e Assistentes Sociais reivindicam o direito (poder) para instruir, para dizer às pessoas o que precisam de saber e como devem agir. Para definir alguém como um cliente é preciso determinar as necessidades das pessoas e perceber se essa necessidade pode ser satisfeita pela perícia da Assistente Social ou Enfermeira. O profissional, não o cliente, define o problema, e a solução brota do conhecimento profissional da Assistência Social ou Enfermeira”²¹⁹.

Keith Macdonald realça a importância de alguns aspectos que “afectam a posição e a prática destas profissões”, que estão directamente relacionadas com o acto de cuidar nomeadamente as paradigmáticas como a enfermagem e o trabalho social, numa perspectiva de controlo de proximidade da sociedade. Destacamos apenas a importância das relações patriarcais onde o autor defende que os grupos que se dedicam ao acto de cuidar “constituem um exemplo clássico do modo como os valores da sociedade patriarcal são construídos [no interior de] (...) instituições e práticas”²²⁰ cujo objectivo principal é manter uma determinada ordem social.

Em suma, todas estas ideias que foram apresentadas constituem um pequeno retrato dos caminhos que podem ser seguidos quando se estudam os modos de construção identitário dos grupos que pretendem legitimar uma posição de natureza profissional. As questões de género, a prestação de cuidados, as relações patriarcais, a forma como o conhecimento é estrategicamente construído, constituem elementos da maior importância que devem ser analisados à luz da perspectiva histórica, pois só desse modo compreenderemos a multidimensionalidade dos processos de construção

²¹⁸ ABBOTT, Pamela e WALLACE, Claire (1998), “Health Visiting, Social Work, Nursing and Midwifery: a History” in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), *op. cit.*, pp. 20 – 53.

²¹⁹ ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), *op. cit.*, pp. 13.

²²⁰ MACDONALD, Keith, *op. cit.* pp. 137.

identitários dos grupos. Para terminar, referimos que cada realidade nacional apresenta traços específicos que devem ser tomados em linha de conta.

2. Um modelo de análise para a construção identitária da enfermagem em Portugal

2.1. Da abordagem teórico-metodológica à construção do modelo de análise

De acordo com Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt “as investigações apresentam-se sempre como movimentos de vaivém entre uma reflexão teórica e o trabalho empírico”²²¹. Foi a partir do interior deste “vaivém” que construímos um modelo de análise sócio-histórico, numa perspectiva diacrónica, que pretende responder à seguinte interrogação de partida: como se pensou e construiu a **identidade** do grupo socioprofissional das/os enfermeiras/os em Portugal, ao longo do século XX, em particular na segunda metade da centúria de novecentos, no que diz respeito à sua **formação** inicial? Para o efeito utilizamos o exemplo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1988) que serviu de arena representativa do universo que pretendemos analisar. Do interior da pergunta de partida central surgiram outras questões que giram em torno da mesma, nomeadamente: Que missão tiveram estas instituições no processo de construção identitária da enfermagem? Quais os seus principais objectivos? Que públicos circulavam no seu interior? Que saberes mobilizavam? Como se organizavam as instituições de formação? Que relações mantinha com o Estado? Possuía visibilidade social? Que estratégias seguiu para valorizar o grupo? Antes de avançarmos, reconhecemos, desde já, que a construção de um modelo de análise implica escolhas e processos de selecção da informação de modo a que este possa dar conta, o melhor possível, do real.

Já tivemos oportunidade de apresentar um conjunto de elementos teóricos que ajudam à conceptualização do trabalho que se apresenta agora. Apoiamo-nos no contributo que a sociologia das profissões pode oferecer à nossa investigação a partir de interrogações relacionadas com o campo da formação e do conhecimento. Neste sentido, apresentamos de uma forma breve e objectiva a teorização de onde partimos para a construção do nosso modelo de análise que, como já dissemos, foi influenciado a partir das abordagens desenvolvidas pela sociologia das profissões.

Em termos gerais, no plano teórico, apropriamo-nos das perspectivas interaccionistas no que diz respeito ao sentido dinâmico que queremos imprimir neste trabalho através, por exemplo, da compreensão dos *processos* sociopolíticos que

²²¹ QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1998), *Manual da Investigação em Ciências Sociais*, 2ª ed., Lisboa: Gradiva, pp. 120.

ajudaram a definir o grupo. Recorremos às perspectivas relacionadas com o movimento crítico e de reabilitação das profissões pelo sentido que propõe no que diz respeito à importância da História para a compreensão dos processos de construção dos grupos, ao invés da “naturalidade” funcionalista. Das correntes que valorizam o “poder das profissões” seguimos as abordagens que realçam o poder profissional, no sentido da definição de uma determinada autonomia, nomeadamente na perspectiva de Freidson e Larson, respectivamente. Ainda no interior desta abordagem valorizamos a importância que estes autores conferem aos processos de formação dos indivíduos e às suas instituições de formação como elementos vitais na construção e afirmação identitária dos grupos, dos seus projectos profissionais e reforço do prestígio socioprofissional. Do mesmo modo, utilizamos no nosso trabalho algumas perspectivas que recolhemos do modelo teórico proposto por Michel Foucault no que diz respeito ao conceito de “poder”.

Apoiamo-nos na abordagem sistémica das profissões na perspectiva de Andrew Abbott. A compreensão de um processo de construção identitário só pode ser interpretado, amplamente, se atendermos ao diálogo, à negociação e ao conflito com os diferentes participantes neste processo (ex. Estado, Sociedade ou outros grupos ocupacionais); devemos atender, do mesmo modo, aos mecanismos construídos para promover o diálogo interno e as formas do grupo projectar imagens de credibilidade junto da Sociedade construindo-se, assim, uma jurisdição socioprofissional. Ou seja, compreender as estratégias utilizadas pelos grupos na tentativa de clarificar a sua área de intervenção no interior da Sociedade, face ao Estado e aos outros grupos profissionais que se encontram na sua “fronteira”. Do interior da perspectiva de Abbott retivemos ainda o importante contributo teórico que se prende com a importância da construção de um conhecimento abstracto, desenvolvido pelos grupos, como factor de respeitabilidade inter-profissional e social.

A relação entre **formação** e **identidade** profissional assume deste modo a principal linha de discussão no interior do modelo de análise que vamos propor para uma leitura aprofundada sobre a construção de um grupo – as/os enfermeiras/os - influenciado amplamente pelos processos formativos, mas também pelo Estado, pela Ciência e pela própria Sociedade, onde circulam um conjunto de discursos que respondem aceitavelmente, ou não, às reivindicações do grupo ou às próprias necessidades da sociedade face ao grupo. Deste modo, entendemos que o conceito de

formação se caracteriza como um processo plural, multifacetado e em constante mutação. A formação, nomeadamente de natureza escolar como é o caso que apresentamos no interior deste trabalho, constitui um elemento central na organização, estruturação e afirmação dos grupos e das identidades profissionais. É a partir das instituições especializadas para o ensino dos cuidados de enfermagem que, gradualmente, a enfermagem portuguesa ganha legitimidade e maior respeitabilidade perante a Sociedade. Este processo aconteceu principalmente ao longo da segunda metade de novecentos quando assistimos à transição de um campo de acção formativo caracterizado principalmente por uma moral profissional para um campo de acção com características diferentes onde o maior grau de *cientificidade* ganha importância na legitimidade do grupo e na sua configuração identitária do ponto de vista profissional.

A articulação entre a formação e a identidade constitui um processo de causa e efeito na medida em que são as escolas de enfermagem que seleccionam, formam e procedem à classificação dos futuros elementos do grupo profissional das/os enfermeiras/os. Deste modo o conceito de identidade deve ser entendido como um elemento abstracto, relacional, intimamente relacionado com os processos formativos dos grupos profissionais na medida em que é a partir da entrada na instituição e depois durante a frequência escolar que um determinado aluno é preparado para assumir um conjunto de valores, normas e atitudes de carácter ético-profissional que de outro modo dificilmente adquiriria. Consideramos, por isso, que a identidade profissional constrói-se no interior de lógicas de acção, na sequência do que defende a abordagem interaccionista, e representa um processo dinâmico sempre em (re)construção, que situa os diferentes elementos no interior de uma determinada especificidade, ou grupos de pertença, e que se pode alterar consoante as relações que se estabelecem com o Estado ou com outros grupos profissionais que exercem pressão sobre os grupos tornando-os mais permeáveis a outros interesses que não os do próprio grupo profissional. São os conhecimentos e os valores que os indivíduos adquirem em contexto de formação escolar que os tornam seres socialmente identificáveis²²².

De acordo com Rui Canário, a investigação realizada no domínio da formação encontra-se estreitamente relacionada com as “configurações identitárias” não se tornando possível separar estes dois elementos teóricos²²³.

²²² Cf. DUBAR, Claude (1997), *Op. Cit.* pp. 13.

²²³ Cf. CANÁRIO, RUI, “Formação profissional: problemas e perspectivas de futuro”. *Fórum*, nº 27, Jan-Jun, 2000, pp. 137.

Para David Tavares a formação também assume um papel produtor de identidades credenciadas na medida em que “são construídas em processos de socialização específicos que decorrem simultaneamente em diferentes instâncias socializadoras (...)”²²⁴ realçando-se aqui a importância das escolas como elementos fulcrais para a produção de identidades profissionais e para a construção de legitimidade, respeitabilidade e acreditação dos indivíduos que procuram formar-se no seu interior, submetendo-se a um conjunto de “lógicas” de selecção, formação, administração escolar, de aprendizagem moral ou científica, disciplinares, entre outras.

É por isso que a formação inicial representa um momento crucial da aprendizagem para o mundo do trabalho, na medida em que é ali que se aprendem os “modos de estar”, os “modos de agir”, o “saber-fazer” e, conseqüentemente, se adquirem referências relativamente às normas e valores, submissos ao Estado ou mais directamente à administração das instituições, que devem ser cumpridos, servindo de guias socializadores para a actividade profissional futura.

Esta problemática sugeriu-nos algumas hipóteses que podem permitir vislumbrar melhor uma, ou várias, respostas à pergunta inicial:

1. As **escolas** de formação inicial, sob a alçada do **Estado** e a agir no interior da sociedade, constituem importantes elementos de selecção e classificação dos alunos de enfermagem encontrando-se na origem da acreditação do futuro grupo profissional e do processo de construção de uma identidade reforçada. A escola surge com uma missão **credencialista** em relação aos indivíduos que a pretendem frequentar e diplomar-se;
2. As instituições de formação especializadas ajudam nos processos de **socialização profissional** dos alunos impondo determinadas **normas e valores** com vista a sua futura integração na sociedade e, especificamente, no mercado de trabalho. O Estado em articulação com a escola constrói modos de estar e agir perante o “outro”;
3. A respeitabilidade dos grupos profissionais, e dos próprios alunos, é construída através da **cientificidade** e **abstracção** dos **conhecimentos**

²²⁴ TAVARES, David (2007), *Escola e Identidade profissional – O caso dos técnicos de Cardiopneumologia*, Lisboa: edições colibri/Instituto Politécnico de Lisboa, pp. 34.

académicos apreendidos no interior das instituições escolares (Saber-Fazer), numa perspectiva dialogante com outros grupos, que se encontram na base de uma **jurisdição** profissional. A jurisdição profissional constrói-se na relação entre o conhecimento e a situação concreta do trabalho, constituindo-se assim um campo próprio de acção ou uma profissão;

Estas hipóteses colocam essencialmente em relação três grupos principais de natureza teórica que apelidamos por dimensões, campos de acção e eixos. As dimensões apresentam-se como os locais onde se desenvolve a acção e constituem a base do nosso modelo de análise. Estamos a referir-nos à dimensão Estatal, à dimensão Científica e à dimensão Societal/Social. Os campos de acção movimentam-se de acordo com as lógicas dimensionais e são influenciados pelas mesmas assumindo-se como espaços dinâmicos e permeáveis, um em relação ao outro. São eles o campo de acção da formação e o campo de acção da profissão/profissional. Por fim, os eixos que permitem objectivar empiricamente o nosso modelo de análise e que se apresentam como elementos transversais às dimensões e aos campos de acção são o **credencialismo**, o **conhecimento**, as **normas e os valores** e, por último, a **jurisdição profissional**. Estes eixos transversais procuram dar conta das realidades passadas transmitidas por um conjunto de fontes documentais recolhidas e analisadas. Os materiais recolhidos podem dividir-se, sumariamente, em cinco grupos distintos:

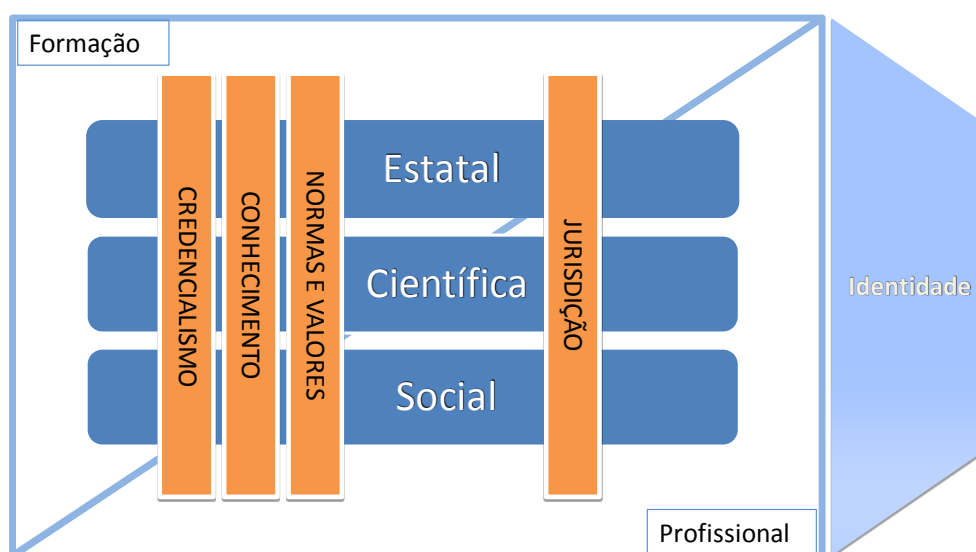
- 1) **Legislação** – Ao longo da nossa pesquisa utilizamos um conjunto assinalável de fontes legislativas. Tentamos compreender a visão objectiva do legislador a partir destas fontes. O arco temporal que os documentos legislativos abarcam inicia-se no século XIX (a partir de 1836) e termina em 1988. Ao longo deste período destacamos a legislação que melhor permitia responder aos interesses que apresentamos anteriormente através da nossa pergunta de partida;
- 2) **Material de arquivo** – A realização desta pesquisa obrigou à procura de fontes em três arquivos distintos. O arquivo mais relevante foi o arquivo da antiga Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias. Neste arquivo consultamos registos biográficos de discentes e docentes (1948-1988); correspondência recebida e expedida; materiais

de natureza disciplinar; programas escolares; plantas e memórias descritivas de construções escolares; Estatutos escolares; entre outros. Num segundo arquivo, o Centro de Documentação e Informação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, consultamos fontes manuscritas e dactilografadas sobre a organização de jornadas, congressos e exposições relacionadas com a enfermagem; consultamos algum material de índole sindical; finalmente, consultamos o arquivo digital da Assembleia da República que permitiu aceder às discussões, nos diferentes regimes políticos, sobre o exercício e ensino da enfermagem.

- 3) **Imprensa** – A imprensa consultada pode dividir-se em revistas e livros da especialidade. As principais revistas consultadas foram a revista “Servir”; a “Revista de Enfermagem” e a revista “Hospitalidade”. No que diz respeito aos livros, foram essencialmente livros dedicados ao ensino da enfermagem publicados ao longo do século XX.
- 4) **Fontes orais** – Além do material documental que já assinalamos também fizemos um trabalho complementar que permitiu colocar os sujeitos a transmitir as suas próprias ideias sobre a actividade que desenvolveram. Escolhemos 5 entrevistados de acordo com critérios previamente definidos. Todos os entrevistados tinham de assumir a condição de antigos alunos ou professores da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. O ideal seria o critério cumulativo, isto é terem sido alunos e depois professores. Efectivamente as 5 entrevistas que realizamos cumpriam este critério.
- 5) **Iconografia** – Pareceu-nos importante encontrar algum material iconográfico que pudesse ajudar a ilustrar melhor o que documentalmente tentávamos defender. Neste sentido surgem algumas, não muitas, fotografias gentilmente cedidas por alguns dos entrevistados.

Da abordagem conceptual relacionada com a sociologia das profissões, com a literatura sobre a enfermagem, do interior da História da Educação na relação com as fontes agora identificadas nasceu o seguinte esquema interpretativo que permitiu uma análise à construção identitária da enfermagem portuguesa ao longo do século XX, com especial incidência para a segunda metade dessa centúria.

Ilustração 2 – O modelo de análise interpretativo do grupo profissional das/os enfermeiras/os ao longo do século XX.



2.1.1. Três dimensões e dois campos de acção.

A opção de relacionar as dimensões com os campos de acção não é inocente. Pelo contrário, encontram-se de tal forma ligados que seria muito difícil não convocá-los ao mesmo tempo, na medida em que fazem parte de um mesmo processo dinâmico sobre o qual vamos teorizar. Para uma compreensão alargada de um determinado objecto de estudo é necessário recorrer à construção de modelos de análise que permitem “agarrar” o nosso objecto e não perdê-lo de vista ou entrar em divagações ilusórias.

Quando nos referimos a três dimensões e dois campos de acção estamos a pensar que, de acordo com a pesquisa, análise e tratamento das fontes documentais que

fizemos, só é possível a sua interpretação cabal se conseguirmos relacionar os elementos teóricos de uma forma simples, mas capaz de interpelar a documentação empírica.

Assim, o Estado apresenta-se como um actor central no interior deste trabalho na medida em que o podemos considerar um elemento influenciador das instituições escolares e das práticas de selecção e formação dos indivíduos que integram as escolas de enfermagem. Michel Foucault fala de um conjunto de redes de relações de poder que procuram “capturar”, dividir e classificar os indivíduos, tornando-os sujeitos, onde o Estado participa. Por outro lado, o Estado assume centralidade nas configurações identitárias dos grupos profissionais porque a partir dele são colocados a circular um conjunto de discursos que visam influenciar directamente a conduta dos indivíduos, chegando mesmo a exercer influência sobre o sujeito individualmente²²⁵. De acordo com Michel Foucault, o poder circula através de um conjunto de lógicas discursivas operacionalizadas, neste caso pelo Estado, na tentativa de influenciar um conjunto de indivíduos que aos poucos se submetem a si e são preparados para reproduzir alguns dos discursos em nome de um determinado Saber e do próprio Estado.

As relações de poder constituem deste modo um aspecto relevante na interpretação das fontes documentais no que diz respeito em particular à constituição de identidades profissionais a partir de lógicas formativas. Encontramos um conjunto de engrenagens discursivas que mostram a relação que Foucault enalteceu entre Poder e Saber²²⁶. No fundo, o Estado propõe um conjunto de racionalidades que orientam a conduta humana num determinado sentido e, para isso, é preciso proceder a escolhas e à selecção de indivíduos mais ou menos aptos para seguir um determinado caminho²²⁷. É aqui que surgem as questões relacionadas com os processos de acreditação dos indivíduos que retomaremos adiante. No entanto, o Estado não se limita a produzir e a colocar a circular um conjunto de discursos que têm como objectivo a “verificação de qualidades” para assumir uma determinada tarefa. Essa “verificação” deve ser objectivada através de dispositivos constituídos especificamente para o efeito. Neste caso, outras profissões podem integrar a lógica discursiva do Estado, representando o mesmo na tentativa de angariar privilégios e aumentar os seus domínios profissionais

²²⁵ VEYNE, Paul (1988) “O indivíduo atingido no coração pelo poder público” in AAVV, *Indivíduo e Poder*, Lisboa: Edições 70.

²²⁶ Cf. FOUCAULT, Michel (2006), *Estratégia, poder e saber/ Michel Foucault: organização e selecção de textos, «ditos e escritos IV»*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária.

²²⁷ Idem, pp. 319.

(Médicos) oferecendo como moeda de troca o conhecimento que circula no interior do grupo e que é protegido pelo próprio grupo. É devido a este conjunto de relações entre o Estado, as instituições escolares de acreditação dos indivíduos, o Saber, a ética e os grupos profissionais que são produzidos sujeitos capazes de integrar um determinado círculo profissional com o qual, desde o início da sua formação, se começam a identificar e a defender perante os outros grupos ou indivíduos, acontecendo o mesmo em relação ao conhecimento que possuem e que, muitas vezes, assumem monopolisticamente.

O Estado constitui uma peça central neste trabalho porque a partir dos discursos de poder que são colocados a circular podemos compreender as instituições, os actores e o modo como se constroem jurisdições e identidades profissionais. É neste sentido que defendemos que o Estado se apresenta como um elemento activo no processo de construção das identidades e pode ser objectivado através das instituições de formação que se encontram sob a sua dependência, dos processos de recrutamento e acreditação dos indivíduos ou da atribuição de licenças que permitem o exercício profissional de um determinado grupo e a construção de saberes que tendem gradualmente a assumir-se como pertença de um grupo.

As relações que o Estado manteve com os grupos profissionais constituem linhas de tensão privilegiadas de análise das relações de poder e das estruturas de poder existentes e construídas entre o Estado e a Sociedade, muitas delas a partir das actividades profissionais e em particular do conhecimento científico manobrado pelos grupos, participando estes no interior de um projecto político muito maior do que a “naturalidade funcionalista” chegara a acreditar. Só é possível a interpretação ampla da importância do Estado nas lógicas identitárias se tivermos em linha de conta, em primeiro lugar, os processos formativos e as instituições de formação e, depois, as relações dinâmicas que se constroem a partir do seu interior.

É por isto que Maria de Lurdes Rodrigues defende que é relativamente consensual em relação ao Estado “que a análise das suas redes de influência e acção colectiva são centrais para a compreensão das profissões nas sociedades contemporâneas”²²⁸.

Ao procedermos à análise da documentação empírica percebemos que existe uma forte relação entre a profissão de enfermeira/o e as dimensões estatal e científica,

²²⁸ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões*, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora, pp. 123.

principalmente. De facto, o Estado assume uma enorme centralidade no processo de construção da actividade profissional da enfermagem logo a partir das instituições de formação – as escolas de enfermagem. A partir da década de 40, o Estado chama a si a tarefa reguladora desta actividade e, conseqüentemente, do grupo em emergência. A partir dessa década só poderia exercer a actividade profissional de enfermeira/o quem possuísse formação para o efeito, isto é quem tivesse frequentado com sucesso uma escola de enfermagem. Assim, numa primeira fase foi fundamental a existência de um “processo de verificação” das qualidades físicas, motoras e morais com sucesso; por outro lado, embora na continuidade do processo anterior, quem completasse com sucesso o curso de enfermagem, e fosse aprovado no exame final de estado (até década de 70), ficaria apto a exercer a prática da enfermagem no interior da Sociedade.

Os processos de recrutamento dos alunos de enfermagem, sobretudo a partir dos anos 40, constituem um bom exemplo do que acabamos de referir. Os alunos deviam passar por um conjunto de fases que lhes permitia, ou não, ingressar na escola de enfermagem.

Gradualmente, à medida que avançamos da década de 40 para a década de 70 e 80, as habilitações literárias exigidas foram aumentando. Primeiro, era necessário possuir a instrução primária para frequentar o curso de auxiliares de enfermagem e o 1º ciclo do ensino liceal para o curso de enfermagem geral; depois, a partir da reforma de 1965, passou a ser necessário o 1º ciclo dos liceus para o curso de auxiliares de enfermagem e o 2º ciclo para o curso de enfermagem. No final da década de 70 exigiu-se o curso complementar dos liceus e na década de 80 o 12º ano de escolaridade.

Por outro lado, era necessário aferir as qualidades físicas dos candidatos à matrícula nas escolas de enfermagem. Estes deviam respeitar um conjunto de características. Desde logo não podiam possuir “mau aspecto”, numa primeira fase, nem doenças do foro nervoso, contagioso ou psicológico.

Devido às baixas habilitações académicas numa fase inicial, era necessário fazer um exame de natureza literária, que na década de 70 com o aumento das exigências de habilitações literárias foi abolido, onde podiam constar diversos tipos de conhecimentos, desde línguas estrangeiras, como o francês, até conhecimentos relacionados com a História de Portugal ou com a aritmética. Também era importante para a instituição, sobretudo durante o período do Estado Novo, aferir as qualidades morais do indivíduo de uma forma oficial ou oficiosa. É comum surgirem nos processos biográficos, incluídos no arco temporal do Estado Novo, atestados de bom

comportamento moral assinados por autoridades civis ou religiosas das respectivas localidades de origem.

Estes dispositivos de selecção e recrutamento dos alunos constituem a objectivação do que referíamos atrás. O processo de selecção tem como objectivo a integração do indivíduo num determinado grupo de pertença e para o efeito deve possuir determinadas características. Por outro lado, é relevante que esse grupo possua elementos que possam ajudar a construir e a participar de modo “dócil” no projecto político do Estado, seja ele qual for, embora com maior evidência, neste caso, para o Estado Novo.

Depois dos alunos percorrerem os anos de curso devidos e serem submetidos ao exame final de curso, enquanto existiu, seria passado um diploma que os habilitava profissionalmente para o exercício da enfermagem. Tanto a montante como a juzante o Estado encontra-se presente na verificação das capacidades dos candidatos a alunos e depois dos próprios alunos matriculados a profissionais.

O Estado através da alimentação das suas relações de poder é capaz de influenciar a dimensão formativa do grupo em análise e, conseqüentemente, a construção identitária do ponto de vista profissional. A dimensão estatal cruza todo o nosso modelo analítico e constitui um importante elemento de análise na nossa dissertação na medida em que, mesmo não se encontrando presente directamente, as estruturas, as lógicas de acção que estabelece e as relações de poder nomeadamente com as escolas de enfermagem tornam o Estado praticamente omnipresente no interior desta obra. Mas há outras dimensões que assumem particular interesse e importância no decorrer deste trabalho e que, embora já tendo sido ligeiramente invocados, devem ser alvo de teorização não perdendo de vista a relação entre o que já dissemos, o que vamos dizer, do ponto de vista teórico, e aquilo que encontramos empiricamente.

A dimensão científica ocupa também uma grande centralidade no contexto do trabalho que nos encontramos a desenvolver. Entendemos que existe uma articulação de proximidade em relação à dimensão Estatal, servindo como elemento intermediário em relação à dimensão social. Defendemos atrás que o Estado coloca a circular um conjunto de elementos discursivos cujo objectivo, em termos gerais, é influenciar a conduta dos indivíduos. Muitos desses discursos são produzidos inicialmente pelos grupos profissionais que possuem Saberes organizados, racionais e que permitem construir “ideologias discursivas” no interior da Sociedade. Ora, é a ciência que alimenta os interesses discursivos do Estado, por um lado, os interesses dos grupos

profissionais, por outro lado, e ainda ajuda a construir, organizar e racionalizar os grupos profissionais em emergência, como é o caso da enfermagem. É a ciência que produz os “regimes de verdade”.

A dimensão científica constitui um elo intermediário importante entre o campo de acção formativo e o profissional. De facto, é a partir dos contextos de formação, nomeadamente das instituições de formação em enfermagem, que se constroem dinâmicas profissionais, mas também hábitos e costumes, facilitando a integração no futuro grupo de pertença. Além de possuir um papel relevante no contexto formativo dos futuros enfermeiros a ciência permite angariar maior respeitabilidade da Sociedade em relação ao grupo profissional permitindo, deste modo, valorizar a identidade do grupo e a sua jurisdição profissional.

Assim, é relevante compreender o processo de construção cognitiva dos Saberes científicos, os caminhos que tomaram e as estratégias seguidas com vista a reforçar o grupo do ponto de vista identitário. Mas também é da maior importância compreender que é através da ciência que se consolidam competências e se alcançam “estádios superiores” de *expertise*. Para Eliot Freidson o Saber, ou conhecimento, constitui um dos principais recursos de poder profissional na medida em que possibilita aprendizagens que permitem dominar e construir um conjunto de Saberes-Fazer e ampliar a autonomia dos domínios profissionais²²⁹.

Também aqui o pensamento de Michel Foucault pode assumir um papel importante na medida em que a dimensão científica é também ela uma forma de poder. Por isso há uma relação entre o Poder-Saber onde se articulam a dimensão social e cognitiva das actividades profissionais. No fundo estamos a falar da construção de discursos autorizados que servem de pilar aos regimes formativos e profissionais da enfermagem e que permitem construir uma identidade reforçada em relação à sociedade. É a isto que Maria de Lurdes Rodrigues chama de “transformação do valor intrínseco do conhecimento em valor de uso reconhecido socialmente”²³⁰.

O conceito de estratégia surge como um elemento útil à compreensão de toda esta lógica que estamos a tecer. É muito importante compreender as estratégias de acção dos grupos profissionais, logo desde a formação, nomeadamente o modo como dominam e constroem o seu conhecimento cognitivo de forma a compreendermos que tipo de identidade se desenvolve do ponto de vista social. A estratégia surge neste

²²⁹ FREIDSON, Eliot, *Op. Cit.* pp.

²³⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), *Op. Cit.* pp. 114.

contexto como um meio que permite alcançar um objectivo maior que neste caso é o reforço da identidade profissional de um grupo a partir da sua formação inicial.

No caso da enfermagem a afirmação do grupo foi difícil e complexa se tivermos em linha de conta a importância que as instituições de formação especializadas assumem na produção de identidades profissionais credenciadas. De facto, a partir de 1836 assistimos ao início de um processo de escolarização associado à reforma das escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e do Porto, onde havia lugar para a formação de parteiras. A partir daí encontramos apenas em 1881 a primeira escola particular de enfermagem, em Coimbra, e em 1901 a primeira escola oficial de enfermagem, em Lisboa. É bastante tardia a constituição de espaços formais dedicados ao ensino da enfermagem. Porquê? Porque a essência dos saberes mobilizados pela enfermagem brotavam de um conhecimento prático e empírico, secular, que passara de mães para filhas e as realidades hospitalares eram dominadas pelos médicos.

A primeira metade do século XX, até aos anos 40, mesmo com a abertura de algumas escolas na década de 30, de carácter religioso, ficou marcada pela necessidade de alterar a forma como era entendida a enfermagem e o seu grau de *cientificidade*. A prova do que acabamos de referir foi a fundação da Escola Técnica de Enfermeiras apoiando-se num modelo de enfermagem completamente inovador em Portugal e baseado num maior grau de *cientificidade* da própria enfermagem. No entanto esta escola foi uma excepção. Todavia, na generalidade, as alterações começaram a ser significativas a partir do momento em que o Estado passou a regular este domínio formativo e profissional. Inicialmente, do ponto de vista formativo instituiu novos cursos e programas escolares desvalorizando a formação destes indivíduos, embora aumentando o número de elementos que participavam no interior da actividade profissional em análise, resultado das necessidades da época do ponto de vista social. No que diz respeito à dimensão profissional procedeu a um fechamento do círculo profissional, permitindo apenas que quem fosse devidamente credenciado por uma escola de enfermagem pudesse exercer esta actividade, aumentando a credibilidade e respeitabilidade social dos indivíduos em relação ao grupo.

A dimensão científica apresenta-se no interior deste modelo de análise como um elemento inter-dimensional e como o garante da construção de regimes de verdade, de uma formação acreditada baseada no Saber-Fazer e de identidades profissionais reforçadas e socialmente aceites. Também é importante no que diz respeito ao domínio da formação dos seus pares, evitando que outros grupos formassem os seus elementos.

A dimensão científica ajuda a compreender estes processos de lutas, conflito e negociação entre grupos profissionais e a importância das construções cognitivas e do seu grau de abstracção de modo a afirmar um determinado grupo e a sua identidade.

Em termos empíricos encontramos desde o primeiro momento em que o aluno se inscreve na instituição de formação articulações com os discursos científicos. O aluno é escrutinado por um conjunto de dispositivos que têm como missão estratégica aferir a sua aptidão para a formação na escola de enfermagem e, depois, para o exercício profissional. Por outro lado, relativamente às questões do conhecimento verificamos a existência de um percurso singular do Saber da enfermagem, que procura constituir-se como ciência/científico, embora encontre um caminho muito sinuoso, e uma luta constante com outros grupos profissionais que não permitem assumir cabalmente a condição de enfermagem como ciência, mas antes como Saber científico resultado de vários cruzamentos científicos e cognitivos.

À medida que avançamos para a segunda metade da centúria de novecentos percebemos que a enfermagem ganha visibilidade pública e que ultrapassou um estádio de moral profissional para um estádio onde a ciência ganha espaço à moral, como teremos oportunidade de salientar adiante. É neste contexto que a partir da década de 70 surgem as chamadas “teorias da enfermagem” que pretendiam assinalar a *cientificidade* das suas acções, dos seus métodos e dos seus objectivos enquanto grupos profissionais em emergência.

No entanto, é a dimensão científica da enfermagem que permite um aprofundamento dos saberes mobilizados em relação à nova atitude profissional que o grupo assumiu nas décadas de 70 e 80. Já não interessava a “política de espírito” desenvolvida pelo Estado Novo, o que importava agora era centrar a atenção no próprio utente/doente aumentando a sua capacidade de diálogo com estes e com os grupos profissionais envolventes, fomentando a multidisciplinaridade, bem como com o próprio Estado. Há uma transição de uma atitude moral para uma atitude profissional, pelo meio encontra-se um caminho de proximidade à ciência, à racionalidade e a metodologias de saberes que aos poucos eram convocados nas escolas de enfermagem ao nível curricular e que ajudaram a fortalecer a enfermagem enquanto Saber relacional.

A dimensão societal/social constitui outro elemento importante que se articula directamente com as dimensões anteriores, mas também com os campos de acção formativo e profissional. É no interior das redes sociais que podemos observar lógicas de acção, quantas vezes propostas pelo Estado, em relação aos grupos profissionais e

vice-versa. É no interior da sociedade que acontecem, ou pelo menos são visíveis, as lógicas interactivas que resultam do diálogo inter-dimensional que já aqui falamos e das relações inter-profissionais.

A Sociedade caracteriza-se pela sua multidimensionalidade²³¹ e pela hierarquização dos indivíduos e dos grupos, muitas vezes fruto da influência discursiva do Estado e da Ciência, dos grupos profissionais e das suas lógicas de formação, que permitem aceder a determinadas posições sociais e/ou profissionais. É no interior da Sociedade que circulam valores, princípios, costumes e tradições que constituem códigos de conduta que podem ser mais ou menos interiorizados pelos indivíduos ou pelos grupos. De acordo com esta interiorização, os interesses do Estado e dos grupos, também a credibilidade social em relação aos mesmos adapta-se às realidades sociais e políticas quotidianas.

A dimensão social permite visualizar duas linhas de tensão que ajudam a compreender o nosso trabalho. Por um lado, as escolas de enfermagem agem no interior de um determinado contexto social que as envolve e é aí, principalmente, que são cooptados os candidatos a alunos de enfermagem. Isto permite-nos traçar o perfil social de origem dos candidatos e compreender quem é que procurava estas instituições de formação, a sua proveniência geográfica, as actividades profissionais dos pais, as suas idades de entrada na instituição, etc. Por outro lado, é no interior da Sociedade que vamos compreender, depois da saída das instituições escolares, o modo como são recebidos esses alunos já pertencentes a um grupo e as estratégias desenvolvidas para aumentar a sua credibilidade social, a sua jurisdição profissional e o seu prestígio individual, enfim a sua identidade.

A partir da década de 60 houve um movimento por parte do grupo na tentativa de reivindicar uma carreira própria da enfermagem, algo que em 1967 veio a acontecer tornando-se a enfermagem submissa ao Estado em troca de um conjunto de privilégios e garantias de carreira resultantes dessa submissão. As carreiras da enfermagem foram-se alterando gradualmente à medida que se iam sentindo novas necessidades, até que em 1981 assistimos ao reforço identitário da enfermagem, passando a existir apenas uma única carreira para todos os profissionais de enfermagem, incluindo a carreira do ensino de enfermagem.

²³¹ BOURDIEU, Pierre (1985), “The social space and the genesis of groups”. *Social Science Information*, 24, pp.197.

Nas décadas de 70 e 80, do século XX, foram realizados três grandes eventos com uma enorme visibilidade pública, com a participação do próprio Estado. Estamos a referir-nos aos Congressos Nacionais de Enfermagem que permitiram redefinir a actividade profissional e compreender melhor os caminhos que haviam de percorrer de modo a dignificar a sua actividade profissional e a respeitabilidade do grupo. No final da década de 80 o ensino da enfermagem integrava o Sistema Educativo Nacional, nomeadamente o subsistema do ensino superior politécnico, encontrando a credibilidade e respeitabilidade social ambicionada desde há muito tempo.

A dimensão social é relevante para compreender os processos de recrutamento dos alunos e a sua origem social, portanto associada ao campo de acção formativo, mas também para compreender as estratégias dos grupos para engrandecer a sua profissão no interior de um determinado contexto sociopolítico. No fundo, a análise a partir da dimensão social em cruzamento com o campo de acção formativo e profissional permite traçar e analisar trajectórias dos indivíduos e dos grupos, nomeadamente o seu *modus operandi* com o objectivo de reforçar a sua identidade.

Entendemos que a dimensão social corresponde a um espaço de acção, onde existem “lógicas de formação”, enquadradas pelo Estado, que assumem um papel socializador da maior importância. Um exemplo relevante tem a ver com as questões de género que atravessam o campo de acção formativo e profissional da enfermagem. O género não pode ser apreendido como algo natural, mas antes como uma categoria construída social e historicamente. O significado de ser Homem ou ser Mulher é variável no tempo e no espaço:

“Assim, os sexos e as suas relações são, e devem ser, apreendidos como entidades sociais, políticas e culturais. Não deveriam, e não podem, ser reduzidos a factores externos à história, e, muito menos, a causas ou origens únicas e simples, uniformes, primeiras ou inatas”²³².

Este trabalho de investigação acompanha estas considerações, entre outras, na medida em que assume as relações de género como relações socioculturais permitindo-nos compreender até que ponto os contextos sociais, políticos, económicos, entre outros, influenciaram a construção da identidade profissional das/os enfermeiras/os portuguesas/es.

²³² BOCK, Gisela (1989), “História, História das Mulheres, História do Género”. *Penélope – Fazer e Desfazer a História*, nº 4, Nov. pp. 165.

As dimensões Estado – Ciência – Sociedade, em articulação com os campos de acção Formação/Profissão, permitem uma visão alargada sobre o processo de construção da identidade do grupo das/os enfermeiras/os portuguesas/es, ajudando à construção de um modelo de análise que é ainda atravessado por quatro eixos operatórios de análise que orientam toda a nossa investigação.

2.1.2. Os quatros eixos de análise:

2.1.2.1. O Credencialismo

Anteriormente quando definíamos as dimensões e os campos de acção do modelo de análise, tivemos oportunidade de convocar algumas palavras-chave que, na verdade, constituem eixos operatórios da nossa análise e que, por isso, vão ser agora clarificados. Os eixos são transversais a todo o nosso modelo conceptual, representado anteriormente no esquema, e constituem na relação entre si, com as dimensões e os campos de acção a objectivação do que temos vindo a referir até agora, embora tenhamos já avançado com algumas informações provenientes da pesquisa empírica.

O credencialismo constitui o primeiro eixo de análise transversal a este trabalho. Podemos defini-lo como um processo a que um indivíduo ou um grupo é submetido, passando por um acto de acreditação, supervisionado pelo Estado, em articulação com um conjunto de discursos científicos associados a determinados corpos profissionais que se movimentam no interior da sociedade, cujo objectivo principal é averiguar as potencialidades (físicas, psicológicas, axiológicas) de um determinado individuo para adquirir uma licença e/ou diploma que lhe permita integrar e participar num determinado circulo profissional que mobiliza um conjunto de competências com um determinado grau de exclusividade e que devem ser adquiridas, pelo menos no inicio, em contexto de formação escolar. Ao ser admitido à matrícula tem de ultrapassar as dificuldades académicas com sucesso para poder adquirir o seu diploma que permite o exercício legal da actividade profissional, neste caso da enfermagem.

Todos os indivíduos não seleccionados não podem integrar o grupo ou exercer as competências do grupo no interior da sociedade. Este processo assume particular importância na definição da identidade profissional de um grupo pois é a partir do acto de acreditação que se definem os perfis que podem integrar as instituições de formação e, conseqüentemente, mais tarde as respectivas jurisdições socioprofissionais.

As instituições de formação e licenças/diplomas representam a principal forma de credenciar os indivíduos que, assim, passavam a possuir formação e mandato para o exercício da enfermagem, em relação àqueles que não possuíam e que deviam ser excluídos do exercício profissional nomeadamente os “curandeiros”.

Ao referirmos que o Estado tem um papel relevante na construção identitária do grupo da enfermagem portuguesa, pensávamos principalmente na articulação com as escolas de enfermagem e, mais concretamente, no recrutamento dos futuros alunos de enfermagem remetendo-nos para uma atitude credencialista que assumiu, nomeadamente, a partir da década de 40 do século XX, e que não perdeu de vista, em certos aspectos, mesmo depois de cair o Estado Novo.

Como já referimos, foi a partir da década de 40 do século anterior que a constituição de instituições de formação especializadas no domínio da enfermagem veio a assumir um papel habilitante para este grupo, principalmente quando o Estado reconheceu a necessidade de uma formação generalizada nesta área e interveio com legislação de forma a regular o exercício da actividade.

A regulação do Estado, através da atribuição de licenças e do controlo dos indivíduos que eram admitidos nas escolas de enfermagem, possibilitou um processo de reconhecimento social e de afirmação da legitimidade da esfera de intervenção das/os enfermeiras/os portuguesas/es, embora numa primeira fase fossem considerados auxiliares dos médicos e regessem a sua conduta através de uma “moral profissional” que mais tarde foi substituída por princípios de carácter científico.

O credencialismo pode ser interpretado como uma fonte de poder profissional dado que permite aos grupos, nomeadamente através dos diplomas das instituições de formação especializadas, constituir a base de recrutamento dos indivíduos que podem ou não integrar determinadas jurisdições socioprofissionais e posições na sociedade.

Este eixo de análise é muito relevante na definição conceptual e identitária do grupo. Tomamo-lo como um processo de legitimação formal do grupo ocupacional das/os enfermeiras/os, neste caso associado à figura do Estado, que tendeu a complexificar-se à medida que avançamos do século XIX para o final do século XX, culminando, em nosso entender, no ingresso da enfermagem no ensino superior (1988) e, mais tarde, na constituição da Ordem dos Enfermeiros (1998).

A principal reforma relacionada com o ensino da enfermagem ao longo do período em análise e que teve um impacto significativo no processo credencialista que estamos a analisar foi a reforma de 31 de Dezembro de 1942 que instituiu a necessidade

de uma formação mais aprofundada e de uma “cuidada selecção e preparação do pessoal (...)” referindo que a partir de 1 de Janeiro de 1944 seria proibido o exercício público da profissão de enfermagem a quem não possuísse um diploma; esta reforma introduziu a importância da acreditação dos indivíduos através da moral, dando preferência ao pessoal do sexo feminino para assumir funções no interior da enfermagem. No fundo, é a partir de 1942 que todo o processo credencialista se desenvolve em termos abrangentes e nacionais. Outras reformas se seguiram, no entanto esta constitui o fundamento credencialista das restantes permitindo angariar prestígio e respeitabilidade ao grupo, mesmo continuando a ser considerados auxiliares dos médicos.

Foi a partir das escolas de enfermagem, e do reconhecimento estatal, que as/os enfermeiras/os desenvolveram conhecimentos de carácter científico relacionados com os cuidados de enfermagem e outros campos discursivos e de acção que lhes permitiram gradualmente adquirir credibilidade perante o Estado e a Sociedade e tornar-se um grupo com características profissionais.

Para demonstrar aquilo que acabamos de referir socorremo-nos de uma instituição específica e procedemos à análise do arquivo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco entre 1948 e 1988. Esta instituição, embora particular, é fruto da vontade individual, regional e política em suprir necessidades profissionais no domínio da enfermagem e em responder de certo modo às carências sociais no domínio da saúde no interior do País.

O processo de recrutamento dos alunos de enfermagem de Castelo Branco, nomeadamente durante o Estado Novo, passava pelas fases que já identificamos anteriormente: possuir determinadas habilitações literárias para concorrer; realizar um exame de aptidão; ser submetido a uma inspecção física e clínica e averiguar sobre o comportamento moral do candidato. Com a implementação da democracia em Portugal também se procuraram novas formas de recrutamento dos indivíduos e passamos a encontrar como requisito habilitações literárias mais elevadas e a conseqüente abolição dos exames de aptidão; continuamos a assistir às inquirições ao corpo pelos clínicos e a um processo diferenciado no que diz respeito à imediata aceitação ou não dos indivíduos na escola, introduzindo algum tempo de aprendizagem como forma de perceber se encontrava apto ou não à frequência daquela escola e mesmo daquela actividade profissional. Mais tarde para integrar o ensino superior terão de se submeter a um exame geral de conhecimentos, como acontecia com outros cursos dessa natureza.

O perfil das/os alunas/os que procuraram as escolas de enfermagem, nomeadamente a Escola de Enfermagem de Castelo Branco, entre 1948 e 1988 caracteriza-se, no caso do curso de Auxiliares de Enfermagem, que se extinguiu em 1974, por uma enorme procura face, por exemplo, ao curso de enfermagem geral. Contamos 1265 alunos matriculados na escola Albicastrense e 1133 alunos diplomados. O público era maioritariamente constituído pelo género feminino, com médias de idades, à entrada, compreendidas entre os 21 e 23 anos.

Em relação ao curso de Enfermagem Geral a procura era menor devido à maior duração do curso e à exigência de maiores habilitações literárias. Verificamos que entre 1948 e 1988 se matricularam na instituição 633 alunos e se diplomaram 564 alunos, maioritariamente elementos do género feminino, com média de idades, à entrada, compreendidas entre os 20 e 21 anos. Esta comparação mostra que o curso de Auxiliares de enfermagem, embora mais procurado mas também com idades superiores, constituía uma opção menos valorizada face ao que acontecia com o curso de enfermagem geral.

Em ambos os cursos a proveniência geográfica era caracterizada principalmente por uma grande maioria de alunos provenientes do distrito de Castelo Branco, comprovando assim a dimensão regional da escola e a sua importância naquele contexto de fracas oportunidades de mobilidade social, nomeadamente para o género feminino.

Relativamente à origem social dos alunos que frequentaram o curso de Enfermagem Geral ao longo do arco temporal em análise percebemos que as mães eram sobretudo domésticas, embora ligadas às suas pequenas propriedades agrícolas, e que o universo dos Pais (Homens) se caracterizava principalmente por artesãos, operários, trabalhadores qualificados ou semi-qualificados e também pela pequena e média burguesia rural, havendo aqui um claro interesse nos processos de mobilidade social e na independência de muitos elementos do género feminino que procuraram esta escola em jeito de afirmação pessoal, social e profissional.

Em suma, o credencialismo inicia-se com o processo de candidatura às escolas de enfermagem e termina com o diploma que o aluno recebe autorizando-o, o Estado, a escola, o conhecimento científico e a própria sociedade, a integrar-se numa determinada jurisdição socioprofissional e a exercer a actividade profissional no interior da sociedade. É portanto um processo longo e complexo que pode alterar-se consoante os contextos políticos, sociais e económicos envolventes.

2.1.2.2. O conhecimento

Outro eixo que devemos valorizar é o do conhecimento, na medida em que é o Saber que permite às instituições de formação agir na Sociedade, embora sempre sob a alçada do Estado. O conhecimento encontra uma relação de proximidade com o credencialismo na medida em que o Saber constitui um mecanismo de averiguação das capacidades intelectuais dos alunos das escolas. É neste sentido que Keith Macdonald refere que o conhecimento “fornece a base para a prática profissional” e que “indissoluvelmente se encontram ligados no mundo real”²³³. O conhecimento que pode apoiar, por exemplo, uma “reivindicação de profissionalismo no mundo moderno é aquele que é credenciado por uma qualificação”. De acordo com Macdonald, essa qualificação profissional é concedida por uma determinada instituição e as normas de entrada “constituem a base para o julgamento”²³⁴. Daí haver uma relação de proximidade entre o eixo de análise anterior e o conhecimento.

Para alcançarem maior autonomia os grupos procuram construir saberes próprios, onde podem colocar os problemas e resolvê-los “à sua maneira”. No fundo é a partir das instituições de formação, onde se organizam saberes e se projectam problemas e soluções, que se desenvolve um conhecimento académico, com um determinado nível de abstracção, capaz de se valorizar perante os outros grupos profissionais e de construir uma maior respeitabilidade para o grupo perante o Estado e a Sociedade, transformando e oferecendo legitimidade de forma que o grupo alcance o profissionalismo. É fundamental compreender as estratégias dos grupos em relação ao conhecimento, o seu nível de abstracção, na medida em que para qualquer grupo alcançar prestígio e acreditação social é necessário possuir um conhecimento forte e bem definido.

De acordo com Andrew Abbott “apenas um sistema de conhecimento regido por abstracções pode redefinir os seus problemas e tarefas, defendê-los de intrusos, e apreender novos problemas. A abstracção permite a sobrevivência no sistema competitivo de profissões”²³⁵.

Atrás de um sistema competitivo de profissões, de uma jurisdição profissional ou de uma identidade profissional forte encontra-se sempre um conhecimento académico abstracto que legitima as configurações identitárias do grupo ou dos indivíduos.

²³³ MACDONALD, Keith (1995), *Op. Cit.*, pp. 161.

²³⁴ Idem.

²³⁵ ABBOTT, Andrew (1989), *The System of professions*, Chicago: Chicago University Press, pp. 9.

Michel Foucault considera que o conhecimento se encontra intimamente entrelaçado com as relações de poder e os avanços do conhecimento encontram-se associados aos avanços e desenvolvimentos do exercício do poder. Para o autor o conhecimento e o poder encontram-se interdependente e intimamente ligados entre si. Um local onde o poder é exercido é também um lugar onde o conhecimento é produzido²³⁶.

De acordo com José Manuel Resende a actividade cognitiva desenvolve-se no interior dos discursos científicos e técnicos com a mesma equivalência. O trabalho cognitivo deve ser entendido “como uma prática mutante” na medida em que os “saberes mobilizados não se mantêm imunes às interferências das suas histórias e da história do país”²³⁷.

Partindo do pensamento destes autores podemos considerar que as instituições de formação em enfermagem são “lugares de conhecimento” onde a teoria e a prática se envolvem directamente. Isto é, o treino e a prática do conhecimento, por exemplo através dos estágios, constituem um elemento formativo que permite o reforço da identidade do grupo a partir das lógicas escolares.

No caso da enfermagem, o conhecimento era escrutinado pelo Estado dado que os docentes eram obrigados a utilizar os programas escolares elaborados por equipas convocadas pelo Estado para o efeito. Isto aconteceu até à década de 90 do século XX. No Estado Novo, o director das escolas de enfermagem era mesmo obrigado a enviar a lista anual de docentes que haveriam de prestar serviço na instituição naquele ano lectivo, revelando-se um enorme controlo sobre aquilo que as administrações escolares faziam no seu interior e as decisões que tomavam.

Em relação ao conhecimento verificamos que a enfermagem na primeira metade do século XX se caracterizava eminentemente pela execução de tarefas médicas. Os currículos eram caracterizados pela forte influência médica na medida em que eram os próprios médicos aqueles que ensinavam o saber-fazer nas instituições que existiam. Aos enfermeiros era relegada uma missão, embora importante, de segundo plano, pelo menos na década de 40, que era a de monitorizar os estágios e dar algumas aulas práticas no interior das instituições de formação.

²³⁶ FOUCAULT, Michel (1985) *Power/Knowledge*, Brighton: The Harvester Press, pp. 64.

²³⁷ RESENDE, José Manuel (2003), *O engrandecimento de uma profissão: os professores do ensino secundário público no Estado Novo*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação Para a Ciência e Tecnologia/MCTES, pp. 245.

Na segunda metade do século XX a enfermagem que se ensinava nas escolas conheceu algumas mudanças irreversíveis. Desde logo alterou-se o conceito de saúde, passando a dar-se valor ao ser humano na íntegra e não apenas ao ser humano como um conjunto de órgãos a necessitar de tratamento.

Partindo desta nova noção a enfermagem também procurou profissionalizar a sua actividade e fê-lo muito através da construção de caminhos que foram ao encontro de outros saberes, que não os técnicos que a medicina lhes proporcionava, mas conhecimentos que podiam permitir conhecerem novas metodologias e entendimentos face ao Ser Humano. A Psicologia, a Sociologia, a Pedagogia e Antropologia ganharam destaque nos programas curriculares. A enfermagem tornava-se cada vez mais um Saber relacional capaz de pensar a técnica que executava e propor novas soluções para os problemas com que lidava. Mais importante, colocou no centro dos seus interesses o próprio doente e alterou a sua atitude de natureza moral para uma atitude ético-profissional.

Estes elementos fazem parte de um processo estratégico de afastamento em relação à medicina, que reduzia a enfermagem a um Saber tecnicista, e a uma aproximação a outros Saberes que permitiram interpretar o Homem no seu todo, isto é na relação com o meio, com a família, consigo mesmo, etc... Assim, esta estratégia possibilitou a construção de um conhecimento de natureza académica, abstracto, equilibrando a técnica e a experiência no terreno, com a construção teórica do conhecimento em contexto escolar. O equilíbrio entre teoria e prática, à medida que avançamos na segunda metade do século XX, constitui um elemento importante na definição, afirmação e consolidação da enfermagem portuguesa como profissão e, conseqüentemente, ajudou a construir uma identidade profissional relacional relativamente forte.

Foi este conhecimento de base, como fonte do poder profissional, articulado e equilibrado entre si, desenvolvido nas instituições de formação de enfermeiras que permitiu a aquisição de novas competências, transformando o grupo em especialistas dos cuidados à vida do ser humano: a/o enfermeira/o transformou-se num/a *expert* que passou a produzir o seu próprio conhecimento, com uma jurisdição profissional, a que chamaram de cuidados de enfermagem.

2.1.2.3. As normas e os valores

As normas e os valores influenciaram o comportamento e a conduta dos indivíduos que frequentaram as escolas de enfermagem. Consequentemente a sua identidade profissional acabaria por ser moldada de acordo com os códigos axiológicos que circulavam no interior dos espaços formativos. No entanto há uma clara dependência do contexto em que as escolas se encontram inseridas e a noção de espaço-tempo assume aqui um particular interesse na construção identitária dos grupos.

O estudo dos valores situados no interior de uma lógica “espaço-tempo” contribui para compreender os processos de socialização dos indivíduos no campo de acção da formação, influenciando, mais tarde, o campo de acção profissional. Os valores enquanto construções subjectivas constituem mais uma ferramenta abstracta de coesão identitária dos grupos profissionais, permitindo o aumento da respeitabilidade do grupo perante a Sociedade.

De acordo com Marie-Françoise Collière o estudo dos valores deve ser abordado amplamente de modo a permitir a compreensão de toda a organização de um grupo. A autora defende que “os hábitos de vida e as crenças constituem o elemento de permanência, de estabilidade do grupo”. Para Collière os valores constituem guias socializadores para os futuros profissionais apresentam-se como “um referente de segurança, garantindo o sentimento de pertença, permitindo construir uma identidade através de maneiras de proceder, que determinam maneiras de se situar, de se identificar”²³⁸.

Para Anna Ramió Jofre “a identidade profissional é influenciada através de valores e atitudes adoptadas por um grupo que, juntamente com o conhecimento abstracto dá o seu contributo profissional à sociedade”²³⁹. Defende esta autora que os valores, os hábitos e costumes constituem elementos essenciais para analisar a identidade profissional.

A identidade dos grupos profissionais também é influenciada pelas normas e valores definidos pela tutela. As escolas de enfermagem, através das suas administrações escolares, incutem determinados códigos axiológicos e regulam a actividade escolar de acordo com as orientações do Estado. Os regulamentos das

²³⁸ COLLIERE, Marie-Françoise (1999), *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, 5ª ed., Lisboa/Porto/Coimbra: Lidel/SEP, pp. 275.

²³⁹ RAMIÓ JOFRE, Anna (2005), *Valores y actitudes profesionales – estudio de la práctica profesional enfermer en Catalunya*, Tesis doctoral apresentada ao Departamento de Sociologia e Análisis de las Organizaciones, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona, pp. 37.

instituições escolares são elementos frutíferos na existência e na persistência de regras em relação aos modos de estar no interior e no exterior do espaço escolar.

Consideramos que os valores são influenciados principalmente pelo Estado e fazem parte de um processo interactivo com a Sociedade. É a partir de alguns desses valores que, pelo menos durante o Estado Novo, os alunos constroem a sua justificação pessoal para se tornarem enfermeiras/os e integrar futuramente o grupo, permitindo o fortalecimento e coesão do grupo e da sua própria identidade.

Em termos genéricos podemos definir o conceito “valor” como um conjunto de mecanismos e dispositivos que influenciam os modos de estar dos indivíduos e dos grupos, onde as instituições de formação na sua relação com a sociedade e com o Estado assumem um papel relevante na inculcação e verificação dos mesmos. Aqui as administrações escolares, os docentes e os funcionários das instituições funcionam como verdadeiros vigilantes da moralidade. Para clarificar esta ideia socorremo-nos de Anna Ramió Jofre que defende o seguinte: “os valores são o conjunto das regras de conduta, de leis julgadas de acordo com um ideal, dirigidas a uma pessoa ou ao colectivo”²⁴⁰. A autora acrescenta ainda que os valores representam uma forma de viver e que estão relacionados com a identidade da pessoa, com o contexto e com processos de reflexão. Os sentimentos, os conhecimentos, as acções em relação a qualquer coisa representam uma atitude com valor que pode ser observável.

As normas, os valores e a administração vigilante dos indivíduos em relação às mesmas constituem um importante processo de socialização independentemente do tempo em que analisamos os grupos profissionais. De acordo com José Manuel Resende “a importância conferida à socialização – como um processo não fixo, mas aberto e em reestruturação contínua – é fundamental para se entender a rotinização da vida diária, ou o modo como os indivíduos reagem uns com os outros”²⁴¹.

Ao analisar o Estado Novo compreendemos que a/o enfermeira/o era vista/o como um elemento cujo papel se definia no interior de uma “moral profissional”. A/o enfermeira/o representava um conjunto de valores construídos e colocados a circular na Sociedade cujo aprofundamento era realizado nas instituições de formação onde as normas e as regras constituíam um elemento de destaque no quotidiano estudantil, como que preparando as/os enfermeiras/os para o seu papel social como representantes da virtude, da submissão, da disciplina, da obediência, etc., e do exemplo a seguir no

²⁴⁰ Idem.

²⁴¹ RESENDE, José Manuel (2003), *Op. Cit.*, pp. 189.

interior daquele regime político. Um dos aspectos mais relevantes relacionados com as normas, os valores e a relação entre a escola e a sociedade foi a constituição de Lares de Alunas Enfermeiras. Aqui eram obrigadas a ser disciplinadas, a cumprir um conjunto de regras e encontravam-se constantemente vigiadas e submissas à administração das escolas e consequentemente do Estado que moralizava, assim, esta actividade profissional.

Por outro lado, a partir da década de 70, já na transição do regime marcelista para o Portugal Democrático, assistimos, por parte do grupo, a um processo de redefinição da sua imagem ou da sua identidade. Os valores, bem como as normas institucionais, alteraram-se e o grupo assumiu outros princípios que se articulavam com a construção tardia, face a outros países europeus, de um Estado-Providência, realçando-se a questão da competência profissional ou da defesa e qualidade de vida dos cidadãos conquistando, desse modo, maior prestígio e reconhecimento social no interior de um novo projecto político de Estado. Foi sobretudo depois de cair o regime político do Estado Novo que a enfermagem alcançou maior visibilidade pública, inter-profissional, científica e Estatal.

Nos anos 80 a jurisdição profissional deste grupo ganhava novos contornos identitários devido principalmente às lógicas de formação e ao papel das escolas de enfermagem na transformação das identidades, como teremos oportunidade de verificar no eixo seguinte.

2.1.2.4. A emergência de uma jurisdição profissional

O último eixo transversal de análise do nosso trabalho constitui um ponto de chegada e simultaneamente de partida. É um ponto de chegada na medida em que um indivíduo para fazer parte de uma jurisdição profissional significa que percorreu todo um caminho de natureza escolar, relativamente longo, que o autoriza a associar-se a um grupo de pertença com o qual se identifica e foi preparado para se identificar. É também um ponto de partida pois a identidade, como processo contínuo, relacional e multifacetado, não se constrói apenas no interior da formação escolar, também se reforça através da acção na Sociedade. Todavia é na relação entre ambos os aspectos que emerge o conceito de jurisdição.

Este conceito pode ser definido como um campo objectivado entre o conhecimento e o exercício concreto do trabalho. De acordo com Andrew Abbott há

uma articulação entre o campo de acção formativo e o profissional na medida em que um ajuda a reforçar o outro²⁴² tornando as identidades profissionais mais fortes.

A busca do reconhecimento social e cognitivo para uma determinada jurisdição apoia-se no conhecimento académico/abstracto promovido nas instituições de formação e no desenvolvimento autónomo de diferentes tarefas na situação concreta do trabalho efectuado em relação a um cliente/utente/doente. Porém, além da importância do conhecimento como forma de acreditação de uma jurisdição profissional também encontramos elementos exteriores ao campo de acção formativo, no entanto directamente envolvidos com o Estado.

Estamos a referir-nos às estruturas reivindicativas, que as actividades profissionais foram construindo em seu redor, que procuraram angariar maior credibilidade pública/legal e maior respeitabilidade nas relações inter-profissionais. Verificamos, assim, que uma jurisdição é um campo de disputas constantes onde se mobilizam um conjunto de indivíduos com interesses comuns na defesa ou conquista de maiores privilégios para o grupo, reforçando a sua identidade.

De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues “o objectivo de fixar jurisdição é, entre outras, uma forma de identificação e de convergência dos membros de um grupo profissional, podendo assim as profissões serem identificadas por grupos de reclamações (...)”²⁴³.

Portanto as associações representativas dos grupos assumem aqui um importante papel na defesa das suas jurisdições mas também nos processos de negociação com o Estado e de reconhecimento perante a Sociedade. Estas associações também asseguram práticas de vigilância e denúncia relacionadas com o exercício legal, no caso que estamos a analisar, da enfermagem. Todavia tudo isto só é permitido porque as instituições escolares acreditaram os indivíduos cientificamente para a realização de uma determinada tarefa, que agora defendem e tentam ampliar.

O processo de estabelecimento e de manutenção de jurisdições, isto é a esfera de competências próprias do ponto de vista social, político e cognitivo resulta, no caso da enfermagem, da proximidade da capacidade reivindicativa das associações em relação ao Estado, objectivando-se essa relação, por exemplo, através da constituição de carreiras próprias e da projecção do grupo das/os enfermeiras/os por meio do desenvolvimento de conhecimentos profissionais no interior de congressos nacionais

²⁴² Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.*.

²⁴³ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. Cit.*, pp. 99.

realizados nas décadas de 70 e 80 da centúria passada, entre outras formas a que daremos destaque adiante.

Ora, as/os enfermeiras/os no Estado Novo serviram os interesses do Estado apresentando-se como elementos virtuosos e modelos a seguir; no Portugal Democrático, assumiram-se como elementos que trabalhavam para o bem-estar dos cidadãos, respondendo positivamente a qualquer um dos regimes políticos [Estado Novo e Democracia] e daí conquistando prestígio, recompensas e reconhecimento social, possibilitando a emergência de uma jurisdição socioprofissional.

A natureza relacional do trabalho das/os enfermeiras/os e as ideias relacionadas com as questões de género dificultaram a fixação de uma jurisdição socioprofissional e, conseqüentemente, fragilizaram a identidade profissional do grupo na medida em que a sua ainda débil jurisdição era permeável às incursões de outros grupos consolidados ou em emergência (ex. médicos; farmacêuticos; etc...). Note-se, por exemplo, o discurso de Coroliano Ferreira quando defende que:

“Se a enfermeira é de todo o pessoal de assistência, a única a conservar o contacto directo com o doente durante 24 horas por dia, se ela tem de ser a executora fiel e inteligente das prescrições dos médicos e além disso os olhos e ouvidos do médico ausente, junto do doente que lhes foi confiado, se ela estabelece a ligação entre o doente e o hospital, entre o doente e a sua família, entre o doente a própria sociedade, temos de concluir que o pessoal de enfermagem constitui, como poucos, o índice exacto do clima assistencial dos povos”²⁴⁴.

Ao longo do processo de afirmação da jurisdição profissional da enfermagem, principalmente no decorrer do século XX, foi com o grupo dos médicos que existiram enormes atritos e tentativas de controlo do grupo das/os enfermeiras/os. Para tal basta perceber que até à década de 60 foram os médicos os principais dirigentes e professores das escolas de enfermagem.

Em suma, no decorrer do trabalho destacaremos os principais momentos e estratégias de afirmação da enfermagem em Portugal, orientando o nosso discurso de acordo com três níveis de análise: o primeiro, até à década de 70, do século XX, onde partimos do princípio de que as associações desenvolveram um papel estratégico na promoção do grupo, através de estratégias de valorização formativa e sociais; em segundo lugar, olhamos para a constituição de carreiras específicas que realçam o processo de associação da enfermagem, e da sua segmentação interna, face ao Estado; e,

²⁴⁴ AEECB - *Relação das cerimónias promovidas pela escola [de enfermagem do doutor Ângelo da Fonseca] no dia 16 de Março de 1951*, Coimbra: 1951, pp. 11 e 12.

por fim, a afirmação de uma identidade profissional mais forte através da organização de congressos nacionais com temas definidos, onde associações, sindicatos e o Estado estiveram presentes, transmitindo um imagem de credibilidade da actividade para a sociedade, permitindo que todo este processo culminasse na integração no Sistema Educativo Nacional (1986), ao nível do subsistema de ensino superior politécnico (1988) e afirmando-se, definitivamente, a jurisdição socioprofissional da enfermagem e a identidade do grupo em análise.

Considerações finais

A racionalidade apresentada neste capítulo, que configura o modelo de análise deste trabalho de investigação, encontra-se todo ele umbilicalmente relacionado. É a partir da compreensão das três dimensões e dos dois campos de acção em articulação, que conseguimos colocar como pano de fundo, de modo a vislumbrarmos melhor, o que chamamos do ponto de vista empírico de eixos transversais de análise.

A identidade do grupo das/os enfermeiras/os assume esta complexidade ao longo do século XX, mas principalmente na segunda metade da centúria, realçando-se cada dimensão, campo e eixo a partir de um conjunto de fontes documentais que, em geral, estão associados à análise de um caso – da Escola de Enfermagem de Castelo Branco – utilizando um método de análise qualitativo, sóciohistórico e assumindo uma perspectiva diacrónica que permite organizar melhor o nosso trabalho

Foi através deste modelo de análise que tentamos interpretar o processo de construção da identidade profissional de um grupo tomando como base a sua formação inicial principalmente entre a década de 40 e 80 do século XX. Foi este modelo de análise que permitiu interpelar as diferentes fontes documentais que recolhemos, tratamos e analisamos. Esperamos que as próximas páginas confirmem aquilo que defendemos neste capítulo e que este trabalho seja entendido como um todo e não como partes aglomeradas entre si.

Capítulo II

O credencialismo em enfermagem

Introdução

O credencialismo pode ser interpretado como um processo que permite dominar o acesso a determinados conhecimentos e posições profissionais, constituindo-se como uma importante fonte de poder profissional²⁴⁵. Por outro lado, constitui o fundamento dos mandatos que as escolas de enfermagem atribuíam aos indivíduos que as frequentavam e, conseqüentemente, a essência dos diplomas/licenças que os sujeitos recebiam para poder agir no interior da sociedade, autorizados pelo Estado, como elementos praticantes da enfermagem²⁴⁶.

As actividades profissionais, ao longo da história, desenvolveram mecanismos de acreditação dos indivíduos que possibilitaram a sua integração e o seu reconhecimento social e profissional. Encontraram dispositivos que permitiram averiguar a capacidade dos sujeitos para fazer parte de determinados agrupamentos profissionais e exercer tarefas específicas. O credencialismo caracteriza-se, em parte, por esse acto de subordinação, ao mesmo tempo habilitador, e de reconhecimento das capacidades dos indivíduos que, para exercer algumas actividades profissionais, deveriam possuir “qualidades” físicas, psicológicas, intelectuais ou morais definidas pelos grupos, pelo Estado e pelos contextos sociopolíticos que envolviam os agrupamentos profissionais²⁴⁷.

A enfermagem, tal como outros grupos, necessitou, principalmente ao longo do século XX, de assumir determinadas características que foram escrutinadas, em boa parte, pelas instituições de formação fundadas maioritariamente por médicos e autorizadas pelo Estado propositadamente para ensinar a cuidar²⁴⁸. A emergência de uma actividade profissional depende, em boa parte, de uma formação relativamente longa que permita aos elementos que a procuram obter credenciais que possibilitem o desenvolvimento de uma situação concreta de trabalho na sociedade²⁴⁹.

O credencialismo encontra-se articulado com os campos formativo e profissional na medida em que possibilita diferentes formas de acreditação daqueles que procuram ser reconhecidos aptos a exercer uma profissão, neste caso a de enfermeira/o, a partir da sua formação escolar²⁵⁰. Os dispositivos credencialistas que as escolas de enfermagem,

²⁴⁵ FREIDSON, Eliot (1988), *op. cit.*, pp. 63, 64 e 77.

²⁴⁶ HUGHES, Everett (1958), *op. cit.*, pp. 131 e seguintes.

²⁴⁷ MACDONALD, Keith (1995), *op. cit.*, pp. 54.

²⁴⁸ NUNES, Lucília (2003), *op. cit.*, pp. 36 e 37.

²⁴⁹ GONÇALVES, Carlos (2006), *op. cit.*, pp. 48 e seguintes.

²⁵⁰ DUBAR, Claude (1997), *op. cit.*, pp. 153.

na dependência do Estado e associadas a outros grupos profissionais, encontraram com o objectivo de seleccionar os mais capazes e aptos ao exercício desta actividade profissional, de acordo com determinados valores e princípios que se foram alterando de época para época, foram diversos. A avaliação sobre as qualidades físicas do aluno, as habilitações literárias, a sua experiência profissional e a sua idoneidade moral, constituem exemplos da averiguação a que os alunos eram submetidos logo desde o início do processo de matrícula nas escolas.

As escolas de enfermagem assumiram um importante papel nas configurações identitárias do grupo das/os enfermeiras/os em Portugal. A partir do momento em que os indivíduos pretendiam integrar o lugar onde se aprendia formalmente a cuidar e a possuir um diploma que permitisse o exercício da enfermagem, autorizado pelo Estado, por um lado, e reconhecido pela sociedade, por outro lado, os indivíduos submetiam-se a um processo de acreditação das qualidades necessárias para a integração na instituição escolar. O credencialismo é, assim, um processo de subordinação, principalmente em relação ao Estado, que decorre no interior das instituições escolares, desde o momento da matrícula, passando pela aquisição de competências técnico-científicas, até à posse do diploma e mandato que permitem exercer legalmente esta actividade profissional.

Neste capítulo pretendemos apresentar as escolas de enfermagem como elementos credencialistas participantes no processo de engrandecimento da actividade profissional da enfermagem entre 1881 e 1988, embora com maior incidência na segunda metade do século XX. As escolas de enfermagem desenvolveram um importante papel na constituição de uma identidade profissional acreditada socialmente e respeitada academicamente/profissionalmente.

Para o efeito, vamos construir um capítulo dividido em três partes fundamentais que permitem uma compreensão alargada sobre a evolução e a importância destas escolas nos processos credencialistas e na relação com a sociedade envolvente no arco temporal previsto.

Em primeiro lugar, construímos um quadro de referência histórico que possibilita em termos gerais a compreensão do processo de emergência e consolidação das escolas de enfermagem portuguesas ao longo do século XX e o seu papel como dispositivo de acreditação de um grupo em emergência socioprofissional. O Estado Novo, nomeadamente a década de 40, surge como um regime político de transição no que diz respeito ao relevante papel das escolas de enfermagem no processo de definição de uma identidade profissional forte do grupo.

Em segundo lugar, descrevemos o processo de recrutamento das/os alunas/os candidatas/os à matrícula nas escolas de enfermagem entre 1881 e 1988. Isto é, procedemos à objectivação dos dispositivos credencialistas que foram utilizados nas escolas de enfermagem para filtrar os seus públicos para aquele exercício profissional. Mais uma vez salientamos a segunda metade da centúria de novecentos. Neste ponto propomos uma análise sobre três aspectos relevantes no interior do processo de admissão a estes estabelecimentos de ensino: as habilitações literárias; as qualidades físicas necessárias à admissão das/os candidatas/os (fichas clínicas); e, a realização de exames de aptidão, bem como de entrevistas ou outras propostas que foram discutidas naquele arco temporal para ser admitida/o aos estabelecimentos escolares.

Em terceiro lugar resolvemos estabelecer um diálogo vertical entre aquilo que foi produzido, do ponto de vista legislativo, e o que aconteceu do ponto de vista local. O arquivo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco possibilitou-nos uma compreensão detalhada dos públicos que frequentaram a instituição entre 1948 e 1988. Iniciamos a análise com o curso de auxiliares de enfermagem e transitamos, depois, para o curso de enfermagem (geral) propriamente dito. Interessa-nos definir o perfil da/o aluna/o que frequentava as escolas de enfermagem e que, no futuro, integraria o grupo socioprofissional em causa de modo a compreender que práticas credencialistas as escolas de enfermagem seguiram ao longo da centúria de novecentos e conseqüentemente o perfil da/o aluna/o que as procurou.

1. O primeiro olhar: retrato de um percurso (1881-1988)

Desde final do século XIX, e ao longo do século XX, que o grupo das enfermeiras portuguesas construiu um percurso próprio no sentido de afirmar a sua credibilidade junto da sociedade e do Estado. Este caminho é caracterizado por alguns avanços e recuos em relação ao objectivo estratégico do grupo: a afirmação de uma identidade profissional forte e credenciada. Esta pretensão foi atingida, no caso das/os enfermeiras/os portuguesas/es, através da frequência de uma formação prolongada em instituições especializadas de enfermagem, com o objectivo de preparar para o exercício profissional.

A formação é o elemento credencialista privilegiado do grupo na medida em que permite a aquisição de saberes teóricos, técnicos e práticos e no final a aquisição de um diploma habilitador para o exercício profissional da enfermagem. Por outro lado, a

aproximação estratégica a elementos “estranhos” ao grupo também permitiram melhorar a sua imagem. Um dos casos emblemáticos prende-se com a relação estabelecida entre a enfermeira/o e o médico, ao longo da centúria de novecentos, possibilitando a apropriação de saberes técnicos às enfermeiras/os. Do mesmo modo, a aproximação ao Estado constituiu uma estratégia definida pelo grupo, dado que ao colocar-se na esfera do Estado libertava-se de outras tutelas, como por exemplo da Igreja.

Como refere Keith Macdonald estamos perante uma dupla estratégia de um projecto profissional em emergência. A estratégia com objectivos de exclusão e de “formalização”. A primeira pretendia garantir o controlo efectivo da ocupação através de mecanismos legais, isto é garantir a autonomia legal permitindo que existisse apenas uma única forma de ser enfermeira/o – “a forma real”; a segunda pretendia encontrar espaço formativo-profissional no que diz respeito à prática profissional, ao emprego e às suas condições e à formalização da relação entre enfermeiras/os e médicos tentando obter um determinado grau de autonomia²⁵¹.

Neste sentido, torna-se pertinente reflectir e analisar sobre as formas discursivas que enquadraram este grupo socioprofissional no arco temporal proposto (1881 – 1988). Estas datas correspondem à produção de legislação oficial relacionada com a enfermagem portuguesa²⁵², nomeadamente a dois momentos simbólicos do grupo: a constituição da primeira escola de enfermagem portuguesa (1881) e a aquisição da chancela do ensino superior (1988). No interior deste arco temporal encontramos processos de construção identitários relevantes a que daremos destaque. De acordo com o que acabamos de referir, as instituições onde se aprendia a cuidar constituem um dos principais eixos sobre o qual gravita o nosso trabalho.

A partir da segunda metade da centúria de oitocentos assistimos à circulação de correntes do pensamento que valorizavam o progresso de Portugal e condenavam as práticas seculares da Igreja infiltradas na sociedade portuguesa. Esta visão trouxe problemas à Igreja no campo da assistência, nomeadamente em relação à enfermagem. Pretendia-se que as enfermeiras se tornassem seculares e, conseqüentemente, se afastassem da Igreja²⁵³. Esta posição, defendida por Miguel Bombarda, tinha como objectivo laicizar a enfermagem, realçando que as enfermeiras religiosas não eram mais

²⁵¹ MACDONALD, Keith (1995), *Op. cit.* pp. 141.

²⁵² Não ignoramos que houve mais legislação do que aquela que utilizamos neste trabalho em tempos anteriores, porém este conjunto pareceu-nos o mais elucidativo.

²⁵³ Cf. CATROGA, Fernando (1988), “O Laicismo e a Questão Religiosa em Portugal (1865-1911)”. *Análise Social*, vol. XXIV (100), (1.º), 211-273.

competentes que as enfermeiras laicas. Argumentou-se que as primeiras colocavam os interesses da Igreja acima de tudo, inclusivamente dos próprios enfermos.

Surgia em Portugal, na segunda metade do século XIX, uma necessidade cada vez maior de formar enfermeiras, tal como acontecia noutros países da Europa nomeadamente na Inglaterra de Florence Nithingale. A preocupação com a formação das enfermeiras, os requisitos habilitacionais pretendidos, as condições de trabalho, entre outros aspectos, passou a estar no interior do discurso político da época.

O interesse do Estado pelas questões da assistência pública, entre outras, pode ser objectivado logo em 1836. Neste ano Manuel da Silva Passos reformou as Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto transformando-as em “Escolas Médico-cirúrgicas”²⁵⁴. Nesta reorganização, promovida pelos liberais, surgiram indicações reguladoras relacionadas com actos próximos do exercício da enfermagem.

Através deste documento oficial, podemos introduzir a importância da mulher relacionada com as práticas de cuidados ao corpo. Algo que prolongar-se-á para o século XX. Na reorganização das escolas médico-cirúrgicas salientava-se a importância da existência de um curso de parteiras, onde se pode ler que “haverá em cada uma das Escolas Médico-cirúrgicas um curso biennial, e gratuito, teórico, e prático, destinado especialmente para a instrução de Parteiras”²⁵⁵. Reconhece-se que as parteiras exercem um Saber de natureza técnica que lhes possibilita alguma autonomia no interior de um corpo de saberes médico-cirúrgicos e sobretudo masculinos. Marie Françoise Collière, a este propósito, refere que “o corpo das mulheres, lugar e expressão da fecundidade, conhece períodos de cuidados mais atentos nestes momentos decisivos da sua vida que são a puberdade, a gestação, o parto, o nascimento. O corpo objecto de cuidados é introduzido por um ritual iniciático a uma outra fase da vida, para se tornar, mais tarde, por sua vez, o instrumento privilegiado dos cuidados, pois é pelo seu corpo que a mulher presta cuidados ao recém-nascido, à criança, e depois será levada a prestá-los a outras mulheres”²⁵⁶. A autora apresenta uma noção de cuidar onde defende que, nesta perspectiva, “cuidar é assim aquilo que liga o corpo que deu a vida ao corpo da mulher que a está a dar e ao corpo da criança que ajuda a nascer. Este laço cria-se e prolonga-se pelas mãos, o tocar, mas também pela utilização de elementos simbólicos de vida: água,

²⁵⁴ D.G., nº 293 de 10 de Dezembro de 1836.

²⁵⁵ Idem, pp. 13.

²⁵⁶ COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999), *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, 5ª tiragem, Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel/Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, pp. 41 e 42.

as plantas, e seus derivados: óleo, loção, perfumes que, por seu lado, ligam ao universo e garantem uma protecção”²⁵⁷. De acordo com Lucília Escobar “prestar cuidados de saúde tem sido, na sua grande maioria, um campo de acção predominantemente feminino, tanto na esfera privada como na esfera pública, salvo raras excepções”²⁵⁸. Durante muito tempo as práticas relacionadas com a saúde materno-infantil eram realizadas pelas “comadres” que, apenas fruto da experiência, assumiam funções relacionadas, por exemplo, com a “arte de partejar”²⁵⁹. Até ao século XIX a enfermagem não estava constituída como profissão, deste modo prestar cuidados podia ser identificado “com os cuidados prestados gratuitamente na família, os prestados por trabalhadoras independentes que ganhavam a vida dessa forma e com a parte do trabalho exercido pelas «criadas» dos hospitais”²⁶⁰.

Deste modo, o curso de parteiras, de 1836, constituiu uma experiência de formalização de um conjunto de Saberes empíricos, por norma assumidos pelas mulheres, tratando-se do início de um processo de escolarização de um saber técnico, inicialmente controlado pelo médico e que só na segunda metade do século XX transitou para as mãos das/os enfermeiras/os. A ideia da enfermeira como auxiliar do médico encontra-se já aqui presente e prolongar-se-á pelo século XX, tal como um conjunto de valores associados à enfermagem que dificultaram a sua afirmação social e profissional.

Por outro lado, na segunda metade do século XIX, afirmava-se o movimento da medicina social²⁶¹ que valorizava a profilaxia e a prevenção da doença. Não obstante, os próprios actores relacionados com as estruturas organizacionais de saúde não possuíam as melhores condições para o exercício das suas actividades, no final do século XIX. A título de exemplo, recuperamos um testemunho desse tempo para ilustrar as condições de trabalho das instituições de saúde daquela época:

²⁵⁷ Idem.

²⁵⁸ Cf. Escobar, Lucília (2004), *O Sexo das Profissões – Género e Identidade Sócio-profissional em Enfermagem*, Porto/Coimbra: Edições Afrontamento/Centro de Estudos Sociais, pp. 41.

²⁵⁹ Cf. FERREIRA, António Gomes (2000), *Gerar, Criar e Educar*, Coimbra: Quarteto Editora, pp. 221 e seguintes.

²⁶⁰ Cf. Escobar, Lucília (2004), *Op. cit.*, pp. 41.

²⁶¹ Termo criado por Jules Guérin, em 1848, e muito divulgado um século depois (1948) por René Sand”. Na verdade, a medicina social devia ocupar-se da luta contra a mortalidade mas principalmente “[d]as doenças que dependem de factores causais desfavoráveis à saúde próprios de grupos da sociedade ou que pelas suas consequências afectam a vida destes grupos em termos de lhes causarem prejuízos e dificuldades acima de um nível aceitável – [doenças sociais]”. FERREIRA, F.A. Gonçalves (1990), *História Da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 261.

“Quem escreve estas linhas, por diversas vezes, teve ocasião de observar, quando começou o serviço clínico no estabelecimento, verdadeiras epidemias de podridão do hospital que só pode debellar à custa de muita paciências, de muito trabalho e de muita zanga por não poder obter de prompto as condições de boa hygiene que instantemente preconisava, e os cuidados de limpeza que era necessário haver, em consequência do pessoal, sem educação profissional conveniente, descurar as noções mais rudimentares do acceio hospitalar”²⁶².

Havia uma necessidade evidente de preparar adequadamente pessoal que desempenhasse um conjunto de tarefas que viriam a constituir-se como tarefas de enfermagem no seio hospitalar. É neste contexto que surgem as escolas de enfermagem com o objectivo de preparar e formar pessoal sobretudo para responder a necessidades hospitalares, aprofundando-se gradualmente uma ideia de *cuidado* que vai estar constantemente presente no discurso do grupo.

Os problemas principais do grupo em emergência prendiam-se com a falta de condições físicas das instituições de saúde e, também, com a falta de formação adequada do pessoal, de modo a responder satisfatoriamente aos problemas de saúde da sociedade.

As escolas de enfermagem, em associação ao universo hospitalar, surgiram como elementos que poderiam desenvolver um importante papel relacionado com a perspectiva da medicina social, que já referimos, iniciando-se assim um movimento de aproximação ao grupo socioprofissional dos médicos que tornou as enfermeiras suas auxiliares.

Segundo Gonçalves Ferreira “o desenvolvimento da industrialização e o progresso das ciências e das técnicas, a que se juntou a intervenção dos reformadores sanitários e de algumas grandes forças religiosas, levaram na segunda metade do século XIX à criação de vários tipos de instituições destinadas a apoiarem a luta contra as deficiências do estado da saúde das populações e a melhorarem as dificuldades de diagnóstico e tratamento das doenças”²⁶³. Neste sentido, emergiram instituições hospitalares, sanatórios, laboratórios municipais de higiene ou o próprio Instituto Bacteriológico²⁶⁴.

²⁶² Cf. SILVA, H. Castro e (1891), *A Misericórdia de Castello Branco – Apontamentos Históricos*, Elvas: Typographia Progresso, pp. 188.

²⁶³ FERREIRA, F.A. Gonçalves (1990), *História Da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 257.

²⁶⁴ Sobre este assunto deve consultar-se o seguinte trabalho: Pereira, Ana Leonor, Pita, João Rui (1996), «Ciência e Medicina: a revolução pasteuriana». *Congresso Comemorativo do IV Centenário do Hospital do Espírito Santo de Évora – Actas*, Évora: Hospital do Espírito Santo de Évora, pp. 245-271.

Este movimento de afirmação da “saúde pública” esteve na base da constituição das primeiras escolas de formação de enfermeiras/os em Portugal, no último quartel do século XIX, constituindo-se como um pilar fundamental no sentido da institucionalização do *Saber – Cuidar* em Portugal e de uma identidade profissional credenciada cuja origem se encontra na década de 80 da centúria de oitocentos.

1.1. Aprender a cuidar: as primeiras experiências portuguesas (final do século XIX)

Desde o século XIX que se movimentaram algumas personalidades, nomeadamente médicos, no sentido de fundar escolas de enfermagem que mobilizassem e habilitassem os indivíduos de forma a adquirir credenciais específicas habilitadoras para o exercício “profissional” da enfermagem.

Nos alvares de novecentos, o processo do credencialismo era desenvolvido de um modo articulado entre as necessidades de uma determinada instituição hospitalar, a capacidade de resposta da escola, próxima do Hospital, e os públicos que desejavam formar-se nela e trabalhar no Hospital. A formação nestas escolas permitia adquirir uma maior autoridade profissional perante outros elementos participantes na vida hospitalar; por outro lado, a possibilidade da instituição hospitalar preferir os serviços dos indivíduos formados nas escolas, em relação aos que não as frequentavam era grande possibilitando, conseqüentemente, uma maior facilidade na integração do quadro hospitalar.

Em Portugal, a primeira escola de enfermagem foi fundada em 1881, na cidade de Coimbra. António Augusto da Costa Simões, administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, foi o impulsionador desta primeira experiência de ensino da enfermagem em Portugal. A escola, sem reconhecimento oficial, foi financiada com o seu próprio dinheiro. A ideia da fundação de uma escola de enfermagem resultou, em certa medida, de um conjunto de viagens que Costa Simões havia realizado por alguns países da Europa. Nessas viagens conheceu realidades hospitalares e formativas que tentou convocar para o seu país de origem.

De acordo com Maria Isabel Soares, citando Costa Simões, em 1888 esta escola tinha como objectivo “dar melhor instrução aos enfermeiros e enfermeiras, e habilitar as criadas do estabelecimento a poderem concorrer às vagas, que se estavam dando, no quadro das enfermeiras, à falta de pessoal habilitado na localidade com as simples

noções de instrução primária”²⁶⁵. Os primeiros requisitos formais – nomeadamente as habilitações literárias - representam também o início do processo credencialista que permitiu a integração dos indivíduos no grupo profissional das/os enfermeiras/os.

Porém, devido a um conjunto de circunstâncias esta escola não passou de uma experiência efémera. Três aspectos contribuíram para a falta de sucesso desta “experiência escolar” e para o adiamento da reabertura da mesma: a jubilação de Costa Simões, a sua comissão de serviço no Hospital do Porto e a doença do professor Costa Duarte, clínico e amigo de Costa Simões²⁶⁶.

Durante muitos anos não existiu qualquer tipo de ensino de enfermagem em Coimbra. Excepção feita, a alguns momentos que o professor Bissaya Barreto, na segunda década do século XX, dedicou aos enfermeiros ministrando-lhes noções técnicas relacionadas com a enfermagem²⁶⁷.

Apesar da experiência falhada de Costa Simões, em 1886 o rei autorizou a administração do Hospital de S. José a formar profissionais de enfermagem permitindo “dispendir até à quantia anual de 400 reis, com o ensino prático de enfermeiros, devendo a mesma administração organizar as necessárias instruções para a melhor regularização e aproveitamento do dito ensino”²⁶⁸.

De acordo com Gonçalves Ferreira, esta escola foi fundada como uma filial do Hospital Real de S. José e cujo objectivo era o de preparar devidamente o pessoal de enfermagem que não tinha habilitações próprias para o efeito. O grande impulsionador deste projecto foi Tomás de Carvalho²⁶⁹ que propôs ao Ministério dos Negócios do Reino a constituição de um curso de enfermeiros naquela instituição hospitalar²⁷⁰. A inauguração deste curso aconteceu em Janeiro de 1887.

O objectivo do curso era capacitar os enfermeiros de modo a auxiliarem e substituírem os médicos quando estes não estavam presentes, desde que não

²⁶⁵ Citado por SOARES, Maria Isabel (1997), *Da Blusa de Brim à Touca Branca – Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa/Associação Portuguesa de Enfermeiros, pp. 32.

²⁶⁶ SILVA, Ana Isabel (2008), *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, pp. 65.

²⁶⁷ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *op. cit.* pp. 32.

²⁶⁸ Citado a partir de ESCOBAR, Lucília, *op. cit.* pp.51.

²⁶⁹ Viveu entre 1819 e 1897. Segundo Maria Isabel Soares, foi director da Escola Médico-cirúrgica de Lisboa, professor de Anatomia da mesma escola, enfermeiro-mor do Hospital Real de S. José e Anexos, deputado, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, par do Reino e vogal do Conselho Superior de Instrução Pública (1997: 32).

²⁷⁰ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *op. cit.* pp. 32.

“dependesse [a acção dos enfermeiros] de uma direcção puramente científica”²⁷¹, manifestando-se aqui a natureza prática do trabalho de enfermagem ao contrário de um conhecimento teórico-intelectual associado aos médicos. No entanto, mesmo com um programa e regulamento aprovados, também esta experiência não passaria disso mesmo, terminando logo em 1889. Maria Isabel Soares, citando um relatório de Curry Cabral, publicado no Diário do Governo de 12 de Setembro de 1901²⁷², aponta as seguintes causas para o fim desta experiência educativa:

“A incapacidade de estabelecer um programa que compatibilizasse trabalho e formação, além do conteúdo estar desajustado às capacidades dos alunos, que eram simultaneamente empregados do Hospital, ditaram o insucesso do curso. O professor propôs a sua extinção ou a sua reorganização, tendo a administração optado pela primeira alternativa”²⁷³.

A importância da relação entre a formação e a situação concreta de trabalho surge aqui explicitada²⁷⁴. Porém, o mais importante diz respeito à orientação que o curso deveria assumir, por um lado, e, por outro lado, à fraca capacidade dos alunos para desenvolverem o que lhes era pedido do ponto de vista programático o que dificultava a construção de um saber de grupo acreditado e forte.

De acordo com Ana Isabel Silva, em 1888 dava-se conta da inauguração de um curso de enfermeiros no Hospital da Marinha. No mesmo sentido, na cidade do Porto, em 1897, foi criado um curso de enfermagem, por iniciativa da misericórdia, cujo objectivo era ministrar formação teórica e prática²⁷⁵.

Foram várias as dificuldades que impediram, no final do século XIX, o desenvolvimento das escolas de enfermagem em Portugal. Os exemplos de Coimbra e de Lisboa constituem duas arenas representativas dessas dificuldades. Também no Porto se enfrentavam cenários difíceis no interior do Hospital de Santo António, associado à Misericórdia daquela cidade.

Apesar das dificuldades realçam-se algumas características que acompanham o desenvolvimento da enfermagem portuguesa desde final do século XIX transitando para o século XX. Em ambos os casos que apresentamos (Coimbra e Lisboa), as escolas de

²⁷¹ SOARES, Maria Isabel (1997), *op.cit.* pp. 33.

²⁷² Relatório de Curry Cabral, Diário do Governo, nº 204, de 12 de Setembro de 1901.

²⁷³ SOARES, Maria Isabel (1997), *Da Blusa de Brim à Touca Branca – Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa/Associação portuguesa de Enfermeiros, pp. 33.

²⁷⁴ Cf. ABBOTT, Andrew (1992) *Op. Cit.*

²⁷⁵ SILVA, Ana Isabel (2008), *op. cit.* pp. 41.

enfermagem surgiram associadas a uma instituição hospitalar. Esta relação constitui um prenúncio da influência que as administrações hospitalares tiveram, principalmente na primeira metade do século XX, do ponto de vista da organização do ensino de enfermagem e da articulação da teoria com a prática clínica. A selecção dos indivíduos para as escolas de enfermagem era feita de acordo com as necessidades das administrações hospitalares o que retirava importância ao grupo da enfermagem. Por outro lado, a formação não se encontrava sob a sua alçada, mas debaixo dos interesses dos médicos que controlavam as administrações hospitalares. São vários os constrangimentos iniciais para a constituição da enfermagem como profissão e actividade social profissionalmente respeitada.

Um segundo aspecto diz respeito ao facto de em qualquer uma destas experiências se pensar a figura da enfermeira como auxiliar do médico. Esta característica influenciou, pelo menos numa primeira fase, a constituição de uma identidade profissional do grupo e, por outro lado, permitiu iniciar-se um processo de dependência da enfermagem face ao Saber médico, que caracterizará o século XX.

Por fim, o terceiro aspecto diz respeito à baixa preparação académica e prática que o grupo socioprofissional possuía. Ao enfermeiro pedia-se, apenas, que soubesse ler, escrever e contar revelando, desde logo, uma fragilidade enorme no que diz respeito ao processo de legitimação do grupo no interior da sociedade portuguesa. Esta questão foi, também ela, transversal ao arco temporal em análise neste trabalho e constituiu uma das grandes frentes de batalha no sentido da afirmação de uma identidade profissional forte, credenciada e com projecção social.

1.1.1. A primeira escola oficial de enfermagem (1901): retrato de um percurso

No começo do século XX, a necessidade de formar enfermeiros “profissionais”, isto é bem preparados cientificamente, tornava-se um imperativo, dado que já não chegava a inspiração caritativa de natureza cristã, pois esta não oferecia conhecimentos técnico-científicos e de natureza positivista exigidos naquela época. Era necessário preparar enfermeiros que cumprissem as prescrições dos médicos, que fossem competentes e coadjuvassem os clínicos para o sucesso dos tratamentos instituídos²⁷⁶.

²⁷⁶ SOARES, Maria Isabel (1997), *op. cit.* pp. 34.

Apesar das primeiras iniciativas relacionadas com a fundação de escolas de enfermagem se encontrarem no final do século XIX, foi em 1901 que se fundou, no Hospital Real de S. José, em Lisboa, a primeira escola oficial de enfermagem portuguesa: a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José.

Os Estatutos desta escola foram aprovados pelo Decreto de 10 de Setembro de 1901 e assinados por Ernesto Rodolpho Hintze Ribeiro. Neste texto encontramos os objectivos para que a instituição fora criada, nomeadamente:

“(…) dar aos indivíduos que se destinem à profissão de enfermeiros a instrução doutrinária e os conhecimentos de pratica, que as exigências da sciencia actual reclamam em quem tenha de cumprir prescrições medicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem a doentes²⁷⁷”

A articulação dos Saberes teóricos e práticos é uma das componentes que se encontra presente nestes Estatutos. Este documento pode, de certo modo, constituir um elemento marcante do começo do processo de profissionalização da enfermagem e, conseqüentemente, do inicio da construção de uma identidade profissional. Apesar de não constituir, por si mesmo, uma prova do que referimos, note-se a introdução da palavra “profissional” na designação da própria escola. Prenúncio do inicio de um processo onde a articulação entre os saberes teóricos e práticos, relacionados com a enfermagem, ganhavam destaque.

De acordo com Maria Isabel Soares, os Estatutos da escola, que funcionava sob a dependência administrativa e económica do Hospital Real de S. José e Anexos, descrevem ainda outras questões relevantes sobre o modo de funcionamento da mesma. Além de aspectos de natureza curricular podemos encontrar ainda características que versam sobre as condições de admissão ao curso, dados sobre o recrutamento dos docentes ou a importância do diploma na entrada e promoção nos quadros hospitalares²⁷⁸.

O plano de estudos desta escola dividia-se em conhecimentos de natureza teórica e de natureza clínica. As disciplinas, e conteúdos das mesmas, que a escola oferecia eram as seguintes:

²⁷⁷ Art. 1º dos *Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José*, Diário do Governo nº 204 de 12 de Setembro de 1901 (data da publicação do documento).

²⁷⁸ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.* pp. 35.

“1º Noções muito geraes de anatomia: - aparelhos e órgãos de que se compõe o organismo – sua situação referida à superfície cutânea. – Ossos e músculos – situação dos vasos mais importantes. Demonstração no manequim, em estampas ou no cadáver. Exemplificação da necessidade desses conhecimentos: applicações tópicas; primeiros cuidados nas fracturas; hemostasia provisória.

2º Noções muito geraes de physiologia: para esclarecimento das applicações therapeuticas médico-cirurgicas, da dietética e da hygiene.

3º Noções geraes sobre os microorganismos nas doenças. Infecções e contágios, seus perigos e modos de os evitar. Asepsia e antisepsia.

4º Applicação de medicamentos *intra et extra*. Pensos e apositos – antisepticos e venenos.

5º Escolha dos materiaes de penso. Suas possíveis substituições. Clínica de pobres e clínica de ricos. Economia hospitalar e domestica.

6º Noções geraes de hygiene: relativas ao doente, à cama e à casa”²⁷⁹.

De certo modo, estes conhecimentos encontravam-se sobretudo relacionados com o saber médico, aprofundando a ideia de subserviência da enfermagem em relação à medicina e ao corpo clínico. Mesmo assim a ideia da relação entre formação e profissão encontra-se presente através de um determinado tipo de conhecimento que teria de ser necessariamente habilitador para o exercício profissional.

A parte teórica do curso “ordinário de enfermeiros”, designação que lhe foi atribuída, tinha a duração de 4 meses, de um ano lectivo que deveria ter início no mês de Outubro e terminar no mês de Agosto, do ano seguinte. Na segunda parte do curso, seria “ensinada a prática de todos os serviços que o enfermeiro tem de executar ou de dirigir no tratamento de várias espécies de doenças [além de] pequena pharmacia [e] pequena cozinha”²⁸⁰.

A componente teórica do curso deveria ser leccionada num local designado pela administração. Para esse local devia transportar-se tudo “quanto seja necessário para as demonstrações”²⁸¹.

A componente de prática clínica deveria ser ministrada nas enfermarias dos hospitais, sob atribuição/designação da administração do Hospital Real de S. José, “conforme as conveniências dos serviços hospitalares e ouvido o professor do curso sobre as necessidades e conveniências do ensino, devendo, sempre que isso seja compatível com o assumpto a estudar, ser os doentes conduzidos para a sala da Escola”²⁸².

²⁷⁹ Art. 3º dos *Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José*, Diário do Governo nº 204 de 12 de Setembro de 1901 (data da publicação do documento).

²⁸⁰ Idem.

²⁸¹ Idem.

²⁸² Art. 4, Idem.

Ao terminar o ano lectivo, no mês de Agosto, os alunos eram submetidos a um exame geral sobre os conhecimentos adquiridos, tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista prático, sendo o júri desses exames constituído por um professor efectivo do curso, um facultativo do Hospital nomeado pela administração e, ainda, dois outros professores do curso. As notas deviam ser propostas pelo presidente do júri, que era o professor efectivo do curso, de acordo com a seguinte classificação: 1) aprovado ou reprovado; 2º No caso de aprovado, poderiam obter a classificação de bom e muito bom.

Ao terminar este curso, se o desejassem, os alunos poderiam complementá-lo com mais um ano de prática clínica. A este complemento, em articulação com o “curso ordinário de enfermeiros”, dava-se o nome de “curso completo de enfermeiros”. Aos poucos o curso de enfermagem apresentava-se como fundamental para o trabalho no interior dos hospitais, ainda que estes elementos formados convivessem de perto com outros sem qualquer tipo de formação escolar, na medida em que não podemos falar de uma determinada obrigatoriedade na aquisição de um curso de enfermagem para o seu exercício mas numa certa preferência atribuída, pelas administrações hospitalares, àqueles que tiravam o curso em relação aos outros.

No capítulo da disciplina os alunos deveriam cumprir escrupulosamente as indicações dos “empregados efectivos”, assim como do professor do curso “que por elles olhará constantemente chamando-os às boas normas de pratica, e ministrando-lhes na aula [...] todos os conhecimentos complementares de doutrina e de prática, de economia hospitalar, escripturação de enfermaria e regímen dos serviços e dos doentes hospitalizados (...)”²⁸³. Os alunos eram obrigados a respeitar as indicações técnicas do professor que, por sua vez, tomava notas da frequência e do aproveitamento dos alunos “ouvindo os enfermeiros e directores e assistentes das enfermarias, para que essas notas sejam tomadas na maior conta no julgamento do exame final do curso”²⁸⁴.

A importância da obtenção de um diploma na Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José representava uma mais-valia do ponto de vista da preferência desses elementos, face a outros, no quadro das instituições hospitalares. A Escola Profissional de Enfermeiros constituiu o primeiro dispositivo oficial de credenciação de um curso de enfermagem oficial em Portugal, no entanto ao longo dos

²⁸³ Art. 7º, Idem.

²⁸⁴ Artº10º, Idem.

anos seguintes foram surgindo, com localizações diferentes, vários cursos ou escolas no País que habilitaram muitos indivíduos para o exercício da enfermagem.

De acordo com Ana Isabel Silva, na primeira década do século XX foram planeados outros cursos de enfermagem: o da *Cruz Vermelha Portuguesa* e o do Hospital Militar do Porto. Em 1908, a Cruz Vermelha “recebeu da Câmara Municipal de Lisboa um terreno para a construção de um posto hospitalar, onde se estabeleceria o ensino da enfermagem”²⁸⁵; relativamente ao Porto, o curso de enfermagem foi “mandado estabelecer em 1909”²⁸⁶. No ano seguinte (1910), foi apresentada à Câmara dos Deputados uma proposta de lei relativa à organização dos serviços da marinha, onde constava a existência de uma escola prática para enfermeiros²⁸⁷. A cidade de Braga também viu nascer, em 1912, a sua Escola de Enfermeiros do Hospital de S. Marcos, pertença da Misericórdia de Braga, “destinada não só ao pessoal do Hospital, mas também a indivíduos de fora”²⁸⁸.

Apesar da emergência destes cursos de enfermagem os problemas de fundo mantiveram-se e chegaram à década de 20, da centúria de novecentos. A falta de pessoal devidamente qualificado, a enfermagem como actividade profissional pouco cotada socialmente, a difícil definição e articulação entre as componentes teóricas e práticas dos diferentes cursos de enfermagem, fizeram com que a actividade profissional não se dignificasse, até este momento, do ponto de vista socioprofissional. No entanto, as instituições hospitalares dos grandes meios como Lisboa, Porto ou Coimbra assumiam a preferência na contratação de indivíduos habilitados pelas escolas de enfermagem face aos curiosos que se apresentavam para trabalhar naquela área sem qualquer formação específica ajudando na construção do processo credencialista da enfermagem portuguesa.

1.1.2. A enfermagem: da década de 20 ao começo dos anos 40 (séc. XX)

O aparecimento de alguns cursos ou escolas nas primeiras décadas do século XX, nomeadamente a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José, não colmataram as necessidades dos serviços, assim como não resolveram os problemas relacionados com o Saber de natureza “ritual e quotidiana” das enfermeiras. No entanto

²⁸⁵ SILVA, Ana Isabel (2008), *op. cit.* pp. 41 e 42.

²⁸⁶ SILVA, Ana Isabel (2008), *op. cit.* pp. 41.

²⁸⁷ Idem.

²⁸⁸ Idem, *ibidem*.

tiveram a pertinência de chamar a atenção para o problema da formação e da sua importância para o exercício profissional no interior de uma sociedade recheada de “curandeiros”. O decreto 4:563 de 09 de Junho de 1918 revela as dificuldades crescentes dos serviços de enfermagem e de algumas remodelações necessárias:

“Deixam muito a desejar os serviços de enfermagem e é mau o recrutamento do seu pessoal, porque é menos que miseravelmente retribuído, apesar do seu pesado encargo (...). Urgia pôr termo a semelhante situação (...) por tratar-se dos funcionários do Estado que pior remunerados são (...). A completa remodelação dos serviços de enfermagem da Escola Profissional de Enfermeiros, e a fixação de competência, idoneidade moral e aptidão para tal modo de vida para recrutamento de pessoal, constituíram preocupação desta organização como precisam de ser pontos cardeais a outras direcções hospitalares, que quiserem ter e criar para todo o país serviço de enfermagem e não um nateiro de curandeiros ou enfermeiros clínicos, como os hospitais têm produzido por quase exclusivamente culpa dos seus clínicos”²⁸⁹.

Por esta altura, o director geral dos hospitais de Lisboa, Augusto Lobo Alves, salientava a importância de uma formação institucionalizada, com princípios organizadores e linhas orientadoras, para o serviço de enfermagem em Portugal. Afirmava-se a necessidade da profissionalização da enfermagem que havia de permitir ao grupo, ainda que lentamente, melhorar a sua condição profissional.

A aproximação aos anos 20, do século passado, constituiu uma nova etapa de reestruturação dos Hospitais da cidade de Lisboa transformando-os em Hospitais Civis, onde se integrava também a Escola Profissional de Enfermeiros, criada no início do século XX (1901). Neste sentido, esta instituição foi reformulada e, inclusivamente, a sua designação foi alterada para Escola Profissional de Enfermagem (1918). A escola estava destinada, principalmente, à habilitação de pessoal para os Hospitais Civis de Lisboa. A instituição abriu, em 1919, sob a direcção de Costa Sacadura, defendendo a enfermagem como auxiliar da medicina dando continuidade à ideia de enfermagem como “profissão” subalterna e dependente do saber médico, seguindo-se, de acordo com alguns autores, um período áureo desta instituição. Foram constituídos nesta escola o curso geral e complementar de enfermagem²⁹⁰. O primeiro, funcionava principalmente como mecanismo de entrada nos quadros de pessoal dos hospitais; o segundo, “habilitava para os lugares de chefia de enfermagem”, estabelecendo-se deste modo

²⁸⁹Preâmbulo do Decreto nº 4563, de 09 de Junho de 1918.

²⁹⁰ De acordo com Lucília Nunes, o regulamento desta escola foi aprovado anos mais tarde, em 1922 (Decreto nº 8:505 de 25 de Novembro). O curso geral tinha a duração de dois anos, era exigida a certidão de instrução primária do 2º grau para aceder ao mesmo e habilitava para o quadro de enfermagem dos hospitais, excepto os lugares de chefia.

uma hierarquia entre aqueles que desempenhavam funções de chefia e aqueles que exerciam, especificamente, a actividade relacionada com a prática da enfermagem. O plano de estudos deste curso caracterizava-se pelas disciplinas de Anatomia e Fisiologia, Higiene, Enfermagem Geral, Enfermagem Médica, História da Enfermagem e Deontologia Profissional.

Em 1919, no seguimento deste espírito reformista, associado à 1ª República Portuguesa, também em Coimbra foram repensados, nos mesmos moldes, os Hospitais da Universidade²⁹¹, surgindo deste modo uma escola de enfermagem com objectivos idênticos²⁹² aos que já apresentamos para o caso de Lisboa, “(...) havendo disposições nos dois regulamentos que apresentam exactamente a mesma redacção”²⁹³. Realçamos três aspectos importantes: por um lado, a importância da posse de um diploma para o provimento nos hospitais; por outro lado, a relevância da escola como serviço do hospital, relegando para segundo plano a importância da aprendizagem; por fim, o prolongamento da cadeia de obediência entre o hospital e a escola onde o médico assumia o principal protagonismo.

Em termos gerais, podemos referir que existia uma verdadeira espiral de hierarquias a que as escolas e os seus elementos se encontravam submetidos e que deveriam reproduzir face às instituições hospitalares. A influência das administrações hospitalares era grande, dado que as escolas não tinham autonomia administrativa e económica para se gerirem com autonomia administrativa, pedagógica e financeira, dificultando muitas vezes os processos de aprendizagem, nomeadamente os de prática clínica. Neste sentido, começavam gradualmente a circular discursos que colocavam em causa a subserviência das escolas de enfermagem às administrações e aos espaços físicos hospitalares. Estas dificuldades de afirmação prendem-se com a falta de credibilidade da enfermagem e do ensino para assumir a formação dos seus pares.

Nas décadas de 20, 30 e 40, da centúria passada, o ensino da enfermagem foi ministrado essencialmente nas escolas oficiais de Lisboa e Coimbra constituindo um pilar fundamental do ensino da enfermagem em Portugal²⁹⁴.

A Escola Profissional de Enfermagem de Lisboa foi reorganizada em 1930, alterando a sua designação para Escola de Enfermagem Artur Ravara. Esta instituição

²⁹¹ Decreto nº 5736, Diário do Governo, I Série, nº 98, de 10 de Maio de 1919 (11º Suplemento).

²⁹² Cf. SILVA, Ana Isabel (2008), *op. cit.*, pp. 109 e seguintes.

²⁹³ SOARES, Maria Isabel (1997), *op.cit.*, pp. 37.

²⁹⁴ Além destas escolas oficiais existiam em Portugal as escolas privadas da Misericórdia do Porto (Hospital Geral de Santo António) e da Misericórdia de Braga (Hospital de S. marcos). Na década de 40 surgiram algumas escolas privadas associadas a Ordens Religiosas.

passou a funcionar junto do Hospital de Santo António dos Capuchos onde, no final da década de 30 (1938), foi construído, na cerca do hospital, um edifício, propositadamente, para a formação das enfermeiras. Esta escola apresentava um elenco formativo onde constavam três cursos: o curso geral; curso de especialidades, como o de enfermeira visitadora, e o curso de aperfeiçoamento, para os lugares de chefia.

Em 1931, acompanhando o que aconteceu em Lisboa, a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra também foi reorganizada, alterando a designação para Escola de Enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca²⁹⁵, homenageando um homem que prestou serviços relevantes a Coimbra, nomeadamente aos Hospitais da Universidade.

Paralelamente, ao longo dos anos 30, assistimos à emergência e consolidação de um conjunto de discursos de natureza moral ancorados aos valores da Igreja Católica, defendidos pelo Estado Novo, que se transformaram em características das escolas de enfermagem nas décadas de 40, como foi o caso da feminização e moralização da enfermagem portuguesa. Estas duas características encontram-se presentes na maioria dos discursos que circulavam na época, principalmente porque esta actividade podia servir como exemplo de uma determinada subordinação que o Estado Novo pretendia em relação aos indivíduos que serviam na área da assistência e, por outro lado, constituir o exemplo de renúncia que a sociedade devia seguir em prol do regime político e da própria Igreja, promovendo-se uma matriz moralizadora, através da dimensão feminina na sociedade portuguesa. Por exemplo, no domínio dos cuidados sociais e de saúde associou a figura da mulher à prática da assistência, personalizando desse modo as escolas de enfermagem e, conseqüentemente, a actividade profissional, maioritariamente, ao género feminino. A mulher passou a encontrar-se no centro das actividades formativas das escolas de enfermagem e no cruzamento com uma moral profissional que se pretendia implementar na enfermagem.

A Igreja que tinha perdido influência, sobretudo numa primeira fase da 1ª República Portuguesa, recuperou a partir dos anos 20, do século XX, o fôlego no interior da esfera assistencialista. Nessa década encontramos referências à importância do papel da Igreja na articulação da fé com a saúde:

“Laicizou-se a enfermagem, afugentando dos hospitais a maior parte dos desgraçados, com o horror do abandono, dos maus tratos e da falta de dedicação; secou-se uma das

²⁹⁵ Portaria 7.001, D.G., I série, nº 2, 14 de Janeiro de 1931.

principais fontes de receitas, a fé religiosa, perseguindo as suas manifestações, -onde quer que aparecessem, e determinando deste modo uma redução de legados a favor da beneficência; desfizeram-se a maior parte dos seus valores, adquiridos em sucessivas gerações, pela conversão obrigatória em papéis de crédito, que não chegam sequer a valer agora a décima parte; Debalde a miséria está clamando de toda a parte por socorro!”²⁹⁶

Gradualmente, colocava-se em causa a perseguição promovida pela 1ª República Portuguesa à Igreja, lançando-se, desse modo, as bases de uma nova lógica discursiva que havia de estar na base do próprio Estado Novo.

Associadas a congregações religiosas, na década de 30 e princípio dos anos 40, encontramos algumas escolas de enfermagem: a Escola de Enfermagem da Casa de Saúde da Boavista, criada em 1935, pela mão das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição; em 1937, a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, fundada pelas Irmãs da Caridade de S. Vicente de Paulo; no ano seguinte, em 1938, foi fundada a Escola de Enfermagem da Casa de Saúde do Telhal, dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus e, em 1940, foi criado o Curso de Enfermagem do Sanatório Dr. João de Almada pelas Irmãs de S. José de Cluny²⁹⁷.

O triângulo geográfico Lisboa/Porto/Coimbra representa os principais locais de formação de enfermeiras em Portugal durante a primeira metade do século XX. Principalmente as Escolas de Lisboa e de Coimbra constituíram as principais arenas representativas de um saber e de uma actividade profissional em emergência ao longo daquele período. À medida que nos aproximamos do início do regime político do Estado Novo os discursos começaram a circular num sentido próprio que pretendia instituir uma moral profissional para a enfermagem, onde a participação da mulher ganhava um novo sentido. Muito embora, esta participação resultasse apenas num prolongamento daquilo que já fazia secularmente no domínio privado, tendo o Estado Novo lançado o apelo para assistir no domínio público, apelando à sua formação em instituições específicas de aprendizagem e formalização de determinados saberes.

²⁹⁶ Debates Parlamentares, Câmara dos Senhores Deputados, 6ª Legislatura, nº 121, 01 de Agosto de 1922, pp. 17.

²⁹⁷ SILVA, Ana Isabel (2008), *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, pp. 144.

1.1.3. Aprender a cuidar no Estado Novo: décadas de 40 a 70

A década de 40 representou um momento de viragem no que diz respeito à intervenção do Estado na organização da enfermagem e em tudo o que a envolvia. Nesta década surgiram algumas instituições de formação de enfermeiras/os que ajudaram a alterar o panorama existente relacionado com o ensino e exercício da enfermagem em Portugal. O surgimento de novas escolas de enfermagem e de nova legislação facilitaram o processo de credencialismo que temos vindo a referir, surgindo a formação como única alternativa possível ao exercício da enfermagem. Daí que os percursos formativos surjam como trajectórias credencialistas da profissão, desde o momento da candidatura do indivíduo a uma determinada escola.

Em 1940, Francisco Gentil criou, com o apoio da *Fundação Rockefeller*, a Escola Técnica de Enfermeiras. Esta instituição encontrava-se na dependência do Ministério da Educação Nacional e ligada ao Instituto Português de Oncologia, gozando de autonomia pedagógica. O objectivo da constituição desta escola era o de “preparar enfermeiras de cultura superior no que respeitava às ciências naturais e de saúde pública e, sobretudo, no campo da física das radiações, o que, segundo se diz no preâmbulo do decreto da sua criação, não cabia no âmbito das escolas então existentes”²⁹⁸. Pretendia-se uma formação diferente, associada a novas tecnologias e a áreas científicas da saúde inovadoras o que traria maior respeitabilidade ao grupo, em particular às enfermeiras formadas no interior daquela instituição.

A iniciativa representou um momento importante no processo de afirmação do *Saber – Cuidar* e do *Saber – Fazer* na medida em que se propunha ensinar as futuras enfermeiras a lidar com os instrumentos tecnológicos de ponta, consolidando nesse momento a ideia de que este grupo socioprofissional também tinha como missão uma preparação técnica de vanguarda, ou seja que acompanhasse os conhecimentos que eram produzidos nos países mais avançados na época, nomeadamente nos Estados Unidos da América. O curso tinha a duração de três anos e, no final, as suas alunas obtinham o título profissional de enfermeiras podendo ser admitidas como tal nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública. O que acabamos de apresentar é o processo de acreditação dos indivíduos formados nesta escola com características específicas para a

²⁹⁸ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.* pp. 39.

época. Este curso habilitava para o exercício profissional em qualquer local do país, bastava o diploma.

Existem, no entanto, alguns aspectos que emergiram associados a esta escola, na medida em que, por exemplo, se consolidou a ideia da restrição ao público masculino de práticas ligadas aos cuidados de saúde de enfermagem. As mulheres foram a grande aposta do Estado Novo em relação às escolas de enfermagem, o que não quer dizer que não encontremos elementos do sexo masculino noutras escolas, por exemplo de natureza particular. Assim, Maria Isabel Soares caracteriza esta instituição do seguinte modo:

“o texto legal distingue-a das outras porque a sua finalidade é a preparação profissional e formação moral do pessoal de enfermagem feminino do instituto. Tem autonomia pedagógica, embora sob a orientação da comissão directora do Instituto. Só podendo ser aceites indivíduos do sexo feminino e as suas diplomadas podem exercer enfermagem em estabelecimentos hospitalares e de saúde pública. É financiada pelo orçamento privativo do Instituto, com auxílios particulares e a colaboração da Fundação Rockefeller. Competia ao presidente da sua comissão directora a função de inspector de ensino, sem contudo explicitar em que consistia essa função. O pessoal em serviço no Instituto podia ser admitido à frequência da Escola com a dispensa das habilitações exigidas. O regulamento e os programas eram aprovados pelo Ministério da Educação Nacional. A directora era uma enfermeira e o curso funcionava em regime de internato”²⁹⁹.

Podemos encontrar no interior desta escola alguns dos princípios que, ao longo do Estado Novo, marcaram as escolas de enfermagem e o ensino da enfermagem em Portugal. A prática de internato, a dimensão moral, a preparação técnica ou a admissão de pessoal do sexo feminino, provavelmente de influência americana, tiveram repercussões no exercício profissional da enfermagem portuguesa na década de 40 e seguintes, influenciando decisivamente a identidade do grupo.

Em 1947 iniciou o funcionamento uma outra escola de enfermagem na cidade de Coimbra: a Escola de Enfermagem da Rainha Santa Isabel. Esta instituição era pertença de uma organização laica intitulada *União Noelista de Coimbra*.

No ano seguinte, em 1948, foi criada a Escola de Enfermeiras da Cruz Vermelha, “filiada na Sociedade Nacional da Cruz Vermelha e, por esta via, na Cruz Vermelha Internacional”³⁰⁰. De acordo com Lucília Nunes, as enfermeiras ali formadas

²⁹⁹ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.* pp. 40.

³⁰⁰ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op.cit.* pp. 145.

regiam-se por normas e princípios próprios na medida em que se encontravam relacionadas com as estruturas militares³⁰¹.

Neste mesmo ano, surgia uma nova escola de enfermagem na cidade de Castelo Branco. José Lopes Dias, médico e um dos grandes impulsionadores da medicina social em Portugal, foi o seu fundador e director até à década de 70, do século XX. Esta escola deu um importante impulso para o desenvolvimento da assistência social e sanitária no distrito de Castelo Branco. Inicialmente oferecia três cursos: o curso de enfermagem geral, o curso de auxiliares de enfermagem e, ainda, o curso de auxiliares sociais³⁰². Esta instituição que serve de arena para o trabalho que estamos agora a desenvolver, também tinha como objectivo combater os curandeiros e todos aqueles que não possuíam um mandato legal para o exercício da enfermagem. Referia José Lopes Dias a este propósito que “numa província, como a Beira Baixa, inçada de centenas e centenas de curandeiros, a preparação dos técnicos da enfermagem permitirá levar de vencida essa praga, de todos os tempos, modificando as condições em que se deve executar a profilaxia e a assistência às populações rurais”³⁰³

Nas décadas seguintes, continuamos a encontrar novas instituições destinadas ao ensino da enfermagem. Em 1957, à luz de um relatório promovido pela Direcção Geral de Assistência Social – Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, existiam no território nacional 23 escolas de enfermagem. Este número é significativo face ao que tinha acontecido, pouco tempo antes, na primeira metade do século XX, nomeadamente até aos anos 30. As ordens religiosas e a intervenção do Estado no ensino da enfermagem, possibilitaram a expansão das escolas de enfermagem nas décadas de 50, 60 e 70.

“7 oficiais (dependentes do subsecretariado da Assistência) – formação de base em enfermagem geral: Artur Ravara (Lisboa); Hospital de Santa Maria (Lisboa); Ângelo da Fonseca (Coimbra); Hospital de S. João (Porto); S. João de Deus (Évora);
6 oficiais (dependentes do Subsecretariado da Assistência) – formação de base em enfermagem especializada: Escolas de Enfermagem Psiquiátrica da: Zona Norte; Zona Centro; Zona Sul.

³⁰¹ NUNES, Lucília Rosa Mateus (2003), *Op. Cit*, pp. 184.

³⁰² Esta iniciativa foi promovida pela Dispensário de Puericultora DR. Alfredo da Mota, que era liderado por José Lopes Dias. Aliás, as suas primeiras aulas, reuniões e sessões de trabalho aconteceram nos pavilhões do Dispensário, só mais tarde viriam a ter um edifício próprio para as aprendizagens necessárias ao acto de cuidar.

³⁰³ AEECB – Livro de Correspondência Recebida e Expedida, 1948. Ofício enviado ao Ministro do Interior por José Lopes Dias dando conta da sua reflexão sobre a necessidade da Escola de Enfermagem em Castelo Branco e analisando a legislação conexas ao ensino de enfermagem.

Escolas de Enfermagem Materno-Infantil – Maternidade Alfredo da Costa – Lisboa; Maternidade Júlio Dinis – Porto e Maternidade Bissaya Barreto – Coimbra.

As escolas particulares, eram em número de 10, e ministravam o curso de enfermagem geral: S. Vicente de Paulo e Franciscanas Missionárias de Maria (Lisboa); Ordem Hospitaleira S. João De Deus (Telhal); D. Ana José Guedes da Costa; Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas de Calais (Porto); Rainha Santa Isabel (Coimbra); Dr. Henrique Telles (Braga); S. José de Cluny (Funchal) e Dr. Lopes Dias (Castelo Branco)³⁰⁴.

Ao longo dos anos 60, encontramos, ainda, outras escolas de enfermagem que vieram a juntar-se às que enumeramos atrás, como por exemplo, em 1965, a da cidade da Guarda. Devemos destacar a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, em 1967, numa lógica de “criação dos Institutos de ensino que surgiram na Europa”³⁰⁵. Esta escola surgiu no panorama português como uma missão particular: “preparar enfermeiros para funções docentes, de chefia e de direcção de serviços de enfermagem e realizar cursos ou outras actividades que visassem o aperfeiçoamento do ensino e da enfermagem em todos os ramos”³⁰⁶. A escola pode ser considerada como um dos elementos mais importantes no processo de reconhecimento da importância do *acto de cuidar* e, conseqüentemente, do próprio processo de profissionalização dos enfermeiros em Portugal.

A partir de meados da década de 60, existiu uma vontade política de constituir uma rede de escolas alargada a todo o país. As forças políticas locais, a transversalidade de um novo conceito de enfermagem que as organizações internacionais propunham e a abertura, e rotura, de um regime político que aos pouco se aproximava do princípio de um “welfare state” constituíram aspectos relevantes para que o ensino da enfermagem se desenvolvesse por um conjunto alargado de instituições escolares. A enfermagem ganhava gradualmente maior visibilidade e reconhecimento social, colmatando graves deficiências ao nível da falta de pessoal, sobretudo no interior de Portugal. Foi neste contexto que aconteceu o alargamento da rede de escolas de enfermagem na década de 70, ainda no interior do Estado Novo. A malha das escolas de enfermagem tornou-se mais apertada, passando a existir escolas de enfermagem em localidades mais pequenas. Referimo-nos às escolas de enfermagem de Bragança, de Portalegre, de Viseu e Faro que abriram em 1971. Mais tarde, fruto de alterações políticas em Portugal e do

³⁰⁴ AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem: A Segunda Metade do Século XX*, Coimbra: Formasau, pp. 128.

³⁰⁵ Idem, pp. 130.

³⁰⁶ AMENDOEIRA, José (2006), *op. cit.*, pp. 130-131.

entendimento do Estado em relação à enfermagem todas as capitais de distrito do País, com excepção de Aveiro e Setúbal, possuíram uma Escola de Enfermagem. Estas escolas desempenharam um papel relevante no processo de construção de uma identidade profissional mais forte, com maior respeitabilidade social, colocando-se em primeiro plano do ponto de vista local e das novas políticas nacionais de saúde.

“Realçava-se em 1974, a essencialidade “de se criarem unidades escolares que permitissem a utilização comum de infra-estruturas e de professores, articulando a criação de escolas de enfermagem com o Ministério da Educação e Cultura pois só a inserção destas em zonas de razoável dimensão e em conjunto com outras unidades escolares, permitirá obter um «centro cultural» suficiente para atrair professores e alunos”³⁰⁷.

Esta afirmação transporta-nos para a importância da valorização da enfermagem quer através da constituição de mais escolas de enfermagem no país, quer através da articulação entre as escolas de enfermagem, com um novo olhar sobre esta actividade, e a necessidade de uma proximidade ao ministério da educação e da cultura como factor de valorização académica e consequentemente profissional, que haveria de ser aprofundado na década seguinte com a integração no Sistema Educativo Nacional, aumentando assim a respeitabilidade em relação a este saber. Por outro lado, a constituição de escolas de enfermagem no começo do Portugal democrático pretendia melhorar as condições de formação dos indivíduos em geral, aprofundar a profissionalização desta actividade para cumprir os novos desígnios enquanto “welfare state” em emergência e proceder a políticas de territorialização que promovessem o desenvolvimento das localidades através das instituições escolares, bem como da melhoria dos cuidados de saúde dessas populações. O Estado assumia, mais uma vez, uma condição de agente activo no desenvolvimento da actividade profissional, aumentando o número de profissionais de enfermagem para responder aos seus novos objectivos sociais e sanitários de alargamento da saúde para todos, tal como a constituição democrática haveria de propor.

³⁰⁷ AMENDOEIRA, José (2006), *op. cit.*, pp. 154.

1.1.3.1. A lógica discursiva do Estado Novo: um olhar pela legislação.

A ideia construída sobre as actividades assistencialistas, relacionadas com a saúde e particularmente com a enfermagem, pelo Estado Novo propunha uma lógica supletiva do papel do Estado neste domínio. Porém, o que verificamos foi uma forte intervenção do poder estatal na definição da actividade profissional de enfermeira/o contribuindo para uma maior definição de quem podia ser enfermeira, como se devia comportar enquanto tal e de que modo havia de agir perante os vários intervenientes com que lidava diariamente, a sociedade e o próprio Estado. Assumimos, portanto, que o Estado teve um papel activo no desenvolvimento deste agrupamento profissional, desde a década 40 até ao fim do Estado Novo, na medida em que as principais reformas do ensino da enfermagem e da actividade profissional foram desenvolvidas no interior do Estado Novo. O credencialismo assumiu no interior deste regime político uma lógica vigilante através das escolas de enfermagem em articulação com os discursos médicos no sentido de moralizar uma actividade social e profissionalmente pouco reconhecida até então. O Estado assumiu um papel de destaque no processo de acreditação do grupo das/os enfermeiras/os em Portugal.

A década de 40 marcou o início formal de uma forte intervenção estatal no domínio da enfermagem. Por esta altura, foi constituída a Subsecretaria de Estado da Assistência Social, na dependência do Ministério do Interior, que tinha como missão dirigir a política de assistência social. Deveria gerir e inspeccionar todas as entidades que estivessem directamente associadas a esta prática assistencialista, aplicando-se, consequentemente, às escolas de enfermagem, dado que na década de 40 encontravam-se associadas às administrações hospitalares. Entre a década de 40 e a de 50 os serviços de saúde foram reorganizados, tendo sido promulgados vários diplomas legais, criando alguns serviços especializados como o Instituto Maternal e Instituto de Assistência Psiquiátrica.

A intervenção do Estado na organização do ensino da enfermagem começou a fazer sentir-se do ponto de vista legal, através do Decreto-Lei nº 32612 de 31 de Dezembro de 1942, considerado como “o primeiro instrumento para a uniformização e controlo das escolas”³⁰⁸ de enfermagem. Este Decreto-Lei orientou e estabeleceu normas relacionadas com a enfermagem no que diz respeito a vários domínios como,

³⁰⁸ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op.cit.*, pp. 45.

por exemplo, a duração dos cursos, os exames finais e a constituição dos júris, assim como as condições de admissão dos candidatos a alunos de enfermagem e os seus locais de estágio. Para facilitar a sua implementação foi constituída uma comissão que juntava o director-geral de saúde, o enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos e o director da Escola de Enfermagem Artur Ravara. Além desta comissão estabeleceram-se regras a cumprir pelas instituições escolares particulares que quisessem a aprovação dos seus cursos, através da prestação de provas de exame final perante júris oficiais.

Apesar da eventual atitude inicial supletiva do Estado em relação à assistência, este assumiu um papel relevante no que diz respeito ao funcionamento da enfermagem portuguesa, iniciando-se, deste modo, um processo de organização formal e oficial da enfermagem. O processo do credencialismo iniciou-se de modo articulado com as administrações hospitalares. A partir da década de 40 estabeleceu-se uma relação directa com o Estado e um conjunto de princípios, normas e valores colocados a circular nas escolas de enfermagem que deviam ser verificados por profissionais acreditados como os médicos. Podemos ler no preâmbulo do Decreto-Lei a centralidade que o Estado deu ao problema da enfermagem:

“Verificam-se, em verdade, no ensino e prática de enfermagem, geral ou especializada, graves deficiências. A aprendizagem é confiada ao simples tirocínio prático ou à improvisação das boas vontades que, por generosa dedicação ou necessidade profissional, se entregam a esse nobre mester. As próprias escolas existentes, particulares ou oficializadas, trabalham longe de uma acção educativa e exemplificadora eficiente, que só poderia advir-lhes de um pessoal de escol incumbido de formar os seus pares, mas este, ou não existe, ou não se encontra seleccionado e posto ao serviço do ensino.

A agravar o mal nota-se ainda a falta de qualquer espécie de coordenação entre as escolas existentes que permita um melhor aproveitamento e valorização do trabalho, a que algumas se dedicam, justo é dizê-lo, com louvável esforço, dentro das precárias condições em que são forçadas a realizá-lo. Urge pois introduzir no que actualmente existe as possíveis melhorias e assentar para o futuro as bases de uma mais cuidada selecção e preparação do pessoal auxiliar³⁰⁹”.

Efectivamente, o Estado assumiu-se como defensor e zelador do bem comum, chamando a si o poder de selecção, recrutamento e fiscalização das futuras enfermeiras, assim como “o valor dos programas e os resultados obtidos para assegurar a idoneidade moral”³¹⁰.

³⁰⁹ Preâmbulo do Decreto-Lei nº 32 612, de 31 de Dezembro de 1942.

³¹⁰ Decreto-Lei nº 32 612, de 31 de Dezembro de 1942.

No mesmo sentido, foi a partir deste diploma que, formalmente, se iniciou o processo de credenciação das enfermeiras portuguesas. As futuras enfermeiras deveriam possuir um curso de enfermagem para poder exercer essa actividade. De acordo com o Decreto, “a partir de 1 de Janeiro de 1944 será proibido o exercício público da profissão de enfermagem a quem não esteja munido de diploma (...)”³¹¹. Consideravam-se, apenas, duas excepções: em primeiro lugar, “o pessoal que em 31 de Dezembro de 1942 tenha completado mais de cinco anos de pratica profissional”; e, em segundo lugar, “o pessoal que, tendo mais de dois e menos de cinco anos de tirocínio, der provas de aptidão profissional perante júris propostos pela Direcção Geral de Saúde”³¹². Esta foi uma forma encontrada para excluir aqueles que exerciam a actividade sem qualquer tipo de habilitação para o efeito. Esta estratégia de exclusão tentou separar os falsos dos verdadeiros profissionais de enfermagem³¹³. A diferença encontra-se precisamente na formação, isto é na aquisição e posse de um diploma profissional e legalmente autorizado.

A identidade profissional das enfermeiras saiu reforçada dado que o grupo encontrou eco na acção do Estado. Desde a década de 20, que foram feitos pedidos no sentido da regulação do exercício de enfermagem³¹⁴. Este diploma, de 1942, formalizou uma esfera própria de acção colocando-a sob a alçada do Estado que, por sua vez, respondeu a interesses do grupo socioprofissional, possibilitando a sua valorização e reconhecimento social da actividade.

De acordo com Ana Isabel Silva, esta medida respondeu à urgência no sentido de combater “(...) indivíduos sem qualquer formação no domínio da saúde, e mesmo de outros profissionais, como os farmacêuticos e ajudantes de farmácia”³¹⁵.

O contexto do diploma, do ponto de vista científico, era caracterizado pela medicina social, confirmando-se esta indicação no mesmo texto legislativo onde se pode ler o seguinte:

“Dão-lhe asas neste caminho as modernas tendências da medicina social, que, para maior facilidade de diagnóstico e decisão terapêutica, reconhece o valor dos dados recolhidos no ambiente familiar e não despreza os factores de ordem psicológica e moral que o mesmo contacto familiar lhe pode oferecer

³¹¹ Idem.

³¹² Idem.

³¹³ Cf. WITZ, Anne (1992), *Op. Cit.*

³¹⁴ De acordo com Ana Isabel Silva, em 1925 foi apresentado ao Senado um projecto que visava a regulamentação da profissão que não fora aprovado (pp. 150.)

³¹⁵ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op.cit.* pp. 150.

O doente não deve ser olhado como ente isolado, mas como membro de uma família que sofre com ele. A assistência que esquecer esta realidade humana não será apenas socialmente incompleta, mas até clinicamente imperfeita ou ineficaz³¹⁶”.

A medicina social acabaria por sustentar a ideia de uma sociedade moralizada no interior do Estado Novo através de indivíduos vigilantes da mesma como as auxiliares sociais, as enfermeiras e os próprios médicos. No caso particular das/os enfermeiras/os, estes podiam recolher dados no interior do núcleo familiar, funcionando como membro mandatado pelo Estado para vigiar o bom comportamento moral destas estruturas. Esta tarefa que podia ser desempenhada por elementos da enfermagem e servia para estabelecer uma determinada ordem entre a Família, a Sociedade e o Estado. Todos os dados recolhidos serviam para construir um juízo mais qualificado do ponto de vista moral e científico sobre os problemas físicos, morais e psicológicos do ser humano. No fundo, estamos a falar do poder estatal que, através da medicina social e dos indivíduos que suportavam este movimento sanitário, como as/os enfermeiras/os, vigiavam e controlavam a sociedade, moralizando-a.

Havia, no entanto, um conjunto de outros problemas que se colocavam no imediato à política do Estado em articulação com a sociedade:

“E como o número de doentes internados nos hospitais, sanatórios e casas de saúde duplicou no último decénio, e como, por outro lado, por iniciativa do Estado, dos organismos corporativos e das instituições de previdência ou dos particulares foram criados e abriram centros de saúde e de assistência social, maternidades, postos de consulta e socorros, dispensários e consultórios, o *deficit* do pessoal de enfermagem aumentou consideravelmente e apenas será reduzido na medida em que o funcionamento de novos estabelecimentos for acompanhado da criação das escolas destinadas a preparar o pessoal que neles deva prestar serviço”³¹⁷.

Em 1947, o Estado promoveu uma reorganização da enfermagem. O Decreto – Lei nº 36 219 de 10 de Abril desse ano reporta-nos para a falta de pessoal de enfermagem, em Portugal, que continuava a ser um problema difícil de resolver. Este diploma retratou a importância crescente da resolução de tamanho problema pois, o número de doentes que procuravam as instituições de natureza hospitalar aumentara bastante. As prioridades passavam, por um lado, pela necessidade de aumentar rapidamente o número de elementos ligados à enfermagem; e, por outro lado, aumentar a competência técnica das/os enfermeiras/os, modificando assim a tendência que se

³¹⁶ Decreto-Lei nº 32 612, de 31 de Dezembro de 1942.

³¹⁷ Idem.

vinha assistindo ao longo da primeira metade do século XX, onde se destacava, sobretudo, o “tradicional carinho³¹⁸”.

De acordo com a lógica discursiva do Estado era necessário agir e reorganizar o ensino de enfermagem de modo a torná-lo mais atractivo. Neste sentido, podemos verificar que “há, pois, necessidade de remodelar profundamente o ensino da enfermagem, com o fim de aumentar o número de enfermeiros e de elevar o seu nível moral, social e profissional”. Com esta dupla finalidade encontravam-se previstos cursos preparatórios ou de pré-enfermagem, de auxiliares de enfermagem e de enfermeiros, conforme o grau de preparação técnica exigida para o exercício da respectiva profissão³¹⁹. Estes novos cursos acabaram por desvalorizar o curso de enfermagem geral na medida em que existiu um espartilhar da formação, algo que não era benéfico para o reforço identitário do grupo, apesar de socialmente ter ajudado a resolver o problema da falta de pessoal.

Tabela 1 – Os cursos de enfermagem em 1947.

Cursos	Duração	Preferência	Objectivos
Pré-enfermagem	2 anos		Admissão ao curso geral.
Auxiliar de Enfermagem	1 ano		Formação de auxiliares “práticas” de enfermagem.
Enfermagem Geral	2 anos	a) Curso de auxiliares de serviço social ou de pré-enfermagem; b) Vocação comprovada; c) Habilitações superiores	Formação de enfermeiras.
Enfermagem especializada	3 Meses a 1 ano		Formação de enfermeiras especializadas.
Aperfeiçoamento	1 ano	a) Curso de administração hospitalar ou de serviço social; b) Habilitações superiores ou maior número de especializações.	Formação de enfermeiras chefe e monitores.

Fonte: Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947.

Como podemos observar na tabela, o diploma de 1947 introduziu dois novos cursos relacionados com a enfermagem: o curso de pré-enfermagem e o de auxiliares de enfermagem³²⁰. O primeiro, com a duração de 2 anos, visava a preparação para a entrada no curso geral de enfermagem; o segundo tinha como objectivo formar “enfermeiras práticas” e tinha a duração de apenas um ano, ao contrário do curso geral de enfermagem que tinha a duração de dois anos. Além destes cursos encontramos o

³¹⁸ Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947.

³¹⁹ Idem.

³²⁰ Também foi introduzida a categoria de Auxiliares Sociais. Existia uma proximidade entre estes e as enfermeiras dado que, no fundo, se complementavam.

curso geral de enfermagem que habilitava para a profissão de enfermeira com a duração de dois anos; o curso de enfermagem especializada com a duração de 3 meses a 1 ano e os cursos de aperfeiçoamento, com a duração de 1 ano, que tinham como objectivo a formação de enfermeiras chefe e monitores para as escolas de enfermagem.

A constituição dos cursos de pré-enfermagem e de auxiliares de enfermagem tinha o mesmo objectivo: combater a falta de pessoal de enfermagem, por um lado, e constituir um grupo profissional capaz de servir o Estado e a sociedade facilitando a entrada dos indivíduos nas instituições escolares ao contrário do que acontecia com a exigência habilitacional do curso de enfermagem geral.

Os Auxiliares de Enfermagem deveriam prestar serviço “sob a orientação de médicos, monitores, enfermeiros (...)”³²¹. A ideia da constituição deste curso, como o de pré-enfermagem, passava por alargar ao máximo os públicos que poderiam desenvolver estas actividades relacionadas com os cuidados de saúde. No caso do curso de Auxiliares a habilitação literária exigida era a instrução primária.

A longo prazo verificamos que este curso, por um lado, combateu a falta de pessoal no domínio da enfermagem; e, por outro lado, promoveu uma constante desvalorização da figura da/o enfermeira/o na medida em que não possuíam qualquer reconhecimento académico significativo e a sociedade considerava-os meros “praticantes de enfermagem”, tal como os outros grupos socioprofissionais. A divisão entre Auxiliares e Enfermeiras é considerada como um dos principais problemas de indefinição identitária e coesão do grupo até aos anos 70, quando foi extinto o curso de Auxiliares.

Neste diploma, observamos que a dimensão prática do curso de Auxiliares de enfermagem e Enfermagem Geral passou a ser valorizada a par de questões de natureza vocacional e dimensão moral do mesmo. Os estágios ganham importância no processo formativo como elementos definidores de um currículo em construção³²².

A dimensão moral da reforma de 1947 pode objectivar-se, por exemplo, quando os alunos para serem admitidos a exame final deveriam possuir as qualidades necessárias do ponto de vista físico e axiológico para o exercício da profissão “e tenham revelado aproveitamento em exames de frequência”³²³. Os exames deveriam ser acompanhados por um Inspector de Assistência Social, revelando a natureza directiva

³²¹ Cap. I, Artº 11, do Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947.

³²² Cap. IV, Artº. 29, do Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947.

³²³ Idem.

do próprio Estado no interior das escolas de formação de enfermeiras. Do mesmo modo, mantêm-se a questão da proibição do casamento das enfermeiras, introduzida em 1942, até à década de 60.

Neste diploma, o Estado continuou a assumir o papel regulador do ensino e das instituições de formação de enfermeiras. As escolas particulares que surgissem, como a de Castelo Branco, eram obrigadas a submeter todos os assuntos ao Ministério do Interior.

“Não reivindica o Estado o exclusivo do ensino, e assim se admite o funcionamento paralelo de escolas oficiais e particulares, estabelecendo-se mesmo entre umas e outras um princípio de cooperação. Mas nem por isso o Governo se exonera da sua **função natural** de, mesmo em relação às escolas particulares, orientar o ensino e aprovar planos de estudo e programas, reservando-se o direito de conceder autorizações para a abertura e funcionamento das escolas referidas³²⁴”.

A separação entre aqueles que possuíam um diploma/mandato e aqueles que não o possuíam tornava-se um discurso cada vez mais insistente e valorizado social e profissionalmente. A valorização do saber que a enfermagem aos poucos ia construindo e afirmando ganhava mais força com a presença de um maior número de indivíduos habilitados para exercer o curso de enfermagem geral.

Em 1952, o Estado Novo promulgou um diploma estruturante da enfermagem portuguesa. Neste diploma foi reforçada e mantida a indicação de que “só poderão prestar serviço profissional de enfermagem os indivíduos diplomados”³²⁵. Com o Decreto-Lei nº 38 884 de 28 de Agosto, o ensino da enfermagem ganhava uma maior regulação estatal em Portugal, na medida em que se constituiu o «Regulamento das Escolas de Enfermagem»³²⁶, documento pelo qual as instituições passaram a reger as suas actividades até à década seguinte, em termos gerais, obrigando as escolas a adaptarem-se às novas directrizes, elevando o nível social e profissional da enfermagem³²⁷.

Esta reforma apresentava-se como um produto inovador para a época na medida em que foi pensada, pela primeira vez, olhando para a importância da autonomia técnica e administrativa das próprias instituições. Este passo foi significativo no sentido de

³²⁴ Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947.

³²⁵ Decreto nº 38 885 de 28 de Agosto de 1952 – “Regulamento das Escolas de Enfermagem”.

³²⁶ Na sequência do Decreto que referimos no corpo do texto surgiu o Decreto nº 38 885 de 28 de Agosto de 1952 – “Regulamento das Escolas de Enfermagem”.

³²⁷ AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem: A Segunda Metade do Século XX*, Coimbra: Formasau, pp. 130.

afirmar a importância do ensino da enfermagem português e a identidade profissional do grupo.

Tabela 2 – Os cursos de enfermagem em 1952.

Decreto – Lei nº 38 884 de 28 de Agosto de 1952			
Cursos	Duração	Objectivos	Observações
Auxiliares de Enfermagem	1 Ano	Ministrar conhecimentos elementares e de carácter prático.	Tal como acontecia no Decreto-Lei nº 36 219 de 10 de Abril de 1947.
Enfermagem Geral	3 Anos	Habilita para o exercício da profissão de enfermeiro.	Idem.
Auxiliares de Enfermagem Especializada	6 Meses a 1 ano	Exercício de especialidades (exemplo: psiquiatria; materno-infantil, etc...)	Já estava contemplada a existência e a necessidade de desenvolver um conhecimento especializado.
Enfermagem Especializada	6 Meses a 1 Ano	Exercício de especialidades: ver exemplo anterior.	Idem.
Enfermagem Complementar	1 Ano	Habilitará para o exercício de funções de chefia dos serviços de enfermagem assim como para as funções de monitores das escolas de enfermagem ³²⁸ .	

Fonte: Decreto-Lei nº 38884 de 28 de Agosto de 1952.

O quadro anterior permite uma leitura simplificada das possibilidades que o decreto de 1952 propunha em relação ao ensino da enfermagem. Neste diploma continuamos a encontrar o curso de auxiliares de enfermagem com a mesma duração de um ano e com o objectivo de ensinar conhecimentos básicos e elementares sobre a prática da enfermagem; o curso de enfermagem geral, com a duração, agora, de 3 anos habilitava para o exercício da profissão de enfermeira; o curso de enfermagem complementar com a duração de um ano com o mesmo objectivo a que se propunha na reforma de 1947. Encontramos depois os cursos de Auxiliares de enfermagem especializada, com a duração de 6 meses a 1 ano que permitia o exercício de algumas especialidades na qualidade de auxiliar de enfermagem e o curso de enfermagem especializada com a mesma duração e objectivo mas na posição profissional de enfermeira reconhecida profissionalmente para o exercício global da actividade.

Apesar do Decreto-Lei de 1952 revogar o que o documento de 1947 propusera, manteve, em linhas gerais, a matriz do discurso sobre a enfermagem. Assim, o legislador reconhecia que Portugal “marcou um passo em frente na organização do ensino da enfermagem” depois de 1947. Defendia-se que “ao abrigo deste diploma

³²⁸ Começa-se a construir a ideia de que os enfermeiros deviam chamar a si o ensino dos alunos de enfermagem. Ao invés do que acontecia onde os médicos assumiam a sua influência na formação das enfermeiras.

[1947], criaram-se algumas escolas, integraram-se outras em novos moldes e prepararam-se algumas centenas de enfermeiros, que têm satisfeito plenamente, tanto pela sua competência como pelas suas qualidades morais”³²⁹.

Neste diploma reafirmou-se a dimensão moral e vocacional da enfermagem, assim como a importância de mecanismos que possibilitassem um “diagnóstico seguro sobre a avaliação dos candidatos”³³⁰ a enfermeiros. Efectivamente, embora os conhecimentos adquiridos no interior das instituições fossem muito relevantes, era no processo de candidatura às escolas de enfermagem que a selecção dos indivíduos era realizada. O credencialismo assume um especial destaque neste momento utilizando mecanismos que serviam de filtro para a entrada nas escolas de enfermagem e consequente integração no grupo.

A reforma do ensino da enfermagem de 1952 continha ainda referência aos cursos de visitadoras e auxiliares sociais que passavam a ser um único curso: o de auxiliares sociais, com a duração de dois anos. Surge também referência ao curso de Administração Hospitalar que se destinava à “preparação e aperfeiçoamento do pessoal administrativo dos estabelecimentos de assistência”³³¹. Este curso poderia funcionar nas escolas de enfermagem que reunissem condições para o ministrar.

Desta reforma, a influência do Ministério do Interior junto das escolas de enfermagem saiu reforçada, na medida em que o quadro de pessoal das instituições, os regulamentos das escolas, as condições de funcionamento e a organização pedagógica deviam passar pelo escrutínio do Estado, nomeadamente da Direcção Geral de Saúde e da Inspecção de Assistência Social.

Do ponto de vista pedagógico, continuou a apostar-se numa valorização dos estágios e práticas clínicas. A este propósito refere-se que “os estágios serão feitos de preferência em enfermarias-escola ou em serviços adequados, devendo, porém, os alunos passar, em períodos determinados, por todos os que tenham interesse para a sua formação profissional”³³². Os estágios deviam ser acompanhados pelos monitores (enfermeiros) que também deviam reger as aulas teóricas de técnicas da enfermagem, ao contrário das restantes que pertenciam aos professores (médicos).

A formação das alunas continuava para além da sala de aula. Reafirmava-se que o internato constituía uma vantagem na formação das futuras enfermeiras, defendendo

³²⁹ Decreto nº 38 884 de 28 de Agosto de 1952.

³³⁰ Idem.

³³¹ Idem.

³³² Idem.

que as escolas e os seus cursos “funcionarão, quanto possível, em regime de internato, devendo para esse efeito ser construídos ou adaptados os alojamentos indispensáveis”³³³.

Este diploma manteve-se vigente até meados da década de 60, não resolvendo, porém, entre outros, o problema da falta de enfermeiros em Portugal que se voltava a confirmar nessa década. Neste sentido, foram produzidos novas estruturas na tentativa de resolver o problema. No final da década anterior (1958) fora criado o Ministério da Saúde e da Assistência³³⁴. Pouco tempo depois (1961) constituiu-se a Direcção Geral dos Hospitais e, um ano depois, a primeira Direcção de Serviço de Enfermagem Hospitalar, dirigido por Maria Fernanda Resende. Esta enfermeira refere na década de 60, na III Semana da Enfermagem do Ultramar, o seguinte sobre esta questão:

“(…) como enfermeira não posso deixar de manifestar a minha grande satisfação pelo caminho já percorrido que toda esta legislação demonstra e pelo que nos pode deixar antever, como desejo do Governo, de colocar os profissionais de enfermagem no nível que, de direito, lhes pertence”³³⁵.

Este foi um dos sinais mais importantes que o começo dos anos 60 trouxe no sentido de uma afirmação profissional e social da actividade de enfermagem. Lucília Nunes³³⁶ refere ainda um outro momento importante, a publicação, em 1963, do Estatuto da Saúde e Assistência³³⁷. Este documento categoriza a assistência no interior de três tipos: “actividades de saúde pública”, “actividades de medicina curativa e recuperadora” e “actividades de assistência”³³⁸ onde a enfermagem havia de conseguir encontrar alguns caminhos próprios de afirmação profissional e social do ponto de vista legal.

Em meados da década de 60, seria publicado um novo documento orientador do ensino da enfermagem em Portugal³³⁹. No ano de 1964 foi constituída uma comissão de trabalho com o objectivo de rever os planos de estudo e os programas dos cursos de

³³³ Cap. I, artº. 1 do Decreto – Lei nº38 884 de 28 de Agosto de 1952. Sobre este assunto deve ser consultado o capítulo II, da 2ª parte do trabalho, no que diz respeito ao exemplo albacastrense.

³³⁴ Decreto-Lei nº 41 825 de 05 de 13 de Agosto de 1958.

³³⁵ RESENDE, Maria Fernanda (1963), “A Organização da Enfermagem Como Profissão”. *Revista de Enfermagem*.

³³⁶ NUNES, Lucília Rosa Mateus (2003), *op. cit.*, pp. 301.

³³⁷ Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963.

³³⁸ NUNES, Lucília Rosa Mateus (2003), *op. cit.*, pp. 301. O Estatuto de Saúde e Assistência foi alterado oito anos depois com a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência (1971).

³³⁹ Decreto 46448, nº 160, de 20 de Julho de 1965.

enfermagem³⁴⁰. Na opinião de Lucília Nunes pretendia-se melhorar a integração do ensino prático no plano geral dos estudos, assim como subir o nível de preparação académica para admissão nas escolas³⁴¹. Aqui encontramos um princípio de acreditação da enfermagem que passava pelo aumento das habilitações literárias para integrar as escolas de enfermagem e o conseqüente aumento da respeitabilidade em relação ao grupo profissional. O decreto não apresentava novidades em relação a novos planos de estudo e programas de cursos. Afirmava apenas a necessidade da enfermagem se actualizar constantemente, acompanhando o que acontecia com as ciências médicas, procurando novas técnicas de enfermagem que poderiam ser incluídas nos planos de estudo das escolas de enfermagem.

Do interior do preâmbulo deste decreto devemos destacar três aspectos: a exigência de maiores habilitações para ingressar nos cursos de enfermagem; a necessidade de criar uma escola-piloto e a decisão de constituir um estabelecimento para a formação concreta destes profissionais ao nível dos cargos de chefia e de docência³⁴².

Em 1965 foram alteradas as condições de admissão do curso de Auxiliares de Enfermagem. Os candidatos deviam possuir o 1º ciclo do ensino liceal³⁴³, ao contrário do que anteriormente era necessário que era apenas a instrução primária. No curso de enfermagem complementar também se aumentou a exigência passando do 2º para o 3º ciclo do ensino liceal, acrescido de 3 anos de prática profissional. Os cursos de Enfermagem Geral e especializada mantiveram o nível de exigência anterior (2º ciclo)³⁴⁴.

O aumento da exigência ao nível das habilitações literárias em 1965 foi um aspecto relevante que possibilitou a valorização académica e profissional da enfermagem. Era necessário adquirir qualificações e competências que permitissem um maior reconhecimento socioprofissional do grupo.

A reforma de 1965 constituiu um marco na afirmação identitária do grupo, dado que o ensino da enfermagem transita, definitivamente, para as enfermeiras. As enfermeiras ensinam os seus pares, transmitindo-lhes assim uma cultura própria, modos de estar e de Saber-Fazer do grupo. O diploma reforça a ideia da articulação entre a

³⁴⁰ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. cit.*, pp. 260.

³⁴¹ Ana Isabel Silva refere que além destes objectivos pretendia-se, ainda, “facultar aos alunos uma formação equilibrada e polivalente” (pp. 260).

³⁴² SILVA, Ana Isabel (2008), *Op.cit.* pp. 260.

³⁴³ Existiu um período transitório de 5 anos para implementar estas questões.

³⁴⁴ Este assunto é abordado no ponto seguinte deste capítulo de modo mais aprofundado.

teoria e a prática omitindo referência às enfermarias-escola, valorizando sobretudo as práticas clínicas em ambiente de trabalho.

O próprio conceito de enfermagem encontrava-se em transformação. Procurava-se um equilíbrio entre um saber eminentemente prático e uma dimensão teórica que possibilitava a afirmação interprofissional nomeadamente em relação aos médicos, caminhando no sentido da *cientificidade* do saber da enfermagem.

“(…) a enfermagem é uma arte e uma ciência que, respeitando a dignidade do individuo, visa a promoção, manutenção e/ou aquisição de um estado de equilíbrio físico, mental e social, em conjunto com outras disciplinas de saúde e sociais. O enfermeiro como membro de uma equipa de saúde, planeia, executa e avalia cuidados de enfermagem que englobam a prestação de serviços aos indivíduos, como membro de uma família ou comunidade³⁴⁵”.

A/o enfermeira/o encontrou ao longo da década de 60 novos percursos que possibilitaram a valorização da actividade profissional. As escolas de enfermagem assumiram um importante papel no que diz respeito à construção de uma maior respeitabilidade em relação à enfermagem e ao que se entendia por este saber. Procurava-se definir entre uma arte e uma ciência, na verdade procurando, por um lado afastar-se da sua essência eminentemente prática e aproximando-se de outros saberes que possibilitavam uma interpretação diferente do ser humano. Esse entendimento caminhava no sentido da interpretação humanística da enfermagem enquanto saber relacional constituído e inspirado por diferentes áreas e técnicas.

Em 1967 estas alterações tiveram um importante impacto na constituição de carreiras próprias da enfermagem³⁴⁶. Estas contribuíram para a organização e reconhecimento do grupo, no interior do Estado. Foram constituídas três carreiras no interior do diploma: as carreiras hospitalar, de saúde pública e do ensino. O que parecia uma conquista importante na afirmação deste saber, em articulação com o Estado, resultou na divisão da própria enfermagem em partes, com características específicas, sem articulação directa, com condições diferentes a vários níveis, desde logo o remuneratório. Apenas na década de 80 vamos assistir à unificação das diferentes carreiras num único diploma que valorizou a actividade e os profissionais de enfermagem.

³⁴⁵ Decreto-Lei n.º 46.448 de 20 de Julho de 1965.

³⁴⁶ Decreto-Lei n.º 48166 de 27 de Dezembro de 1967.

Por outro lado, a escola piloto que é referida no preâmbulo da reforma de 1965 não foi constituída, ainda que foi a partir deste Decreto que, mais tarde, acabou por surgir a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, cujo objectivo era o de preparar elementos de chefia e ensino da enfermagem e melhorar o estatuto dos professores e monitores de enfermagem. Ismael Martins referindo-se ao assunto em análise refere o seguinte:

“A lei exige-lhe [aos monitores], e ainda bem, maiores qualificações e aptidões, quer académicas quer profissionais, quer mesmo de outras naturezas. Em contrapartida, porém, oferece-lhe, e ainda mal, piores condições de trabalho e menos dinheiro. Todo o enfermeiro, acabado de sair duma Escola de Enfermagem, que vá trabalhar para um hospital e a fazer um rotativo normal, aufere no fim do mês substancialmente mais alguns milhares de escudos do que qualquer dos professores que orientou durante três anos a sua formação³⁴⁷”.

O problema da falta de pessoal de enfermagem para ensinar prolongou-se até, pelo menos, à década de 80, da centúria de novecentos, e uma das causas era o vencimento baixo dos professores e monitores. Tornava-se mais rentável o ingresso na carreira hospitalar do que o ensino da enfermagem.

Em 1970 foi publicado o “Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem” na tentativa de uniformizar o funcionamento das escolas mais importantes do país. Aqui encontramos normas relacionadas com a administração e direcção escolar, os respectivos conselhos orientadores das instituições e os serviços de apoio ao funcionamento das mesmas.

No ano seguinte (1971) foi criado o Sector de Ensino de Enfermagem “constituído unicamente por enfermeiras”³⁴⁸, no âmbito da Direcção Geral dos Hospitais. O ensino da enfermagem possuía agora a possibilidade de se gerir entre as realidades locais e nacionais sempre tratando dos diferentes assuntos com especialistas da área da enfermagem.

A década de 60 representou o princípio da transição entre uma enfermagem de natureza moral, dependente da medicina, e uma enfermagem que procurou novos caminhos associando-se ao Estado e aos discursos científicos. A década seguinte veio confirmar esta dinâmica e aprofundá-la, acompanhando o que se pensava no estrangeiro

³⁴⁷ MARTINS, Ismael (1982), *Escola de Enfermagem do DR. Lopes Dias – Subsídios para uma História*, Castelo Branco, pp. 23.

³⁴⁸ NUNES, Lucília Rosa Mateus (2003), *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência, pp. 302.

a este nível. Gradualmente, a enfermagem na segunda metade do século XX conseguiu engrandecer-se por via do reconhecimento do Estado e daí obteve alguns dos “privilégios” corporativos, nomeadamente a constituição de organismos, que enunciamos atrás. Era preciso acreditar uma actividade profissional em emergência pela via do reconhecimento oficial dos indivíduos que a procuravam através da frequência dos diferentes cursos que surgiram no contexto do Estado Novo. Os cursos que se evidenciaram foram os de Auxiliares e Geral de enfermagem. O primeiro porque contribuiu definitivamente para combater o grave problema da carência de pessoal de enfermagem; o segundo porque constituía a entrada para a “verdadeira” profissão de enfermagem. Porém, a existência de diferentes cursos que aparentemente favoreciam a actividade profissional de enfermagem, acabou por estar na origem de muitas fragilidades. Efectivamente, a procura elevada do curso de auxiliares de enfermagem desvalorizou o curso principal de enfermagem, tornando-o quase um acessório formativo. A constituição de novos organismos onde a enfermagem se integrou trouxe reconhecimento da actividade profissional e valorizou-a perante o Estado e a Sociedade. Estas foram as principais linhas norteadoras da legislação colocada a circular durante o Estado Novo e directamente relacionadas com a enfermagem, vejamos agora os principais aspectos relacionados com a enfermagem no interior do Portugal Democrático.

1.1.4. Aprender a cuidar: as escolas e políticas de enfermagem no Portugal Democrático (1974-1988)

A década de 70 representou uma época de transição e de construção de novos entendimentos sobre a enfermagem e o seu valor. Esta década, apesar de continuar a ser marcada pelo problema da falta de enfermeiras/os, permitiu que se desenvolvessem estratégias, dirigidas pelo Estado, em consonância com aquilo que algumas instituições estrangeiras preconizavam. A enfermagem tentava a sua afirmação científica e aproximava-se do conceito de bem-estar generalizado proposto pela OMS alguns anos antes. Por outro lado, com a vigência de um novo regime político tornava-se necessário promover algumas alterações no interior da sociedade portuguesa e, conseqüentemente desta actividade profissional. No período pós 25 de Abril de 1974 este grupo profissional reivindicou maiores privilégios, melhorias nos salários e uma imagem profissional mais reconhecida socialmente. O aparecimento de sindicatos livres trouxe

um novo fulgor ao grupo socioprofissional e uma nova capacidade de negociação e reivindicação junto do Estado, ao nível da constituição de carreira própria manifestando-se no interior da sociedade, nomeadamente através de práticas grevistas. Também no que diz respeito à formação em enfermagem os sindicatos tiveram um papel activo na definição de políticas, programas e modelos de aprendizagem a instituir nas escolas de enfermagem através da organização de grandes debates que contavam com a participação de protagonistas de outras realidades nacionais. Não esqueçamos que com a mudança do regime político também o Estado assumia novos contornos. Passava a caracterizar-se, em vez de um estado supletivo em relação às questões da assistência, pela enorme dinâmica sócio-sanitária proposta através da constituição de um Estado-Providência que a todos queria chegar e onde a enfermagem podia desempenhar um importante papel na sua edificação.

O processo do credencialismo modificou-se, mas continuou a fazer parte da construção identitária deste grupo. Reivindicava-se uma maior exigência para a entrada nas escolas de enfermagem e para a aquisição do diploma que, por sua vez, era obrigatório para exercer legalmente a actividade; reconhecia-se a necessidade de alterar os mecanismos de selecção dos alunos, procurando-se um maior acompanhamento pelos órgãos escolares criados para o efeito como as comissões de integração escolar; no entanto, pretendia-se que os processos de selecção continuassem a obedecer a características padrão exigidas aos futuros profissionais de enfermagem que continuaram a ser controlados pelo Estado.

No caso do curso de Auxiliares de Enfermagem foram encontradas novas respostas para atender às reivindicações do conjunto das auxiliares. De acordo com Ana Isabel Silva, citando Aliete Pedrosa, “o curso de Promoção de Auxiliares foi criado pelo Governo em resposta a um movimento de reivindicação por parte das auxiliares em 1969. Até 1974, formavam-se anualmente cerca de 1000 auxiliares de enfermagem e apenas cerca de 200 enfermeiros. Os auxiliares eram, pois, os profissionais que «se encontravam à cabeceira dos doentes, executando quase todas as tarefas assistenciais»; porém, em termos de salários e de regalias, estavam numa situação inferior à dos enfermeiros”³⁴⁹. No entanto, de acordo com a autora, este curso de promoção não teria o sucesso esperado porque raramente os auxiliares de enfermagem o conseguiam concluir por dificuldades diversas. O descontentamento atingiu o auge em “pleno período

³⁴⁹ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. cit.*, pp. 313.

revolucionário, após o 25 de Abril de 1974, sob o impulso das organizações sindicais”³⁵⁰. Em resposta a este descontentamento foi-lhes atribuído o título de enfermeiros de 3ª classe e constituído um novo curso de Promoção de Auxiliares, com a duração de oito meses, essencialmente de natureza teórica, que funcionou entre 1975 e o princípio da década seguinte (1982/84).

Em Setembro de 1974 a orientação, a coordenação e a fiscalização do ensino da enfermagem passava a ser da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde (ISNA), nomeadamente do Departamento de Ensino de Enfermagem, que se encontrava em processo de estruturação em 1975.

O Estado alterou gradualmente as suas posições, desde a década de 60, sobre o ensino da enfermagem. Em 1976 foi publicada uma nova reforma do ensino da enfermagem, onde podemos observar, do ponto de vista curricular, uma movimentação no sentido da aproximação às Ciências Sociais e Humanas. Por esta altura já tinham sido extintos os cursos de auxiliares de enfermagem, tendo sido criados os cursos de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, cuja duração inicial era de 20 meses.

Em 1976 era publicado o “Regulamento dos Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem” contribuindo para o processo de democratização das escolas de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à organização interna das mesmas³⁵¹.

Em 1979 aumentou o nível de exigência formativa para a entrada nas escolas de enfermagem. O curso complementar dos liceus, equivalente ao 11º ano de escolaridade, passou a ser a regra. De acordo com Lucília Nunes, esta exigência prende-se com o facto de o número de alunas que procuravam este curso ter aumentado devido à possibilidade de, a curto prazo, o curso de enfermagem pertencer ao ensino superior³⁵².

Além da importância da formação na construção identitária da enfermagem e, em particular, no processo do credencialismo, a organização de Congressos Nacionais de Enfermagem foi outra forma encontrada para valorizar a enfermagem onde se discutiram metodologias e definiram estratégias relacionadas com o saber, o estatuto profissional, a relação inter-profissional, a importância da integração da enfermagem no ensino superior, reforçando a vitalidade do grupo. Um dos aspectos mais relevantes

³⁵⁰ Idem.

³⁵¹ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. cit.*, pp. 318.

³⁵² NUNES, Lucília Rosa Mateus (2003), *Op.cit.*, pp. 324.

Nesse mesmo ano, foi criado o Serviço Nacional de Saúde, consagrado constitucionalmente desde 1976, que tinha como objectivo dar resposta a novos entendimentos do Estado sobre o bem-estar dos cidadãos. Passava-se de uma atitude “supletiva” para uma atitude pró-activa no domínio da saúde, própria de um Estado-Providência.

prende-se com o sentido de integração do ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Em todos os congressos nacionais (1973, 1981 e 1985) esta questão foi amplamente debatida. No princípio da década de 80, constituiu-se a carreira única de enfermagem (1981) que organizou hierarquicamente, em diferentes níveis, as categorias de enfermeiro, introduzindo-se a categoria de especialista como factor de promoção académica e profissional. Mais tarde, em 1985, as carreiras foram revistas e os diplomas melhorados. No ano seguinte, a carreira de enfermagem, à luz da comissão encarregada de estudar a revisão das carreiras da função pública, foi considerada como um “corpo especial” revelando-se a natureza profissional do acto de cuidar e a importância do grupo para a consolidação de um *Welfare State*.

A formação permanente foi algo que passou a ter um papel importante na valorização do grupo, constituindo-se os Departamentos de Educação Permanente das instituições hospitalares. Em 1983, foram criadas 3 Escolas Pós-Básicas com o intuito de formar especialistas em diversas áreas de intervenção da enfermagem: em Lisboa, a Escola Fernanda Resende; em Coimbra, a Ângelo da Fonseca e no Porto, a Escola Cidade do Porto. Estas escolas passaram a ministrar os cursos de especialidade de obstetrícia, reabilitação, saúde pública, saúde infantil e pediátrica e, ainda, saúde mental e psiquiátrica.

Em 1986, foi apresentada a Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional, onde se realçava a existência de dois subsistemas de ensino superior: o universitário e o politécnico. Dois anos depois, em 1988, foi publicado o decreto que integrava o ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Esta integração resultou de um processo que foi desenvolvido pelo grupo socioprofissional, dirigido pelo Estado, no sentido de adquirir a chancela do ensino superior e, conseqüentemente, a valorização e reconhecimento social que daí advinha. A introdução da enfermagem no ensino superior politécnico decorreu de todo um percurso percorrido, ao longo da segunda metade do século XX, onde se cruzaram correntes internacionais de desenvolvimento desta actividade profissional com toda uma componente de saberes teórico-práticos construídos a partir da influência de diferentes saberes provenientes da medicina e das ciências sociais, humanas e comportamentais. A partir de 1988 a entrada nas instituições escolares de enfermagem só era permitida com o 12º ano de escolaridade.

“O desenvolvimento do ensino da enfermagem verificado entre nós, ajustado aos padrões internacionais, nomeadamente dos países europeus, e, bem assim norteado pela

busca permanente da melhoria dos cuidados de saúde, determinou a exigência, no que respeita às habilitações mínimas de acesso, de um nível paralelo ao requerido para o ensino superior³⁵³”

Todo o caminho percorrido resultou na integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do ensino superior politécnico. Esta integração trouxe vantagens do ponto de vista da credibilidade dos cursos e da actividade profissional. O reconhecimento das habilitações no espaço comum da Educação e o desenvolvimento como disciplina científica promoveu uma determinada autonomia pedagógica que o ensino da enfermagem procurou construir ao longo da segunda metade da centúria de noventa.

Como podemos observar na tabela seguinte, na década de 80 encontramos cerca de 30 instituições escolares onde se formavam profissionais de enfermagem. As escolas encontravam-se espalhadas pelo país e eram maioritariamente públicas. As privadas possuíam um vínculo de proximidade à Igreja Católica que continuou a interessar-se por instituições desta natureza. No caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco na década de 70 esta passou a apelidar-se de Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias em homenagem ao seu fundador.

Tabela 3 – Relação de escolas de enfermagem existentes em Portugal na década de 80.

Escola	Local	Regime
Viana do Castelo		Público
Calouste Gulbenkian	Braga	Público
Vila Real		Público
Bragança		Público
S. João	Porto	Público
D. Ana Guedes	Porto	Público
Cidade do Porto		Público
Franciscanas Missionárias de Nossa Senhora	Porto	Privado
Imaculada Conceição	Porto	Privado
Viseu		Público
Guarda		Público
Dr. Ângelo da Fonseca	Coimbra	Público
Bissaya Barreto	Coimbra	Público
Dr. Lopes Dias	Castelo Branco	Público
Leiria		Público
Santarém		Público
Portalegre		Público
Artur Ravara	Lisboa	Público

³⁵³ Decreto-Lei nº 480 de 23 de Dezembro de 1988.

Calouste Gulbenkian	Lisboa	Público
Francisco Gentil		
Maria Fernanda Resende		
S. Vicente de Paulo		Privado
Franciscanas Missionárias de Maria		Privado
S. João de Deus	Évora	Público
Faro		Público
Cruz Vermelha Portuguesa	Lisboa	M. da Defesa
Serviço de Saúde Militar	Lisboa	M. da Defesa
S. José de Cluny	Funchal	Privado
Da Madeira	Funchal	Gov. da RAM
Ponta Delgada		Gov. da RAA
Angra do Heroísmo		

Tabela extraída de AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*, Coimbra: Formasau, pp. 439 e 440.

Em suma, a integração no Sistema Educativo Nacional, nomeadamente no subsistema do ensino superior politécnico, constituiu um dos momentos mais esperados e relevantes para a definição de uma identidade profissional credenciada e forte daquele grupo. A partir daqui, embora já na década seguinte, foi constituído o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1996) e dois anos depois a Ordem dos Enfermeiros (1998) ficando o exercício da enfermagem nas mãos do grupo socioprofissional em análise. O credencialismo ganhou novos contornos com o aparecimento deste regulamento e da OE que passou a tutelar a entrada na profissão.

2. O recrutamento das/os alunas/os de enfermagem

Os processos de selecção dos alunos constituem aspectos significativos de compreensão do processo credencialista em relação a quem se pretendia recrutar e ao perfil dos discentes que integraram as escolas de enfermagem. As características que os alunos deviam possuir para frequentar as instituições apresentam-se como aspectos relevantes que permitem uma compreensão maior sobre estes alunos: conhecer as habilitações literárias, as qualidades físicas e morais, bem como a origem social, constituem aspectos que ajudam a perceber a importância de uma interpretação sobre os públicos que frequentaram as escolas de enfermagem na definição das configurações identitárias deste grupo profissional.

No processo de candidatura às escolas de enfermagem eram solicitados um conjunto de dados que permitiam fazer uma avaliação sobre a aptidão do candidato para

desenvolver aquela actividade profissional. Aí mesmo iniciava-se o processo de reconhecimento dos indivíduos que podiam vir a ser enfermeiros/as ou não.

É importante compreender quais foram os dispositivos de selecção dos alunos que permitiam às escolas de enfermagem ajuizar sobre a integração, ou não, de um indivíduo no interior da escola e, portanto, fazer um percurso académico que o levasse a pertencer ao grupo profissional e permitisse, através da aquisição do seu diploma/mandato, exercer a actividade profissional no interior da sociedade.

Neste ponto vamos descrever e analisar os processos de selecção/recrutamento dos candidatos às escolas de enfermagem portuguesas entre o final do século XIX e a década de 80 do século XX. Pretendemos demonstrar que existiu uma transformação dos dispositivos credencialistas que encontramos entre a primeira metade do século XX e a segunda metade dessa centúria, nomeadamente a partir da década de 40, até aos anos 80 da centúria de novecentos. Referimo-nos às habilitações literárias; à necessidade de possuir um determinado perfil físico, moral e intelectual para o exercício da actividade e à constituição de comissões específicas de integração dos alunos nas instituições.

2.1. A admissão às escolas de enfermagem na 1ª metade do século XX: linhas gerais

Em Inglaterra o recrutamento de elementos para integrar o grupo socioprofissional das/os enfermeiras/os, através das suas escolas, fez-se no interior de candidatas de origem social mais elevada, relacionando-se o “status” social com o prestígio da própria escola. Em Portugal, este cenário não aconteceu da mesma forma devido ao contexto envolvente da sociedade portuguesa. Apesar de tudo, um aspecto foi comum: a dimensão moral do exercício da enfermagem³⁵⁴.

No final do século XIX o recrutamento de candidatos para a profissão de enfermeiro constituía um forte problema. Em primeiro lugar, a profissão não oferecia as melhores condições de trabalho e exercício profissional; em segundo lugar, o baixo nível de escolaridade dos candidatos portugueses aumentava, ainda mais, o problema, isto é “a baixa escolaridade torna os alunos incapazes de compreender muitos aspectos essenciais da sua formação e incapacita-os fortemente para a sua carreira no futuro”³⁵⁵ impedindo o desenvolvimento de uma identidade profissional credenciada com prestígio social e interprofissional. Aos cursos de enfermagem só concorria quem não tinha um

³⁵⁴ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 82.

³⁵⁵ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 81.

leque maior de opções. A dureza do trabalho e a falta de condições dos meios hospitalares afastavam os candidatos desta actividade profissional³⁵⁶.

Em 1919, o director geral dos Hospitais, Augusto Lobo Alves referia que o regulamento de 1863 exigia apenas aos candidatos aos lugares de enfermagem que soubessem ler, escrever e contar. A falta de conhecimentos de base que levassem à compreensão mais ampla da enfermagem era apontada como uma causa da falta de promoção da actividade profissional. A moral e as qualidades físicas deveriam ser aspectos a ter em conta no processo de selecção dos candidatos de modo a valorizar os indivíduos que começavam a integrar as instituições escolares³⁵⁷. A título de exemplo, em 1905 o regulamento do Hospital da Misericórdia de Castelo Branco refere exactamente as mesmas condições de admissão de há cerca de 40 anos atrás³⁵⁸ (ler, escrever e contar).

Gradualmente fez-se um esforço para tentar atrair mais candidatos à matrícula, além dos “empregados de enfermagem”, de modo a colmatar a grave lacuna da falta de pessoal, mesmo assim sem grande sucesso.

Em meados da década de 20, Costa Sacadura referia que encontrou mais de 300 candidatos à Escola Profissional de Enfermagem onde se contavam dactilógrafos, caixeiros, empregados municipais, alfaiates, etc... e até “candidatas da rua do Capelão”, cuja moral e capacidade intelectual era bastante duvidosa³⁵⁹.

As condições de admissão à frequência de uma escola de enfermagem portuguesa, na primeira metade do século XX, baseavam-se no sexo, na idade, na escolaridade, no estado de saúde e no comportamento moral. A integração dos indivíduos nas escolas era realizada com base nestas categorias que eram condição fundamental para integrar e adquirir as competências necessárias nestas instituições que permitiam o exercício credenciado e legal da enfermagem.

No fundo, podemos dizer que existiram dois aspectos principais no que diz respeito ao recrutamento dos candidatos. Estes aspectos definem-se, principalmente, em torno das categorias – sexo e habilitações literárias, embora a idade, as qualidades físicas e a conduta dos indivíduos fossem aspectos também relevantes na construção

³⁵⁶ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 82.

³⁵⁷ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 82 **cita** *Boletim dos Hospitais Civis de Lisboa*, Ano XVIII, 1 de Janeiro a 30 de Junho de 1919, 1º semestre, pp. 16-17.

³⁵⁸ Cf. HENRIQUES, Helder e HENRIQUES, Sara, “O Hospital da Misericórdia de Castelo Branco em 1905: perspectivando a enfermagem” in *Cadernos de Cultura – A medicina da Pré-história ao século XXI*, Castelo Branco (aguarda publicação).

³⁵⁹ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 83.

identitária do grupo. Até final dos anos 30 as escolas de enfermagem admitiam alunos de ambos os sexos. Só a partir de então (década de 40) surgiram escolas que excluíaam os indivíduos do sexo masculino. Primeiro a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, depois, a Escola Técnica de Enfermeiras, seguindo-se outras instituições particulares, pertencentes ou não, a congregações religiosas que adoptaram a mesma norma³⁶⁰. Em 1942 só podiam exercer enfermagem indivíduos de sexo feminino, solteiras ou viúva sem filhos. No final dessa década (1947) a preferência continuava a dar-se ao sexo feminino.

Na primeira metade do século XX, os alunos deviam possuir idades compreendidas entre os 17/18 e os 24/25 anos. Em 1942, os alunos podiam matricular-se com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade, acontecendo o mesmo em 1947.

Relativamente às habilitações literárias no inicio do século XX (1901) os candidatos deviam saber ler, escrever e contar comprovando estas competências com uma certidão passada por estabelecimento oficial de instrução ou por professor particular, podendo ainda fazer-se um exame na secretaria da escola de modo a comprovar as capacidades. Em 1918 exigia-se já um exame de instrução primária do 2ª grau, verificando-se o mesmo até ao decénio de 30. Havia, no entanto, preferência em 1922, a quem já possuísse experiência em enfermagem e todos aqueles que possuíssem maiores habilitações literárias. Em 1940 passou a exigir-se um exame de 2º ciclo liceal com preferência para o curso liceal de educação familiar. Em 1942 dava-se preferência para os que possuíssem maiores habilitações, havendo necessidade de possuir pelo menos o 1º ciclo liceal. A partir de 1942 iniciou-se um processo de selecção através de exame de admissão, que funcionou como comprovativo das habilitações escolares. Neste momento desencadeavam-se processos de recrutamento, associados às instituições de formação de enfermeiras, com vista a uma selecção apurada dos candidatos, sobretudo do ponto de vista moral, da saúde e das habilitações literárias. O decreto nº 32612 de 31 de Dezembro de 1942 encontra-se na base daquilo que haveria de ser desenvolvido até, pelo menos, final do Estado Novo em Portugal. De acordo com Maria Isabel Soares, “depois de 1947 generalizaram-se os exames de admissão aos cursos, excepto para a Escola Técnica de Enfermeiras que, desde 1940, data da sua criação, exigia às suas candidatas o exame do 2º ciclo liceal, ou equivalente, com

³⁶⁰ Idem.

preferência para o curso liceal de educação familiar, dispensando desta exigência o pessoal de enfermagem em serviço no Instituto Português de Oncologia”³⁶¹. Em 1947 era requisito o 1º ciclo liceal para o curso de enfermeiras e de instrução primária para o curso de auxiliares de enfermagem.

Quanto às qualidades físicas necessárias ao desempenho profissional, desde a entrada na instituição escolar, era requisito possuir a robustez necessária ao exercício da actividade, ter sido vacinado e não sofrer de doenças contagiosas. Com o passar do tempo acrescentou-se a necessidade de uma inspecção médica que em 1947 podia ser realizada pela própria escola.

A conduta dos indivíduos que se quisessem matricular nas instituições escolares de enfermagem devia ser exemplar. No início do século XX era necessário uma certidão de bom comportamento, passada pelo pároco e pelo regedor e uma certidão de registo criminal. No fundo era necessário comprovar o bom comportamento civil e no Estado Novo a idoneidade moral dos candidatos devia ser “irrepreensível”.

Como podemos observar, e tal como já dissemos atrás, até à década de 30 tinham acesso às escolas de enfermagem indivíduos de ambos os sexos. Porém, nos anos 20 existia já alguma sensibilidade para a relação da mulher com os cuidados de saúde. Apesar disso, esta articulação encontrou objectivamente o seu fundamento a partir de 1940. Esta década caracterizou-se pela preferência que foi dada à dimensão feminina relacionada com a prática da enfermagem e que acabou por constituir uma marca no desenvolvimento da enfermagem profissional. Para o efeito basta olhar para os números que a seguir colocamos sobre a frequência dos alunos na Escola de Enfermagem de Castelo Branco. A ideia de que a enfermagem devia ser exercida, essencialmente, por mulheres foi-se acentuando por influência do que se passava noutros países da Europa, e também dos Estados Unidos onde era uma actividade quase exclusivamente feminina³⁶².

A dimensão feminina desta actividade encontrava-se relacionada com princípios de obediência, subserviência e resignação que o Estado pretendia relacionar com uma determinada ideia de mulher mais facilmente moldável aos interesses do próprio Estado. O Decreto-Lei de 1947 confirmaria a preferência dada às mulheres no que toca ao ensino da enfermagem, com excepção de serviços específicos como a psiquiatria ou a urologia. Pode ler-se no referido decreto de 1947 que o objectivo do diploma visava “a

³⁶¹ Idem.

³⁶² SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 83.

reorganização do ensino da enfermagem, com vista a assegurar a melhor preparação do pessoal e a mais rigorosa selecção técnica e moral, dando-se aberta preferência na admissão ao sexo feminino”. O artigo 5º do mesmo diploma aprofundava ainda mais esta questão, podendo ler-se que “o ensino da enfermagem deve ser orientado no sentido da preferência do pessoal feminino, excepto nos serviços de algumas especialidades, como a psiquiatria e a urologia”³⁶³ havendo aqui uma clara diferenciação de natureza moral e sexual na divisão do trabalho social, principalmente no que exercido pelo grupo das enfermeiras/os.

As habilitações literárias exigidas eram baixas. Este aspecto é relevante no que diz respeito ao processo de construção identitário deste grupo pois, habilitações baixas correspondiam a fraco reconhecimento social e profissional dos percursos formativos.

Segundo Maria Isabel Soares, a origem social dos candidatos às escolas de enfermagem, na primeira metade do século XX, remete-nos, em primeiro lugar, para o grupo dos Artesãos/Operários/Trabalhadores qualificados e semi-qualificados, seguido da pequena burguesia rural, comerciantes e empregados públicos/serviços. Depois, surgem as profissões liberais e actividades similares, os assalariados agrícolas e o grupo da burguesia urbana. Por fim, os professores, a burguesia rural e outros. Esta caracterização é diferente do que acontecia na Escola Técnica de Enfermeiras onde “a maioria das alunas é originária do grupo das profissões liberais e actividades similares (35,40%), seguido do dos comerciantes (20,35%) e dos empregados públicos/serviços (14,16%). Filhas de artesãos/operários...são só 11,50%, apenas 35, 54% da pequena burguesia rural e 1,78% de trabalhadores urbanos não qualificados”³⁶⁴.

A autora, depois desta análise, concluiu que “apesar das más condições de trabalho, da baixa remuneração, a marca social de duvidosa moralidade que se apegava sobretudo às enfermeiras, visível no discurso oficial que não deixava de referir a necessidade de elevar o seu nível moral, o acesso à profissão de enfermagem representa, para grupos sociais mais desfavorecidos, uma melhoria de vida ou até uma ascensão social, facilitada por diminutas exigências de escolaridade. Para outros, de condição social superior, mas sem recursos para suportar o custo do prosseguimento de estudos mais longos, seria um mal menor, e em todo o caso, uma porta aberta para uma vida independente”³⁶⁵.

³⁶³ Decreto-Lei nº 36 219 de 10 de Abril de 1947.

³⁶⁴ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.*, pp. 92.

³⁶⁵ Idem.

2.2. A admissão às escolas de enfermagem na 2ª metade do século XX

Na década de 40 o ensino da enfermagem caracteriza-se pela intervenção do Estado em diferentes aspectos. Era o Ministério do Interior que controlava as escolas de enfermagem e tudo o que lhes dizia respeito. As habilitações literárias de acesso, a inclusão da preferência pelo sexo feminino, a constituição de novos cursos, o incentivo à formação de novas escolas de enfermagem para resolver o problema da falta de pessoal e a moralização da actividade constituem características que foram implementadas dirigidas essencialmente pelo poder estatal.

O Estado, tomando como arena as escolas de enfermagem, desenvolveu dispositivos de selecção e recrutamento dos indivíduos que pretendiam candidatar-se aos cursos de enfermagem: o aumento da exigência das habilitações literárias, a constituição de inspecções médicas pelas escolas de enfermagem e os próprios exames de admissão às escolas, constituem características relacionadas com o processo credencialista, associado a uma dimensão científica, que servia para proceder à melhor escolha possível dos candidatos a integrar um grupo profissional e a exercer determinadas tarefas na sociedade. As escolas de enfermagem assumiram o seu papel *credencialista* no interior da sociedade portuguesa, na dependência do Estado, em articulação com uma dimensão científica onde o Saber médico teve um papel importante.

Do ponto de vista moral, a enfermeira devia caracterizar-se como um elemento obediente, rigoroso, moralmente bem preparado, vocacionado para auxiliar e não questionar o médico, alegre e bondosa. Este ideal-tipo de enfermeira responderia aos interesses de uma época, alterando-se gradualmente mais tarde a partir dos anos 60, embora com maior fôlego na década de 70, para uma outra concepção onde imperava o saber reflexivo sobre a acção e onde a enfermagem passava a interpretar o Ser Humano na sua globalidade e não como um conjunto de “peças” ausentes de “emoção”. Os diferentes saberes científicos onde a enfermagem se apoia assumem aqui particular destaque na emergência desta actividade profissional sobretudo a partir dos anos 70.³⁶⁶

³⁶⁶ Cf. HORTA, Wanda Aguiar, “Enfermagem: Teorias, Conceitos, Princípios e Processos”. *SERVIR*, Vol. 22 (1), 1974.

Cf. HENDERSON, Virginia (1961), *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*, Loures: Lusodidacta

Cf. MACCLAIN, M. Esther e GRAGG, Shirley Hawke (1970), *Princípios Científicos da Enfermagem*, Editora científica, 1970.

Cf. “Introdução”. *SERVIR*, vol. 26 (1), 1978.

Vejam agora as formas de acesso às escolas de enfermagem, na segunda metade do século XX, tomando como arena ilustrativa o caso específico da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1988) de modo a facilitar e a concentrar o nosso discurso.

2.2.1. As habilitações literárias

Até à década de 40, as habilitações exigidas para o ingresso numa escola de enfermeiros eram baixas o que constituiu “(...) durante muitos anos, um obstáculo à promoção da profissão, tendo contribuído também para facilitar o treino de obediência a que estas/es alunas/os foram sendo submetidas” em relação a outras profissões, nomeadamente a médica³⁶⁷. A reforma de 1947 apresentou-se como o primeiro sinal de exigência relacionada com os requisitos habilitacionais que permitiam aos candidatos realizar o exame de aptidão. O 1º ciclo do ensino liceal era a norma para o curso geral de enfermagem e a instrução primária para o curso de auxiliares.

Ao entrar na década de 50, como já salientamos, existiam em Portugal vários cursos relacionados com a enfermagem destacando-se, pela sua importância, o curso de Auxiliares e de Enfermagem Geral. A relevância do curso de Auxiliares prende-se com a falta de pessoal relacionado com a enfermagem que havia naquela época. Por outro lado, este curso permitia uma integração nas instituições de saúde mais rápida dado que a formação académica era pouco mais de um ano lectivo. A reforma de 1952 salientava, tal como a de 1947, que as habilitações literárias deviam ser comprovadas documentalmente. Além da exigência habilitacional havia um exame de aptidão como requisito a cumprir. A admissão ao exame de aptidão manteve-se num nível de exigência baixo e consequentemente de fraco reconhecimento dos percursos formativos das alunas de enfermagem.

O quadro seguinte mostra quais eram os critérios gerais de admissão aos cursos de enfermagem. A entrada nos cursos caracterizava-se pela faixa etária que se podia iniciar aos 15 anos de idade, mediante uma autorização especial do Ministro do Interior, e terminar aos 35 anos, também com um pedido especial a partir dos 30 anos. A robustez física e a necessária inspecção médica era condição essencial ao ingresso na

³⁶⁷ ESCOBAR, Lucilia (2004), *Op. cit.*, pp. 65.

escola de enfermagem. Além destes requisitos o exame de aptidão foi exigido até certa altura, assim como um comportamento moral irrepreensível.

Relativamente às habilitações literárias, o quadro mostra que os requisitos exigidos para o ingresso nos dois principais cursos de enfermagem (Auxiliares e Enfermagem Geral) eram os mesmos da reforma de 1947. Para ingressar no curso de Auxiliares de Enfermagem o candidato deveria possuir a instrução primária e no caso da Enfermagem Geral o 1º ciclo do ensino liceal. Nesta reforma colocava-se a possibilidade de dispensar o exame de aptidão ao curso de enfermagem geral desde que os candidatos possuíssem o 2º ciclo do curso liceal ou equivalente. Constatamos que era dada preferência aos candidatos com melhores habilitações literárias³⁶⁸. Maior exigência dos requisitos habilitacionais ajudavam a promover o prestígio de uma actividade profissional em emergência perante a sociedade e os diferentes grupos profissionais com que lidavam. Por outro lado, a ideia da escolha dos indivíduos mediante “exame apropriado” permitia criar condições de selecção de determinados alunos que servissem os interesses médicos face a outros indivíduos que poderiam não satisfazer da mesma forma esses ideais de obediência e resignação perante a autoridade médica. Esta visão redutora da enfermagem face à medicina alterou-se gradualmente a partir da década de 60 do século XX.

Tabela 4 – Admissão às escolas de enfermagem em 1952.

Regulamento das Escolas de Enfermagem, segundo o Decreto – Lei nº 38 885 de 28 de Agosto de 1952.		
Cursos	Condições	Observações
Critérios Gerais de Admissão.	Idade não inferior a 18 anos nem superior a 30.	Podiam ser admitidos alunos entre os 15 e os 18 anos e entre os 30 e os 35 anos mediante uma autorização especial do Ministro do Interior depois de ponderadas as circunstâncias de cada caso apresentado.
	Robustez física e condições necessárias ao exercício da profissão.	Os candidatos deviam ser submetidos a uma inspecção médica.
	Habilitações literárias comprovadas documentalmente e exame de aptidão.	

³⁶⁸ Decreto nº 38885 de 28 de Agosto de 1952 – “Regulamento das Escolas de Enfermagem”.

	Comportamento moral irrepreensível.	
Auxiliares de Enfermagem	Instrução Primária	Tal como acontecia no Decreto-Lei nº 36 219 de 10 de Abril de 1947.
Enfermagem Geral	1º ciclo dos Liceus ou Equivalente.	Seria dispensado do exame de aptidão ao curso de enfermagem geral os candidatos habilitados com o 2º ciclo do curso liceal ou habilitações equivalentes.
Enfermagem Complementar e de Monitores	2º ciclo do curso dos liceus e três anos de prática hospitalar.	Informações de serviço prestadas por uma entidade idónea. Eram também propostos para admissão a estes cursos os enfermeiros de 1ª classe dos hospitais oficiais com boas informações de serviço. Se o aluno tivesse informação escolar de Muito Bom, o período de prática hospitalar seria reduzido para um ano. Caso o aluno tivesse como classificação final a nota de Bom o período de prática hospitalar necessário seria de dois anos.
Enfermeiros Especializados	Curso de Enfermagem Geral.	
Auxiliares Especializados	Curso de Auxiliar de Enfermagem.	

Fonte: Decreto – Lei nº 38 885 de 28 de Agosto de 1952.

Em 1965 reconheceu-se a necessidade de aumentar o nível das habilitações literárias requeridas para o exame de admissão às escolas de enfermagem, correspondendo, este período ao do aumento da escolaridade mínima, em Portugal, para seis anos³⁶⁹. A partir desta data, embora com um período transitório de 5 anos, os alunos deviam possuir o 1º ciclo dos liceus ou equivalente, para o ingresso no curso de auxiliares de enfermagem e o 2º ciclo dos liceus, ou equivalente, para o curso de enfermagem geral. O aumento da escolarização acompanhou o aumento da respeitabilidade académica e profissional perante o Estado e a Sociedade. Do ponto de vista legislativo a justificação assumida para o aumento da exigência da escolarização era a seguinte:

“O ensino de enfermagem sofreu nos últimos anos em todo o Mundo profunda evolução, como consequência de novas exigências derivadas do desenvolvimento das ciências médicas e das técnicas da própria enfermagem. É, pois, necessário continuar entre nós a actualização deste ensino, iniciada com o Decreto n.º 32612, de 31 de Dezembro de 1942, prosseguido depois com a publicação do Decreto-Lei n.º 36219, de 10 de Abril de 1947, e do Decreto-Lei n.º 38884, de 28 de Agosto de

³⁶⁹ ESCOBAR, Lucilia (2004), *Op. cit.*, pp. 68.

1952, e respectivos regulamentos. O sentido dessa actualização deve ser expresso em planos de estudo e programas de tal maneira concebidos que tornem os profissionais aptos para o trabalho de base em qualquer dos campos da saúde: preventivo, curativo e de reabilitação”³⁷⁰.

No caso do curso de enfermagem complementar o requisito passava a ser o 3º ciclo do ensino liceal, ou equivalente, acrescidos de três anos de exercício de enfermagem em serviço idóneo. Para os cursos de enfermagem ou auxiliares de enfermagem especializados era necessário possuir o curso de enfermagem geral ou o de auxiliares de enfermagem, respectivamente. Aos poucos, a enfermagem apresentava-se como um domínio mais respeitado inter e intra profissional embora na dependência do Estado, para poder agir na sociedade.

Neste decreto surge, ainda, indicação de que poderiam ser estabelecidos exames de admissão “para os candidatos que há mais de dez anos tenham terminado a preparação literária exigida, como habilitação, para admissão aos cursos de enfermagem”³⁷¹ geral e de auxiliares. Além disso, durante o período transitório de cinco anos, o Ministro da Saúde e Assistência podia autorizar “a admissão de candidatos habilitados com o 2º ciclo dos liceus no curso de enfermagem complementar, com o 1º ciclo no de enfermagem geral e com a instrução primária no de auxiliares de enfermagem. A estes alunos será exigido exame de aptidão”³⁷². Esta excepção constituía, por um lado, uma forma de não quebrar a procura dos cursos e, por outro lado, um modo de favorecer os alunos que possuíssem experiência clínica no interior das instituições hospitalares. No fundo o que estava em causa era a valorização da prática a par de um processo de aumento da exigência da escolarização que estava prevista com a reforma de 1965. A maior exigência no acesso aos cursos de enfermagem conduziu ao reforço de uma identidade profissional relacionada com a construção de competências relegando para um segundo plano a questão da enfermagem aliada a uma *vocação feminina*³⁷³. A extinção do curso de auxiliares de enfermagem, em 1974, também contribuiu para o reforço da identidade profissional da enfermagem dado que passa a existir apenas uma única categoria de enfermeira/o, reforçando social e profissionalmente a posição do grupo.

A partir de 1979, com o objectivo da transformação das escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem, passou a ser exigido o 3º ciclo dos liceus para o

³⁷⁰ Decreto nº 46448 de 20 de Julho de 1965.

³⁷¹ Decreto nº 46448 de 20 de Julho de 1965.

³⁷² Idem.

³⁷³ ESCOBAR, Lucília (2004), *Op. cit.*, pp. 68.

ingresso no curso de enfermagem, tal como podemos observar no quadro construído abaixo com a evolução dos requisitos habilitacionais desde 1947.

Tabela 5 – Evolução dos requisitos habilitacionais ao curso de auxiliares e enfermagem, na segunda metade do século XX.

Cursos/Reformas	1947	1952	1965	1979	1988	Observações
Auxiliares de Enfermagem	Instrução Primária	Instrução primária	1º Ciclo liceal	_____	_____	Termina em 1974/75. É constituído o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem.
Enfermagem Geral	1º Ciclo liceal	1º Ciclo liceal	2º Ciclo liceal	Curso complementar dos liceus	Curso Secundário (12º Ano de escolaridade)	Em 1979 podiam ainda ser admitidos candidatos com o curso geral desde que submetidos a um exame de avaliação de capacidade.

Fonte: Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947; Decreto nº 38 884 de 28 de Agosto de 1952; Decreto 46448, nº 160, de 20 de Julho de 1965; Decreto nº 98 de 06 de Setembro de 1979; Decreto-Lei nº 480 de 23 de Dezembro de 1988.

Esta tabela mostra que ao longo da segunda metade do século XX existiu um processo contínuo de afirmação da enfermagem através do aumento da exigência dos requisitos habilitacionais entre a década de 40 e 80 do século XX. Esta evolução contribuiu para a transformação das escolas de enfermagem em escolas superiores e posteriormente para alcançar a integração no subsistema de ensino superior politécnico. Na década de 80, com a integração do ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, o nível das habilitações exigidas ao ingresso nas escolas passou a ser o 12º ano de escolaridade, em convergência com o que acontecia com outros cursos do ensino superior.

O Estado foi cedendo espaço para a enfermagem se desenvolver gradualmente ao longo da segunda metade do século XX. A enfermagem foi-se afirmando enquanto saber relacional que podia ser ensinado e aprendido em escolas especializadas.

A conquista de um mandato para o exercício da enfermagem obrigou à aquisição de um título académico cada vez mais estruturado em torno de vários saberes. O

aumento dos diferentes requisitos habilitacionais favoreceu a construção da respeitabilidade social e profissional em relação ao grupo e alimentou a necessidade da enfermagem procurar afirmar um certo grau de cientificidade como potencial alavanca para a construção de uma jurisdição profissional.

2.2.2. As qualidades físicas: as fichas clínicas

O interesse por um perfil físico adequado às exigentes tarefas hospitalares foi algo que desde a primeira metade do século XX observamos. Isabel Albuquerque D'Orey referia, em 1937, que “poucas profissões há que tanto necessitem uma boa saúde como a de enfermeira”³⁷⁴. Na segunda metade de novecentos a valorização do “corpo” foi ainda maior do que anteriormente. O Estado elaborou circulares onde propunha um perfil ideal de enfermeira/o que deveria ser encontrado no universo dos candidatos às escolas de enfermagem.

As/Os candidatos a alunas/os de enfermagem deveriam ser alvo de um conjunto de inspecções clínicas por norma, e sobretudo a partir da década de 40, efectuados pelos médicos das próprias instituições de formação que, não raras as vezes, aí exerciam tarefas docentes. A preocupação com a saúde física das futuras/os enfermeiras/os começava logo na fase de matrículas às escolas de enfermagem. Os médicos, através do seu saber, exerciam um determinado tipo de poder inspectivo sobre os candidatos a alunos de enfermagem. O objectivo passava pela constituição de um cadastro que ilustrava o percurso clínico do candidato. Os futuros alunos respondiam a inquéritos que permitiam averiguar se existiam, ou não, problemas de saúde capazes de interferir com o desempenho escolar e na futura actividade profissional, nomeadamente na relação com os pares, com os médicos e os próprios doentes.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco, em 1948, previa nos seus estatutos a existência de uma junta médica que possuía o poder de aceitar ou rejeitar candidatos à escola de enfermagem. Esta, encontrava-se dependente da direcção da escola e era composta pelo substituto do director, que presidia, e por dois professores médicos. As suas competências eram quatro: em primeiro lugar, examinar os candidatos ao exame de aptidão e à matrícula na escola de enfermagem. Em segundo lugar, vigiar o estado sanitário dos alunos. Em terceiro lugar, efectuar vacinações e requisitar os exames e

³⁷⁴ OREY, Isabel e Albuquerque (1937), *Moral Profissional da Enfermeira*, Lisboa: Livraria Sá da Costa – Editora, pp. 11.

análises convenientes. Por fim, em quarto lugar, verificar a doença dos alunos que “tenham dado parte de doente”³⁷⁵.

Neste sentido, em 1967 as escolas de enfermagem portuguesas recebiam do Ministério da Saúde e Assistência uma tabela intitulada “*Causas de inaptidão para o ingresso e permanência nas escolas de enfermagem*”. No documento podemos perceber qual era o perfil de uma enfermeira ideal naquela época. Quer dizer, só poderia ser enfermeira se o seu corpo estivesse de acordo com um conjunto de princípios, elaborados pelo Estado, que deveriam ser cumpridos. Assim, as candidatas não poderiam apresentar as seguintes características para serem consideradas aptas, pelo menos nesta “prova”, ao exercício da enfermagem e a aceder à sua prática:

“Estatura inferior a 1, 50m para candidatos do sexo feminino e 1, 55 para o masculino; falta de robustez física manifesta; pé chato; desvios da coluna vertebral ou dos membros comprometendo o seu valor funcional ou originando mau aspecto; perda de um dos membros, de um dos seus segmentos ou de dedos ou dedo com repercussão na função ou originando mau aspecto; Sequelas de fracturas ou de outras doenças ostearticulares, que prejudiquem a função ou provoquem mau aspecto; deformidades de qualquer capócio que sejam intratáveis e produzam perturbações graves ou mau aspecto; tuberculose contagiosa ou evolutiva; sequela de doença pleuro-pulmonar, quando acarrete compromisso da capacidade funcional; asma brônquica ou bronquite crónica; doenças infecciosas crónicas ou incuráveis; ozena; hérnia; tumores malignos, benignos quando origem perturbações ou causem mau aspecto; obesidade e situações disendócrinas graves; cardiopatias; hipertensão arterial persistente, quando de valores definitivamente anormais e não atribuível a reacção psicogénea; doenças renais crónicas ou incuráveis; hemopatias agudas incuráveis, ou crónicas; doenças malignas do sistema retículo endotelial; doenças hepáticas crónicas ou incuráveis; varizes volumosas e outras perturbações da circulação periférica, quando acarretem perturbações funcionais; alopecias incuráveis quando produzindo mau aspecto; dermatoses ou distrofias cutâneas, incompatíveis com o exercício da enfermagem ou que causem mau aspecto; Ametropias de grau superior a 8 dioptrias ou que, após correcção, não atinja a visão de 8/10; cegueira completa de um dos olhos, mesmo com visão normal do outro; doenças da mutilidade ocular em grau acentuado; disфонia acentuada e incurável; epilepsias ou crises ictiformes repetidas; doença do sistema nervoso central ou periférico com perturbações acentuadas da motilidade ou da sensibilidade; esquizofrenia, parafrenia, paranóia e psiconeuroses graves; surdez acentuada; outras lesões ou doenças não claramente expressas nesta tabela que sejam incompatíveis com o exercício da enfermagem”³⁷⁶.

As futuras enfermeiras deveriam possuir um conjunto de qualidades físicas que permitiam construir um indivíduo padrão que fosse identificado com a actividade

³⁷⁵ AEECB – *Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1948).

³⁷⁶ AEECB – Correspondência recebida – Ofício circular enviado pelo Ministério da Saúde e Assistência a 9 de Agosto de 1967 (sublinhado nosso).

profissional. Procurava-se a perfeição física dos candidatos cujo corpo deveria representar essa idealização que o Estado construiu em torno da enfermagem e daqueles que a representavam no terreno. Por isso, os candidatos não poderiam possuir fragilidades físicas, doenças infecto-contagiosas ou do foro nervoso ou mesmo “mau aspecto”.

Esta filtragem denuncia uma intervenção do Estado que controlava as escolas de enfermagem e os seus processos de recrutamento, principalmente de mulheres, para a profissão de enfermagem através da ciência que se encontrava ao seu serviço e onde os médicos tinham uma intervenção relevante. O domínio das entradas e das saídas da instituição e, conseqüentemente, o domínio do grupo profissional a partir das lógicas de recrutamento e dos percursos de formação no interior das escolas de enfermagem era algo controlado de perto pelo Estado.

Neste processo, os médicos assumiam um papel relevante na medida em que, procurando obter maiores privilégios para o agrupamento profissional, servindo o Estado podiam controlar a entrada de novos elementos no grupo socioprofissional das enfermeiras, através das instituições habilitantes para o exercício dessa prática profissional. Estes elementos, que figuraram com enorme representatividade durante décadas nas escolas de enfermagem, contribuíram decisivamente para a construção identitária do grupo. A sua missão era, além de ministrar conhecimentos médicos, seleccionar os seus aprendizes de enfermagem, procurando o desvio do padrão desejado das candidatas à entrada nas escolas. Deste modo ajudaram a construir um grupo profissional na dependência do Estado e filtrado pelo Saber médico, pois era com estes que o grupo iria lidar mais directamente em ambiente de trabalho.

Em 1970, as escolas de enfermagem eram obrigadas a assegurar aos alunos serviços de saúde escolar e assistência médica curativa e de recuperação. Assim, em cada instituição deveria haver um serviço de saúde cujo objectivo era “vigiar a saúde física e mental dos alunos, promovendo o necessário para a sua defesa, em relação com o esforço da aprendizagem”³⁷⁷. Competia a este serviço de apoio à escola examinar os candidatos à admissão e imunizá-los contra doenças transmissíveis; vigiar, por meio de exames periódicos, a saúde dos alunos e professores e a higiene dos locais de ensino; seguir e tratar as doenças que não exigissem internamento ou a intervenção do médico especialista e examinar os alunos que se apresentassem doentes.


³⁷⁷ Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro (artº 23).

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE CASTELO BRANCO
SAÚDE ESCOLAR

Curso de Enfermagem Geral

Nome Ana Terezina Jorge da Costa
Idade 18 Estado solteira Residência Baraçal

INSPEÇÃO MÉDICA ESCOLAR



DOENÇAS ANTERIORES	EXAME OBJECTIVO
Doenças de infância <u>Sarampo</u>	Peso <u>51,8</u> Altura <u>1,55</u> I. P. <u>1</u>
Tuberculose <u>Não</u>	Olhos <u>Normais</u>
Outras doenças <u>Protípeas</u>	Ouvidos <u>Normais</u>
	Fauces <u>Normais</u>
	Aparelho circulatório <u>Normais</u>
	T. Art. Max. <u>14</u> Mn. <u>8</u>
	Aparelho respiratório <u>Normais</u>
	Aparelho digestivo <u>Normais</u>
	Aparelho genito-urinário <u>Normais</u>
	Ossos e articulações <u>Normais</u>
	Sistema ganglionar <u>Normais</u>
	Outros resultados do exame <u>Sítio geral - regular</u>
	EXAME PSICOTÉCNICO

PROVA DE MANTOUX	VACINAÇÕES																					
Microradiografia	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Data</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varíola</td> <td><u>17/9/70</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coqueluche</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Difteria</td> <td><u>12-7-80 / 27-8-80 / 29-8-81</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tétano</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Tifoide</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. C. G. . . .</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vacina	Data	Resultado	Varíola	<u>17/9/70</u>		Coqueluche			Difteria	<u>12-7-80 / 27-8-80 / 29-8-81</u>		Tétano			F. Tifoide			B. C. G. . . .		
Vacina	Data	Resultado																				
Varíola	<u>17/9/70</u>																					
Coqueluche																						
Difteria	<u>12-7-80 / 27-8-80 / 29-8-81</u>																					
Tétano																						
F. Tifoide																						
B. C. G. . . .																						
100 U. 10 U. 3 U.																						
Resultado da Inspeção { Admitida / Recusada																						

REINSPECÇÃO ESCOLAR TRIMESTRAL

Data	Peso	Resultado de observação

CONSULTAS DO PERÍODO ESCOLAR

Data	História	Observações	Terapêutica

DOENÇAS DURANTE O PERÍODO ESCOLAR

Data	Diagnóstico	Terapêutica	N.º de dias de doença


Data	Registo de saída	Estado de saúde ao sair da escola

Ilustração 4 – Ficha clínica (em cima frente; em baixo verso) de uma aluna que entrou na Escola de enfermagem em 1970 (AEECB - Fonte: Processos biográficos de Alunos/as da Escola de Enfermagem de Castelo Branco).

Ilustração 5 – Uma ficha clínica da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1986).

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE DR. LOPES DIAS

EXAME MÉDICO DE ADMISSÃO



Curso: Enfermagem geral Ano lectivo de 1987/1
 Nome: Paula C. Duarte Henriques
 Idade: 18 (Data do nascimento, 18/5/1968) Estado: Setúbal
 Naturalidade: Portarrei (França) Profissão: Estudante

Antecedentes hereditários e colaterais:
Nenhuns

Antecedentes pessoais (Doenças e clínicos que as trataram)
Nenhuns

Estado geral:
 Sinais físicos particulares: Nenhuns

Aparelho locomotor: Nada

Aparelho cardio circulatório:
 Auscultação cardíaca: N. alt
 Tensão arterial: Mx. 130 Mn. 80 / 0 (Método _____)
 Varizes: _____
 Outros sinais: _____

Aparelho respiratório
 Auscultação pulmonar: N
 Outros sinais: _____
 Informação fornecida pelo B. C. G.: _____

Aparelho uro-genital:
 características da menstruação: _____
 Outros sinais: _____

Aparelho digestivo:
 Estado dos dentes: epd
 Outros sinais: _____

Pele e mucosas:
9/17

Sistema nervoso: sem sinais de rdc

Aparelho visual:
 sem óculos com óculos
 Visão { olho direito: 20/20
 olho esquerdo: 15/10

Aparelho auditivo:
 Audição { ouvido direito: W
 ouvido esquerdo: W

Vacinações efectuadas
 Data da vacinação

Anti-varicela: _____ Anti-diftérica: _____
 Anti-tífica (T. A. B.): _____ Anti-polimielítica: _____
 B. C. G.: _____

Exames laboratoriais
 (quando julgados necessários)

1.º hem. g. e. c. g.
 2.º _____
 3.º _____

Registo antropométrico

Peso... <u>62,5 kg</u>	Altura... <u>1,62 m</u>
Perímetro torácico:	Perímetro de cintura
a) Inspiração máxima	Dinamometria:
b) Média	a) Mão direita
c) Expiração máxima	b) Mão esquerda
Capacidade vital:	Índice oficial $\frac{P \text{ Kg.}}{5 (\text{alt}-100)}$ (inferior a 1) $\frac{5}{4}$
Observações:	
.....	
.....	
.....	
.....	
Resultado: <u>afirma</u>	
.....	
.....	
Rubrica do Médico	
<u>[Assinatura]</u>	
Castelo Branco, <u>22/04/1981</u>	

Fonte: Processos biográficos de Alunos/as da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Estas fichas clínicas revelam que os médicos, através do saber que dominavam, procuravam características que pudessem ser prejudiciais ao ingresso na carreira de enfermagem. As fichas que evidenciamos acima foram aplicadas em tempos diferentes. A primeira, foi aplicada desde final da década de 40 até final década de 50, do século XX; a segunda, corresponde aos anos 60 e 70 e, por fim, a terceira inscreve-se, no interior do Portugal democrático, na década de 80.

Observa-se uma evolução significativa nestes inquéritos. O aprofundamento constante das inquirições que os médicos faziam aos candidatos às escolas de enfermagem é uma característica que se manteve ao longo das décadas. Isto é, no início da década de 50, da centúria de novecentos, pretendia-se saber, principalmente, as patologias que a aluna/o sofrera até chegar aquele processo de candidatura. A sua altura, o seu peso, a regularidade das vacinas ou os problemas de natureza pulmonar ou cardiopatias eram outros problemas de saúde impeditivos do exercício da enfermagem e que eram procurados no corpo do candidato através da auscultação médica e de alguns exames apropriados. Este cenário inspectivo continuou nas décadas seguintes, mas ainda mais aprofundado. Por exemplo, em finais da década de 60, início da década de

70, encontramos uma divisão das fichas clínicas mais estruturada e “racional” que procurava não apenas o que dissesse directamente respeito ao candidato, mas também à sua família. Contemplavam-se, nessas fichas clínicas, os “antecedentes hereditários familiares” de um modo mais acentuado e directo. Assim, na ficha clínica da década de 70, que ilustra este ponto, podemos verificar que o médico concluiu que os pais eram “saudáveis”, assim como os 6 irmãos da candidata, construindo-se deste modo um “Histórico” relacionado com a saúde da futura aluna. O registo destas fichas cadastrais iniciava-se com o processo de candidatura do estudante à escola de enfermagem, porém não se ficava por aí.

Na segunda ficha clínica verificamos que estas tinham como objectivo acompanhar o evoluir do estado de saúde ao longo de todo o período de permanência na escola. Neste sentido, observa-se que os médicos deveriam fazer (re) inspecções escolares trimestrais. Verifica-se que existiam locais específicos no questionário para colocar o número de consultas escolares efectuadas pelos estudantes, ou as doenças que os afectaram durante o período de permanência na escola.

Do mesmo modo que se inquiria o corpo logo no processo de candidatura às escolas, também no momento de terminar os cursos se deveria efectuar uma inspecção clínica de forma a colocar o “estado de saúde ao sair da escola”, na respectiva ficha clínica, confirmando-se um acompanhamento clínico constante dos responsáveis pela saúde escolar dos médicos em representação do Estado e da Ciência, face aos estudantes de enfermagem.

A terceira ficha clínica aplicada na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, nos anos 80, reflecte o interesse significativo que continuou a existir sobre o corpo dos candidatos às escolas de enfermagem, apesar das alterações políticas, económicas, e sociais registadas no pós-25 de Abril de 1974. Nesta ficha clínica, continuou a inquirir-se o corpo dos candidatos, dividindo de uma forma mais simples o questionário, mas igualmente profunda. No questionário, podemos encontrar 15 pontos que eram alvo da preferência analítica dos médicos. Além dos dados “naturais” como o nome do aluno, a idade, o Estado civil, a naturalidade, procurava-se saber sobre os “antecedentes hereditários e colaterais”, “antecedentes pessoais (doenças e clínicos que as trataram)”, “estado geral”, “aparelho Cardio circulatório”, “aparelho respiratório”, “aparelho urogenital”, “aparelho digestivo”, “pele e mucosas”, “sistema nervoso”, “aparelho visual”, “aparelho auditivo”, “vacinações efectuadas (data da vacinação)”, “exames laboratoriais (quando julgados necessários)” e “registo antropométrico”.

Em suma, estas informações pretendiam inspeccionar o passado clínico do aluno e dos seus familiares, visavam colher dados ao longo do período de permanência na escola. Estas fichas clínicas correspondem a uma prova documental importante relacionada com o processo de selecção dos indivíduos que ingressavam nas escolas e que mais tarde exerceriam as funções de enfermeira/o, quantas vezes na posição de auxiliar daquele que o seleccionara do ponto de vista clínico, para a escola de enfermagem. O médico possuía no seu diagnóstico a capacidade de seleccionar aqueles que o Estado pretendia colocar no interior das escolas e do agrupamento profissional.

A medicina assumiu alguma importância no processo de construção identitária do grupo das/os enfermeiras/os em Portugal dado que trabalhava de acordo com o que o Estado pretendia encontrar. Os percursos formativos dos candidatos encontram-se envoltos pelo Estado desde o primeiro momento.

2.2.2.1. Inquirir a “alma”: o desvio moral no Estado Novo

Ao longo da segunda metade do século XX foram vários os dispositivos utilizados para recrutar as/os candidatas/os às escolas de enfermagem. Além das questões que tinham a ver com a robustez física e um perfil psíquico adequado, surgiram aspectos de natureza moral que eram tomados em linha de conta na decisão de aceitação, ou não, de um determinado aluno à matrícula numa escola de enfermagem. Neste sentido, o processo credencialista assumiu em si mesmo uma componente moral importante que procurou ser averiguada ao mesmo tempo de todas as outras que temos vindo a descrever.

O Estado desenvolveu uma “política de espírito” que permitia às instituições escolares e aos protagonistas educativos, como os directores das escolas, procurarem detalhes sobre, por exemplo, o passado de diversos alunos candidatos à matrícula nas escolas. É comum encontrarmos no interior dos processos biográficos dos alunos de enfermagem uma declaração passada pelo pároco da localidade de origem do futuro aluno da escola de enfermagem que comprovava o bom carácter moral do candidato. A Igreja participou neste processo embora de uma forma relativamente discreta.

Quando analisamos a legislação, por exemplo o decreto impulsor da reforma de 1952, percebemos que o Ministério do Interior permitia às escolas de enfermagem completar oficiosamente os dados dos candidatos à matrícula naquelas instituições. Pode ler-se que “a direcção da escola poderá completar oficiosamente as

informações acerca da idoneidade moral dos candidatos”³⁷⁸. Esta prática foi aplicada, por exemplo, na Escola de Enfermagem de Castelo Branco ainda antes da regulamentação de 1952.

Os Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco de 1948 colocavam este problema de um modo muito claro ao referir que os alunos para serem admitidos a exame de aptidão deviam apresentar, além de uma certidão narrativa de nascimento, que encontra-se na maior parte dos processos biográficos dos alunos, e de um documento comprovativo das habilitações literárias, um “atestado de bom comportamento moral e civil” respondendo às exigências legislativas impostas pelo Estado. Estes documentos, como dissemos atrás, eram passados por personalidades com influência do ponto de vista local. Durante a década de 50, os párocos, alguns médicos locais ou autoridades municipais assumiram um papel relevante cujo objectivo era garantir o carácter moral necessário ao exercício daquela actividade profissional, tal como podemos observar na transcrição seguinte:

“Sebastião Esteves Calvário, pároco de Vila de Rei, atesto que Maria de Nazaré Lemos, filha de José Rodrigues (...) e de Maria da Conceição Lemos, natural do lugar de Aveleira desta freguesia de Vila de Rei, de vinte e nove anos de idade sempre teve muito bom comportamento moral e religioso tendo mesmo muita vida de piedade”³⁷⁹.

Porém, no mesmo sentido, podemos ler nos Estatutos daquela instituição educativa que “a direcção da Escola pode officiosamente completar informações acerca do comportamento moral dos candidatos, por meio de inquérito familiar”³⁸⁰. Efectivamente esta prática procurava o defeito ligado não ao corpo mas àquilo que rodeava o candidato do ponto de vista moral.

Entre 1948 e 1952 encontramos um conjunto de referências relacionadas com inquéritos familiares que foram levados a cabo no interior de alguns cursos ali ministrados. O exemplo seguinte revela esta realidade através de um auto-inquérito realizado a um aluno da escola de enfermagem ao qual respondeu do seguinte modo sobre a sua família:

“Graças a Deus a história da minha família não é uma história triste, pelo contrário, e Deus queira que continue sempre bem. Minha mãe casou na quinta do Tojal, onde vivia

³⁷⁸ Decreto nº 38885 de 28 de Agosto de 1952 – “Regulamento das Escolas de Enfermagem”.

³⁷⁹ AEECB – Atestado de bom comportamento moral, 16 de Agosto de 1956.

³⁸⁰ AEECB - Art.º 18, Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, 1948.

com os pais e irmãs, e onde exercia o curso de professora. Meu Pai (...) homem cheio de boas qualidades. Depois de casados, foram os dois exercer os seus cursos de professores na Sertão, uma vila engraçada, pitoresca, com muita beleza natural e meio são.

Há três filhos, meu irmão o mais novo da família mas com 1,80m de altura e bem proporcionado, estudava. Actualmente está cumprindo o tempo militar no Algarve. Minha irmã tirou o curso do liceu, depois resolveu casar-se com o professor de matemática. Todos nós gostamos imenso do marido da minha irmã, é um homem bom, com uma personalidade bem vincada, que sabe o que quer e para onde vai. Trato-o como se ele fosse o meu irmão mais velho, meu afilhado, um amor. A minha irmã era e é muito bonita (...)”³⁸¹.

Procurava-se saber, principalmente, informações sobre o ambiente familiar e sobre a situação laboral dos pais do candidato. Uma assistente social descrevia o ambiente familiar e tecia considerações diversas sobre cada um dos elementos que constituíam o agregado familiar do candidato a aluno de enfermagem. Esta inspecção moral permitia uma visão mais alargada das estruturas escolares em relação aos candidatos e, sobretudo, permitia ao Estado a entrada nas estruturas familiares que deviam ser do domínio privado.

Em suma, procurava-se aferir se os actores educativos possuíam condições adequadas do ponto de vista daquilo que o Estado Novo estabelecera como padrão moral a seguir. A verificação, em relação aos candidatos, de um “comportamento moral irrepreensível” era um passo relevante para a entrada nas instituições de formação e posteriormente no grupo, sobretudo ao longo daquele período. O Estado, enquanto poder exercido sobre as instituições escolares e os indivíduos que a compõem, assumiu um importante papel na activação de dispositivos que permitiram aos actores educativos aferir sobre o interesse de cada candidata/o integrar a escola e, mais tarde, o agrupamento profissional.

Esta procura de elementos de natureza moral em relação aos candidatos prende-se com o objectivo de moralização da sociedade. O Estado, através dos agrupamentos profissionais, a quem cedia um conjunto de recompensas conseguia controlar os indivíduos e exercer uma influência moral permanente no interior das estruturas

³⁸¹ AEECB – *Inquérito familiar – Assistência Social Infantil na Zona de Castelo Branco – documento avulso, 4 dezembro de 1948*. Estes inquéritos caracterizavam-se pelas seguintes partes: 1) Identificação do pai, naturalidade, instrução, morada etc...; 2) Filhos e filhas; 3) Velhos ou inválidos; 4) Trabalho e educação; 5) Antecedentes e estado sanitário; 6) Estabilidade legal da família; 7) Alimentação; 8) Vestuário e calçado; 9) Higiene da habitação; 10) Estabilidade económica; 11) Estabilidade moral; 12) Conclusões; Anexo “Notas complementares da História da Família”.

familiares através de actividades profissionais em emergência como a enfermagem ou a assistência social.

2.2.3. Dos exames de aptidão aos “Exames Nacionais”

O processo de recrutamento dos candidatos, que descrevemos até agora, também possuía como requisito a realização de um exame de admissão às escolas de enfermagem. Nesta fase inicial, o credencialismo tinha assim continuidade com a realização desse exame. Não esqueçamos, no entanto, que este processo é contínuo e não termina com a entrada nas escolas de enfermagem. É um processo dinâmico que acompanha a vida escolar do aluno até à aquisição do seu diploma que o permite exercer legalmente enfermagem no interior da sociedade.

Já tivemos oportunidade de mostrar a importância da medicina no processo de selecção das/os candidatas/os às escolas de enfermagem. Este saber, materializado nas fichas clínicas que evidenciamos, procurava apontar o padrão normal que deveria ser seleccionado contribuindo para a definição do perfil da enfermeira/o. Os exames de aptidão tinham como objectivo averiguar alguns conhecimentos de natureza literária e que indagavam sobre as capacidades intelectuais dos candidatos.

Estes exames (de aptidão) desenvolveram-se, *latus sensu*, entre os anos 50 e os anos 70, da centúria de novecentos devido às baixas qualificações literárias com que os candidatos se apresentavam. Os exames de aptidão tinham a missão de seleccionar e ordenar as/os candidatas/os³⁸² através de provas essencialmente literárias que as/os alunas/os deviam prestar para o efeito. Encontravam-se consagrados nos textos legais, pelo menos, desde 1947. Nesta reorganização do ensino da enfermagem podemos verificar que uma das condições para ser admitido nestas escolas passava por um desses exames. Este mecanismo de selecção continuou a ser aplicado até ao início da década de 70, altura em que terminou. Surgiram, entretanto, outro tipo de mecanismos que avaliavam principalmente a orientação profissional dos futuros alunos como as comissões de integração escolar.

Os regulamentos das respectivas escolas revelam alguns dados relacionados com os exames de aptidão. Por exemplo, através da análise do primeiro regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948) podemos concluir que estes exames

³⁸² Cf. SCOTT, Jonh (2007), “Power, Domination and Stratification – Towards a conceptual synthesis”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 55, pp. 25-39.

eram tornados públicos, através de edital onde constava o programa dos exames, durante o mês de Agosto, pela Secretaria da instituição. Por sua vez, os programas dos exames de aptidão, eram sugeridos pelo Ministério do Interior e, depois, pelo Ministério da Saúde e Assistência que tutelou esta área, sendo obrigatoriamente submetidos à aprovação da tutela que poderia designar um inspector de saúde ou de assistência para a eles presidir³⁸³.

Os exames apenas se realizavam devido aos baixos níveis de escolaridade dos indivíduos que procuravam esta profissão constituindo um factor de desvalorização do grupo e da sua formação. De facto, esta questão aparece clara no regulamento das escolas de enfermagem de 1952, quando se salienta que “serão dispensados do exame de aptidão ao curso de enfermagem geral os candidatos habilitados com o segundo ciclo do curso liceal ou habilitações equivalentes. Esta dispensa porém não abrangia as provas de aptidão profissional”³⁸⁴.

Entre 1948 e 1961 verificamos, através da correspondência recebida na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, que as provas privilegiavam os conhecimentos de natureza literária e cultural, tanto para o curso de auxiliares de enfermagem como para o curso de enfermagem geral. O nível de dificuldade, para um e outro curso, era variável, isto é o curso de auxiliares teria um grau de dificuldade menor e seria menos exigente, em relação ao que era proposto para o curso de enfermagem geral.

No caso do curso de auxiliares de enfermagem as matérias avaliadas diziam respeito àquilo que “(...) vigora para o exame do ensino primário complementar³⁸⁵”. Relativamente ao curso de enfermagem geral as matérias selecionadas para avaliação eram recuperadas dos conhecimentos ministrados nos programas do 1º ciclo do ensino liceal.

Ao longo da década de 50, no curso de auxiliares de enfermagem, privilegiaram-se os conhecimentos de Português, através da construção, pelas/os candidatas/os, de um ditado e uma redacção, tal como a Aritmética onde estas/es deviam aplicar “as 4 operações com números inteiros e decimais”³⁸⁶. Estes exames eram variáveis de ano para ano, na medida em que poderia surgir um terceiro elemento de avaliação. Por exemplo, no ano lectivo de 1953/1954, além de estar prevista a avaliação do Português e da Aritmética acrescentou-se, ainda, uma parte dedicada às Ciências Naturais.

³⁸³ Artigo 27, do Estatuto da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, 1948, pp. 6.

³⁸⁴ Cap. III, Artigo 13, ponto único, do Regulamento das Escolas de Enfermagem, 1952, pp. 4.

³⁸⁵ AEECB – Correspondência Recebida – Circular de 22 de Maio de 1953.

³⁸⁶ AEECB - Correspondência Recebida – Circular de 25 de Outubro de 1952.

No que diz respeito ao curso de enfermagem geral, no ano lectivo de 1952/1953 os candidatos deveriam prestar provas em três áreas distintas: a) Português, onde deveriam elaborar um ditado, uma redacção e proceder, ainda, a uma “análise morfológica e sintática”; b) uma prova de aritmética onde deveriam resolver “problemas compreendendo fracções e regras de três”; c) por fim, eram obrigados a fazer exercícios em língua francesa nomeadamente, a “tradução e resposta a um questionário simples”. No ano lectivo seguinte (1953/1954) acrescentou-se, ainda, a estas provas um ponto relacionado com a História. Neste caso, realçaram-se aspectos no programa do exame de aptidão que deveriam ser avaliados obrigatoriamente:

“Programas:

Os exames de português, francês e aritmética versarão sobre as matérias constantes dos programas do 1º ciclo liceal.

Quanto à História:

1. As grandes divisões de história
Noções muito gerais.
2. Enunciação dos factos principais ocorridos em cada uma dessas divisões.
Sua relação, quando possível, com a história de Portugal.
3. Noções gerais de história de Portugal.³⁸⁷

Posto isto, verificamos que os candidatos de ambos os cursos eram obrigados a passar no exame ou, caso contrário, seriam eliminados. Os alunos que eram classificados com uma média de exames inferior a 12 valores eram submetidos a uma prova oral.

Em termos gerais, esta foi a modalidade que se praticou até 1961, altura em que se reorganizou esta prática. Encontramos um documento que nos dá indicações específicas sobre o modo de funcionamento destes exames a partir do início da década de 60, do século XX, onde o Estado centralizou e coordenou novamente este processo:

“Instruções referentes aos exames de admissão às Escolas de Enfermagem
Ano lectivo de 1961/62

Realizam-se pela primeira vez, no corrente ano lectivo, exames de admissão às escolas de enfermagem com pontos únicos que são fornecidos pela Inspeção da Assistência Social.

³⁸⁷ Idem.

No intuito de habilitar as escolas a resolver dúvidas que possam surgir no seu decurso são fornecidas as seguintes instruções:

- 1 – Os exames têm início, como já foi circulado, nos dias 25 e 26 de Setembro respectivamente para os cursos de auxiliares e geral de enfermagem.
- 2 – As segundas chamadas terão lugar três dias mais tarde – respectivamente 28 e 29 de Setembro.
- 3 – A primeira prova a realizar-se será de Português às 10 horas e a segunda será de aritmética ou matemática às 11 horas e 30 minutos.
- 4 – As provas terão todas a duração de sessenta minutos.
- 5 – A prova de português para admissão a qualquer dos cursos será constituída por um ditado, e por uma redacção que terão respectivamente a duração de 20 e 40 minutos.
- 6 – Na prova de admissão ao curso geral a redacção deverá ter um mínimo de 70 linhas e, na de admissão ao curso de auxiliares, o mínimo de 20 linhas.
- 7- A classificação do ditado será feita em função do número de erros, caligrafia e apresentação.
- 8 – Um número de erros superior a seis será considerado eliminatório.
- 9 – Quatro faltas constituem um erro.
- 10 – Por cada erro será descontado um valor.
- 11 – Os erros repetidos contar-se-ão como um único erro.
- 12 – A classificação da redacção será dada livremente pelo examinador que procurará escalonar por ordem de valor os trabalhos dos examinados.
- 13 – A cotação do ponto de português é sempre de 20 valores cabendo 10 valores ao ditado e 10 valores à redacção.
- 14 – As provas de aritmética e de matemática são igualmente cotadas em 20 valores.
- 15 – É a seguinte a cotação de cada uma das perguntas:

A – prova de matemática – 1ª e 2ª chamadas

- | | |
|--------------|-----------------------------|
| 1.ª pergunta | – 4 valores |
| 2.ª | // - 3 // |
| 3.ª | // - 4 // |
| 4.ª | // - 4 // |
| 5.ª | // - 5 // (2,5 cada alínea) |

Total 20 valores

b – prova de aritmética – 1ª e 2ª chamadas

- | | |
|--------------|-----------------------------|
| 1.ª pergunta | – 4 valores (2 cada alínea) |
| 2.ª | // - 3 // |
| 3.ª | // - 4 // |
| 4.ª | // - 3 // |
| 5.ª | // - 4 // (1 cada alínea) |
| 6.ª | // - 2 // |

Total 20 valores

16 – Os envelopes deverão ser abertos apenas no momento da realização das provas³⁸⁸.

³⁸⁸ AEECB – Correspondência Recebida – Circular de 09 de Setembro de 1961.

Ora, concluímos através desta circular que existia um sistema de avaliação proposto pelo Estado que incidia sobre os exames de aptidão onde podemos compreender quais eram os critérios de avaliação aplicados pelos avaliadores. O documento que acabamos de transcrever encontrava-se articulado com o regulamento dos exames de aptidão que pouco tempo antes as escolas de enfermagem receberam. Neste regulamento podemos verificar como decorria todo o processo de organização dos exames e as práticas inspectivas promovidas pelo Estado.

“ Para os devidos efeitos, levo ao conhecimento de V. Ex^a. que por despacho Ministerial de 29 de Maio findo, foram aprovadas as seguintes normas para regulamentação dos exames de aptidão às escolas de enfermagem:

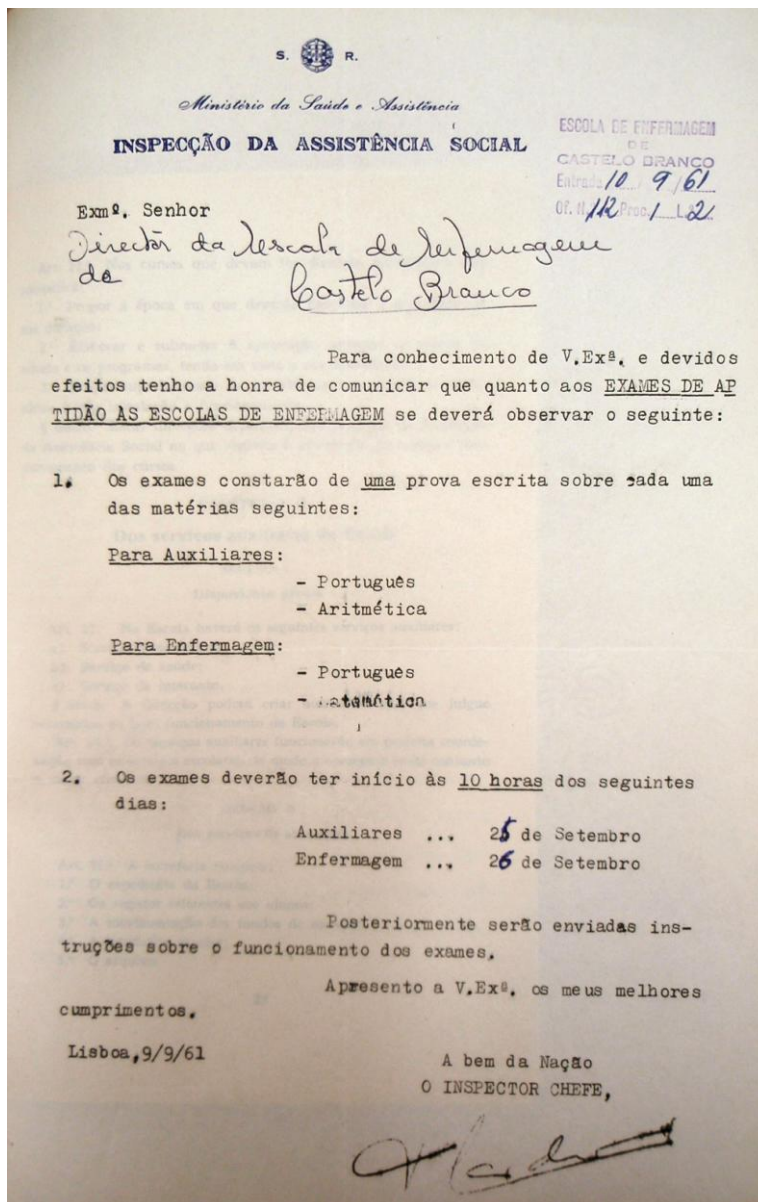
1. – Cada candidato deverá juntar ao seu requerimento uma declaração pela qual se compromete a não requerer admissão a outra escola.
2. – Cada escola deverá enviar à Inspeção da Assistência Social a relação dos candidatos admitidos a exame de aptidão. A Inspeção marcará o dia do exame que deverá ser o mesmo para todas as escolas do país.
3. – O ponto será elaborado pela I.A.S. [Inspeção de Assistência Social], e será o mesmo para todas as escolas. Será confiada à Direcção da Escola em envelope lacrado, que só será aberto pelo júri no momento da prestação da prova. A Inspeção fornecerá igualmente ao júri, normas de valorização das respostas, destinadas a assegurar quanto possível a uniformidade do critério de classificação.
4. – Em cada cidade onde haja exames, um elemento do corpo Inspectivo percorrerá, quanto possível, as escolas a fim de verificar o cumprimento destas normas e o bom andamento das provas, e sempre que possível, participará na classificação das mesmas.
5. – As escolas enviarão à I.A.S. no prazo de 8 dias, a lista dos candidatos admitidos e excluídos.
6. – Esta regulamentação será posta em vigor a título provisório e experimental, na próxima época, a fim de, contando com os resultados, se estabelecer o regulamento definitivo³⁸⁹”.

Os exames eram um importante mecanismo de selecção e de poder sobre os indivíduos que pretendiam ingressar nas escolas de enfermagem, em Portugal. O Estado, utilizando a ciência através dos seus mecanismos inspectivos, apropriou-se desta competência de recrutamento, na medida em que os exames de aptidão passavam

³⁸⁹ AEECB – Correspondência Recebida – Circular de 07 de Junho de 1961 (Regulamento dos exames de Aptidão assinado pelo Inspector chefe Francisco J. de Magalhães Cardoso).

primeiro pelo poder central e só no dia do exame os docentes das escolas tinham contacto com as respectivas provas de admissão.

Ilustração 6 – Circular proveniente do Ministério da Saúde e Assistência sobre as datas dos exames de aptidão a realizar no início do ano lectivo de 1961/1962.



Fonte: AEECB – Livro de Correspondência recebida, 1961.

Estes exames, como dissemos, realizaram-se até à década de 70, iniciando-se a partir daí um novo entendimento sobre o processo de selecção das/os candidatas/os, como aliás a portaria nº 34 de 1970 refere a este propósito:

“Acaba-se com o exame de aptidão, puramente literário. Esse exame justificava-se quando as habilitações mínimas permitiam número excessivo de candidatos que era

impossível estudar detidamente antes de admitir à matrícula. Agora que os novos requisitos situam o recrutamento em níveis que já não devem ser sujeitos a provas de pura informação escolar, vamos claramente para a orientação profissional dos candidatos”³⁹⁰.

A década de 70 apresentou-se como um período de transformação³⁹¹, no que diz respeito ao entendimento sobre aqueles que se candidatavam às respectivas instituições educativas. Surgiram as comissões criadas nessa década, para verificar a aptidão dos candidatos para os lugares nas escolas, embora com uma dimensão sobretudo ética.

Foi a partir desta portaria que “foi publicado o «Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem», aplicável às Escolas Artur Ravara, Ângelo da Fonseca, do Hospital de Santa Maria e do Hospital Escolar de S. João”³⁹². Este documento, segundo Ana Isabel Silva, poderia ser adaptado e alargado às outras escolas de enfermagem independentemente do seu carácter oficial ou particular. No mesmo seguimento, esta autora considera que este texto legal “corresponderia, pois, a uma tentativa de uniformizar o funcionamento das mais importantes escolas de enfermagem oficiais do país”³⁹³. O alcance deste texto foi de tal ordem que “embora com alterações decorrentes sobretudo da Revolução de 25 de Abril, nomeadamente ao nível dos órgãos de gestão, o Regulamento de 1970 manter-se-ia até aos anos de 1990, o que demonstra o seu carácter avançado”³⁹⁴.

Este regulamento olhou de outro modo para a importância da integração e da orientação profissional dos alunos no interior da cultura das instituições educativas, criando para o efeito as Comissões de Integração Escolar. Embora se alterasse a forma, o princípio era o mesmo: o Estado através, desta vez, de outros *experts* controlava as características de natureza ético-profissional dos candidatos que entravam nas escolas de enfermagem. Estas comissões eram constituídas por especialistas do “psi”, isto é por psicólogos e pedagogos, que participavam activamente neste processo de integração dos alunos no interior de um “novo mundo” que se lhes afigurava. Recuperemos, a este propósito, o que diz o Regulamento de 1970 quanto ao fim dos exames de aptidão:

³⁹⁰ AEECB - Portaria de 34/70 de 14 de Janeiro de 1970 (Pasta regulamentos).

³⁹¹ Convém salientar que não estamos a falar no sentido político, mas numa dinâmica própria do Ministério da Saúde e Assistência e das escolas de enfermagem, em paralelo com a estruturação das carreiras da área da saúde, que corresponde ao início dos anos 70, como teremos oportunidade de verificar.

³⁹² Portaria de 34/70 de 14 de Janeiro de 1970 (Pasta regulamentos).

³⁹³ SILVA, Ana Isabel, *Op. Cit.*, pp. 326.

³⁹⁴ *Idem*.

“Teremos inevitáveis dificuldades nos primeiros anos, mas importa revelar que a Escola de Ensino e administração de Enfermagem já tem estudos sobre as características desejáveis para a profissão em termos de possibilitar a elaboração de profissiograma nacional. E há a esperança de que vão surgir pedagogos e psicólogos bastantes para ajudar as escolas nesta melindrosa tarefa”³⁹⁵.

As Comissões de Integração Escolar passavam a desenvolver um importante papel nas questões relacionadas com os problemas de natureza disciplinar, orientando, do ponto de vista educativo as/os alunas/os e inculcando princípios de ordem deontológica ou ética, apelando à autonomia do próprio educando e substituindo a natureza moral da actividade profissional que o Estado Novo defendera na profissão ao longo das décadas de 40, 50 e 60³⁹⁶.

Declaradamente, aquilo que estava em causa era uma mudança de paradigma nos processos de recrutamento e selecção das/os candidatas/os às escolas de enfermagem. Porém, se os regulamentos anteriores (décadas de 50 e 60) previam um controlo apertado por via das regras impostas, no início do Portugal democrático apelava-se a um maior conhecimento dos alunos, pela via da psicologia, da medicina e da pedagogia, de modo a transmitir noções de autonomia ao próprio indivíduo e a compreender as características de natureza profissional de cada sujeito capaz de dirigir cada um deles para as áreas mais específicas da actividade.

As Comissões de Integração Escolar eram presididas pelo director da instituição e “dela faziam parte um professor e um monitor designados pelo conselho escolar, o médico escolar, o enfermeiro do serviço de saúde escolar, onde o houver, o psicopedagogo em serviço na escola, o presidente da comissão de alunos e um representante da associação dos antigos alunos, quando estiver constituída”³⁹⁷. Estas comissões podiam ainda solicitar colaboração de outros funcionários “assim como de técnicos de serviços estranhos”. Os objectivos da sua constituição, segundo o Regulamento de 1970, eram os seguintes:

“A comissão de integração escolar tem por objectivo seleccionar os candidatos à profissão e promover a adaptação dos alunos à vida escolar, prevenindo ou remediando os desajustamentos sócio-pedagógicos.

Em especial, compete-lhe:

1º Conduzir a selecção dos candidatos à matrícula;

2º Preparar os programas de acolhimento e integração dos alunos;

³⁹⁵ Regulamento das Escolas de Enfermagem, Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro de 1970.

³⁹⁶ Idem.

³⁹⁷ Idem, art. 16.

3º Promover o acompanhamento e a ajuda dos alunos para prevenir os erros de apreciação ou o inêxito escolar;

4º Propor medidas de integração ou declarar a inadaptação total do aluno à escola;

5º Propor aos órgãos de administração e de direcção as medidas que repute convenientes para adaptar os serviços às necessidades da vida escolar;

6º Promover as experiências pedagógicas e a investigação individual ou em equipa, depois de ter recebido para isso a necessária autorização do conselho orientador³⁹⁸”.

Com a revolução política de 1974 as escolas e os actores educativos passavam a ter outro papel no que diz respeito ao processo de selecção das candidatas a alunas de enfermagem. Segundo Ana Isabel Silva, “entre Maio e Julho de 1976, pelo menos, reuniu mensalmente no Instituto Nacional de Saúde, em Lisboa, uma Assembleia de Delegados de Escolas (...) e dos Sindicatos dos Profissionais de Enfermagem das Zonas Norte, Centro e Sul e do Funchal”³⁹⁹. Nestas reuniões foram tratados assuntos diversos, entre eles a questão do recrutamento das candidatas. A autora refere que “na primeira reunião, a Assembleia definiu os critérios de selecção para a admissão de candidatos ao curso de enfermagem, a aplicar no ano lectivo seguinte, nomeadamente, a experiência de trabalho em serviços de saúde e a residência na área de implantação da Escola, dando-se preferência aos candidatos que evidenciassem maior precariedade de recursos financeiros”⁴⁰⁰. Procedeu-se ao recrutamento das candidatas através de entrevistas levadas a efeito pelas próprias escolas. Este método foi colocado em causa pela ausência de critérios no que toca à selecção dos indivíduos. Na opinião de Ana Isabel Silva, esta entrevista favorecia, muitas vezes, a selecção de estudantes oriundos da própria região como forma de evitar gastos em bolsas de estudo. Este modo de recrutamento trouxe problemas às Comissões Instaladoras das Escolas⁴⁰¹.

Por esta altura, projectavam-se novas soluções para o recrutamento dos alunos como foi o exemplo do projecto dicove. Este projecto foi desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge na segunda metade da década de 70, cujo relatório final foi publicado em 1986 e consistia num projecto de investigação, diagnóstico e aconselhamento vocacional (Dicove). Este trabalho tinha como objectivo fornecer

³⁹⁸ Idem, art. 19.

³⁹⁹ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. Cit.*, pp. 317.

⁴⁰⁰ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. Cit.*, pp. 318.

⁴⁰¹ Deve consultar a obra de Ana Isabel Silva, *Op. cit.* pp. 355. Ver o caso da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

orientações às escolas de enfermagem no sentido de apurarem os seus processos de selecção dos indivíduos mais aptos à exigência daquela actividade profissional.

“Os objectivos (...) definidos seriam: investigar e definir um instrumento operacional de Diagnóstico e Conselho e prepará-lo garantindo condições para a sua utilização, através das seguintes acções: encontrar a matriz vocacional através duma análise profissiografica das funções de enfermagem; Pesquisar os instrumentos em uso no país ou estrangeiro, adaptá-los e criar condições para a sua aplicação, aferição e validação. Aplicar os instrumentos previamente seleccionados e realizar todo o trabalho de análise, tratamento, formulação de hipóteses a partir dos resultados sucessivamente colhidos. Definir finalmente um instrumento de Diagnóstico e Conselho Vocacional”⁴⁰²

Foram enviados, desde 1977 e durante cinco anos, inquéritos a todas as escolas de enfermagem do país “procurando colher elementos que habilitassem a compreender as implicações do processo de selecção existente e das modificações que seria necessário implementar”⁴⁰³. As principais recomendações deste estudo, entre outras, foram as seguintes: definir um instrumento de selecção a utilizar, com forte componente de provas nas áreas de personalidade, interesses, motivação, preferências pessoais e aptidões; criação de uma estrutura de orientação profissional com acção directa nas Escolas de Enfermagem; constituição de um folheto informativo sobre a profissão de enfermagem a fornecer a cada candidato nas Escolas de base no momento da inscrição; aplicar baterias de testes periodicamente. Deste modo poderiam, segundo o relatório, as escolas de enfermagem e o grupo socioprofissional assegurar uma maior definição e clarificação das condições de admissão ao curso de enfermagem. Mais uma vez, a dimensão estatal e científica encontram-se aqui bem presentes no que diz respeito aos percursos académicos e à constituição identitária do grupo profissional.

A integração no Sistema Educativo Nacional veio uniformizar e regular o acesso àquele curso passando a ser necessário fazer provas de acesso ao ensino superior de âmbito nacional de modo a poder ingressar no curso de enfermagem que tinha a duração de três anos com equivalência ao grau de Bacharel.

⁴⁰² REBELO, Mário Sarmiento (relator) (1986) *Relatório Final – Projecto de Investigação, Diagnóstico e Aconselhamento Vocacional (Dicove)*, Departamento de Ensino de Enfermagem, pp. II.

⁴⁰³ Idem.

3. O perfil das/os alunas/os da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1988)

O credencialismo constitui um processo contínuo, dirigido pelo Estado no interior das escolas de enfermagem, de subordinação e acreditação dos indivíduos apontando para um determinado objectivo. Consideramos que o credencialismo é uma importante fonte de poder profissional que permite às profissões posicionar os indivíduos num determinado patamar socioprofissional mediante um reconhecimento prévio das suas capacidades ou aptidões, abrindo caminho para a interpretação, julgamento e solução de problemas que a sociedade pretende ver resolvidos⁴⁰⁴. O reconhecimento do perfil das/os alunas/os que se candidataram e formaram nas escolas de enfermagem, ao longo do arco temporal em análise neste trabalho, assume contornos importantes para a compreensão objectiva daqueles que adquiriram credenciais para exercer legalmente a profissão de enfermagem na sociedade. Para o efeito servimo-nos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco como uma arena ilustrativa dessa realidade num arco temporal que se inicia em 1948 e termina em 1988.

Este momento do trabalho caracteriza-se pela análise que desenvolvemos sobre os alunos que frequentaram o curso de auxiliares de enfermagem, que ali decorreu entre 1948 e 1974; o momento seguinte, corresponde a uma caracterização dos públicos seleccionados para a frequência do curso de enfermagem geral, no arco temporal proposto (1948-1988).

A opção da divisão dos dois cursos em pontos diferentes justifica-se dado que deste modo conseguimos compreender de forma mais precisa a realidade que estamos a estudar e a importância do número de elementos matriculados num e noutra curso como forma de (des) valorização do ensino da enfermagem e da actividade profissional. Depois de analisados os dados dos dois cursos individualmente, tentaremos estabelecer conexões entre os mesmos, permitindo uma leitura mais aprofundada do perfil identitário dos alunos desta instituição educativa. Desejamos que o universo estudado possa representar um fórum ilustrativo daquilo que aconteceu noutras escolas de enfermagem em Portugal. No entanto, devemos salientar que esta escola nasceu num contexto diferente, de interioridade, daquele que existia, por exemplo, nas cidades de Lisboa, Porto ou Coimbra.

⁴⁰⁴ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. cit.* pp. 51.

O nosso objectivo principal prende-se com a necessidade de realçar as características associadas aos dois cursos de enfermagem, todavia aprofundando as características do curso de enfermagem geral, como forma de compreensão do processo de construção identitário deste grupo que procurava credenciais nas instituições de formação, oficiais ou particulares, sob a alçada ao Estado.

3.1. O curso de Auxiliares de Enfermagem: 1948/49 -1973/74.

O curso de auxiliares de enfermagem foi instituído em 1947 com o objectivo de combater a carência de pessoal de enfermagem que se fazia sentir em Portugal. Os requisitos literários de acesso ao curso, entre 1947 e 1965, pautavam-se pela instrução primária. A partir da reforma de 1965, passou a ser necessário possuir o 1º ciclo do ensino liceal ainda que, com o período transitório dessa reforma, até 1970 foi possível, mediante exame de aptidão, a admissão às escolas de enfermagem com a instrução primária.

Este curso caracterizava-se por permitir uma formação rápida. Assim, enquanto funcionou demorava entre 1 ano e 1 ano e meio a formar os seus alunos.

Em 1974 o curso foi extinto passando a existir apenas um único nível de formação em enfermagem. No entanto, como já referimos em ponto precedente, na década de 70 foram constituídos cursos de promoção de auxiliares de enfermagem que permitiram a conversão dos auxiliares em enfermeiros.

A caracterização do universo escolar dos alunos do curso de auxiliares de enfermagem desta escola assenta sobre quatro aspectos principais: em primeiro lugar, procedemos a uma descrição geral dos alunos que procuraram o curso de auxiliares de enfermagem, no arco temporal previsto; em segundo lugar, destacamos a dimensão de género associada, especificamente, ao curso; em terceiro lugar, salientamos as idades de entrada no curso e, conseqüentemente, na instituição de formação; e, por fim, realçamos a proveniência geográfica dos alunos do curso de auxiliares de enfermagem, chamando a atenção para a inserção da escola no contexto regional em que nasceu.

Relativamente ao curso de Enfermagem geral será apresentado em momento próprio logo a seguir à caracterização do curso de auxiliares de enfermagem.

3.1.1. A evolução geral do curso de Auxiliares de Enfermagem (1948-1974)

Ao recolher os dados sobre este curso percebemos de imediato que o número de alunos que o frequentou teria sido elevado. Efectivamente, esta primeira conclusão, ainda no interior do arquivo, veio confirmar-se quando iniciamos a construção de quadros e tabelas que permitiram a análise de fundo sobre os alunos auxiliares de enfermagem que se formaram na Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

A política de formação rápida de pessoal para os cuidados de saúde surtiu algum efeito. As escolas de enfermagem, como esta que agora analisamos, formaram milhares de auxiliares de enfermagem. Na verdade, depressa ultrapassaram o número de enfermeiras que se formavam à época.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco não fugiu a esta regra. Entre o primeiro (1948/1949) e o último curso (1973/1974) de alunos auxiliares de enfermagem, que se formaram nesta instituição, verificamos a existência de um número absoluto de 1265 alunas/os matriculadas/os. O número de diplomados não varia muito em relação ao número de alunas/os matriculados, excepto em momentos pontuais que superam o número de matriculados por motivos diversos como a reprovação em anos anteriores e surgir apenas nos livros de exame final nos anos posteriores⁴⁰⁵. Contamos 1133 alunos diplomados no curso de Auxiliares de Enfermagem, uma diferença pouco significativa para o número de matrículas efectuadas. Por este motivo e porque o arquivo permite uma recolha de dados mais ampla preferimos utilizar os dados que encontramos nos processos biográficos onde se encontra todo o processo de matrícula do aluno.

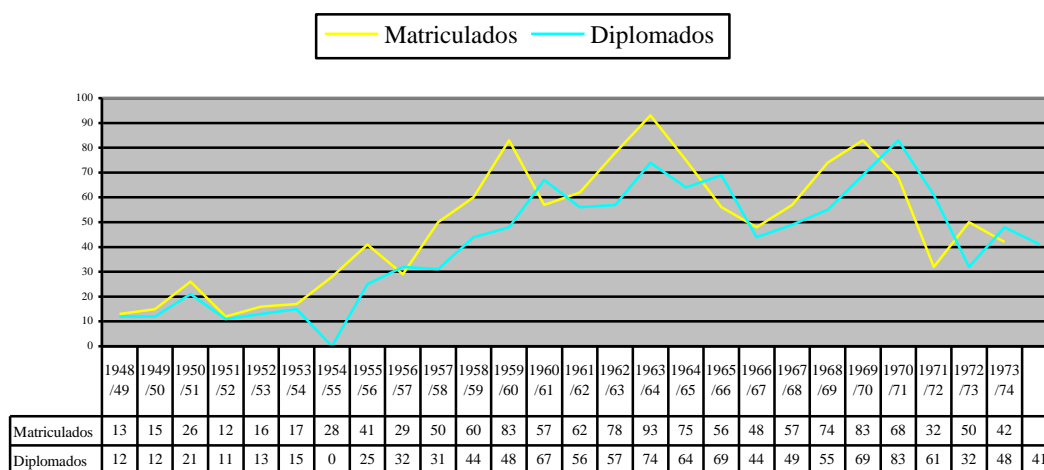
Desde a fundação da escola que o curso teve alunos no curso de auxiliares de enfermagem ainda que, numa primeira fase, com uma expressão não muito elevada. Vejamos, no entanto, o gráfico que se segue de modo a analisarmos as principais tendências relacionadas com a matrícula dos alunos neste curso.

Verificamos a existência de três fases principais definidoras do número de alunos que se matriculou e frequentou o curso de auxiliares de enfermagem. Curiosamente, esses momentos correspondem aos processos de implementação das principais reformas do ensino da enfermagem no Estado Novo. Assim, entre 1948/49 (um ano depois da constituição do curso pela reforma de 1947) e 1953/54 encontra-se a

⁴⁰⁵ Não podemos esquecer que o número de diplomados diz respeito ao número de alunos matriculados de anos anteriores.

primeira fase que vamos referir; a segunda fase, inicia-se em 1954/55 e prolonga-se até ao ano lectivo de 1963/64; por fim, a terceira fase identificada, começa no ano lectivo seguinte (1964/65) e termina com as últimas matriculas no curso de auxiliares de enfermagem (1973/74).

Gráfico 1 – Evolução do número de matriculados/diplomados no curso de Auxiliares de Enfermagem na Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1973).



Fonte: AEECB - *Livros de Matriculas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

Relativamente à primeira fase que propomos, verificamos que o curso de auxiliares de enfermagem da escola albacastrense, quando comparado com a evolução do nº de alunos admitidos ao curso da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, alcançou um número de alunos matriculados razoável⁴⁰⁶. Mesmo assim, escola deparou-se com algumas dificuldades na captação de alunos para este curso, ainda que as habilitações literárias exigidas não fossem elevadas. Não podemos ignorar que era um curso novo, numa área de trabalho com condições difíceis e muitas vezes penosas. Até final da década de 40, o número de alunos matriculados no curso nunca ultrapassou a duas dezenas. Pontualmente, no ano lectivo de 1950/1951, verificamos que o número de matrículas cresceu para 26, primeiro indício da importância que o curso tenderia a ganhar ao longo dessa década. No ano lectivo seguinte (1951/52) as matrículas voltaram a cair para números que caracterizavam o curso no final da década anterior. Deste modo, nesse ano lectivo (1951/1952) matricularam-se na instituição apenas 12 alunos e,

⁴⁰⁶ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. cit.* pp. 428.

no ano lectivo seguinte (1952/1953) matricularam-se mais 4 que no ano anterior. Por fim, no ano lectivo de 1953/1954 encontramos 17 alunos matriculados no curso.

Na segunda fase (1954/55 – 1963/64) o cenário alterava-se profundamente. Neste sentido, no ano lectivo 1954/55 existiu um crescimento significativo, face ao que tinha acontecido anteriormente, do número de alunos matriculados (28) no curso de auxiliares da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. No ano lectivo seguinte (1955/56) o salto seria ainda maior ultrapassando as 40 matrículas, recuando no ano posterior para as 29. De qualquer forma, a partir daí o curso caracterizou-se por um crescimento constante e progressivo até ao ano lectivo de 1963/64. Em 1957/58 matricularam-se 50 alunos. No ano seguinte (1958/1959) encontramos 60 matrículas. No ano lectivo de 1959/60 contamos 83 matrículas, decrescendo nos anos seguintes para a ordem das 60, ainda assim números significativos. Em 1962/63 verifica-se a recuperação do número de matrículas, face aos dois últimos anos, onde se contam 78 alunos matriculados. No ano lectivo de 1963/64, matricularam-se 93 alunos, correspondendo ao ano em que mais elementos se matricularam no curso de auxiliares de enfermagem da escola albicastrense, terminando aqui a segunda fase proposta por nós.

Na terceira fase identificada (1964/65 – 1973/74), apesar do número de alunos continuar elevado, regista-se um decréscimo dos alunos matriculados. No ano lectivo de 1964/65 matricularam-se 75 alunos. No ano seguinte (1965/66), contamos 56 matrículas. Em 1967/67 o número de matrículas (48) caiu para números inferiores aos do ano lectivo de 1957/58 (50). Provavelmente, esta queda ficou a dever-se ao impacto da reforma de 1965, que propunha a subida do nível de habilitações literárias de acesso às escolas de enfermagem da instrução primária para o 1º ciclo, no caso do curso de auxiliares de enfermagem. No entanto, se numa primeira fase o impacto desta reforma pode, de algum modo, ter influenciado a procura deste curso negativamente, isto não se verificou a partir do ano lectivo de 1967/68 até 1970/71 dado que a escola recuperou o número de alunos matriculados (57/74/83 e 68, respectivamente). Esta lufada de ar fresco teve a ver com os anos lectivos finais em que ainda se podia, de acordo com o período transitório da reforma de 1965⁴⁰⁷, concorrer a este curso com o nível de instrução primária. Os últimos três anos lectivos (1971/72; 1972/73; 1973/74) caracterizam-se pelo decréscimo do número de alunos matriculados para valores, no

⁴⁰⁷ Deve consultar-se o Decreto-Lei n° 46448, de 20 de Julho de 1965.

caso específico de 1972/73, de meados da década de 50. No último ano lectivo (1973/1974), matricularam-se 42 alunos no curso em análise.

Em suma, podemos referir que, embora oscilante, a procura do curso de auxiliares de enfermagem, da Escola de Enfermagem de Castelo Branco foi significativa, constituindo a 2ª fase o período do maior número de matrículas que se situa entre meados da década de 50 e o mesmo período da década seguinte.

3.1.1.1. O Género

Na primeira parte deste trabalho salientamos a importância de uma sociedade patriarcal na construção de configurações identitárias⁴⁰⁸. Esta característica, onde o Estado tem um papel importante, permite compreender melhor o processo de emergência deste grupo socioprofissional. Vários autores se debruçaram sobre a importância desta categoria – género - que não deve ser assumida como algo natural, mas construída socialmente e dependente do contexto⁴⁰⁹. Existe uma relação de proximidade entre o sentido de uma sociedade dirigida essencialmente por homens e uma actividade profissional constituída, na segunda metade do século XX, maioritariamente por mulheres. O que se percebe é que as mulheres que se tornaram enfermeiras, embora algumas delas conseguissem ascender socialmente, foi o resultado de um entendimento patriarcal da sociedade que olhava para as mulheres como elementos que podiam exercer no domínio público actividades desenvolvidas na dimensão privada. Esta relação resulta na necessidade de por vezes atendermos às questões de género neste trabalho. Em primeiro lugar dirigindo o nosso olhar para o curso de auxiliares de enfermagem, assumindo que as mulheres caracterizam maioritariamente o curso de auxiliares entre 1948 e 1974, e depois para o de enfermagem geral.

A abordagem que faremos de seguida permite um conhecimento mais profundo sobre um conjunto Homens e Mulheres que procuraram tornar-se auxiliares de enfermagem. Vejamos o modo como se caracterizou e evoluiu o conjunto de pessoas que se matricularam no curso tendo em atenção a dimensão de género.

O gráfico que colocamos abaixo permite uma primeira leitura relacionada com os elementos que procuravam este curso na escola de Castelo Branco. Deste modo,

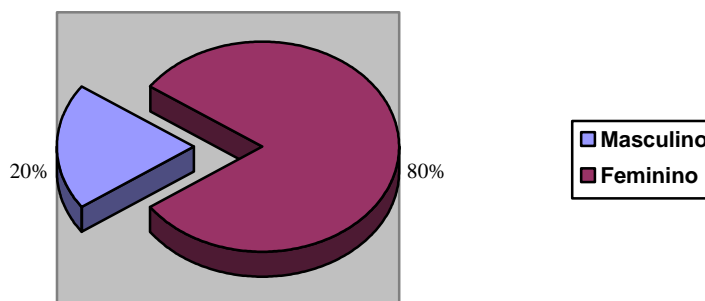
⁴⁰⁸ Cf. WALBY, Silvia (1990) *Op. Cit.*

⁴⁰⁹ Cf. WITZ, Anne (1992); *Op. Cit.*; AMÂNCIO, Lígia (1994), *Op. Cit.*, entre outros.

verificamos que 1018 elementos incluem-se na categoria “género feminino” e 247 na categoria “género Masculino”.

Em termos de percentagem, estes valores são sinónimos a 80% para a categoria “feminino” e 20% para a categoria “masculino”. Esta primeira leitura permite confirmar o nosso ponto de partida. Vislumbramos um público maioritariamente feminino que procurou, ao longo de 25 anos, o curso de auxiliares de enfermagem, ministrado na Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Gráfico 2 – A distribuição total dos alunos em percentagem.



Fonte: AEECB - *Livros de Matriculas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

Os valores integram os discursos sociais e políticos que colocam os cuidados de saúde, entre outras áreas, associados ao público feminino, correspondendo a um prolongamento *natural* das actividades domésticas para uma esfera pública, socialmente aprovada. Este aspecto torna-se extremamente relevante na construção do perfil identitário do grupo socioprofissional ligado ao acto de cuidar. A imagem do grupo, sobretudo a partir dos anos 40 no caso da enfermagem, passou a estar associada formalmente à mulher, dado que o Estado assumiu essa preferência na legislação.

Olhemos, no entanto, com mais pormenor para a evolução do género, em cruzamento com os anos lectivos, que nos permite uma leitura específica do universo apresentado anteriormente. O gráfico seguinte mostra que o curso de auxiliares de enfermagem se caracterizou em todos os anos lectivos por um número superior de mulheres face ao número de homens.

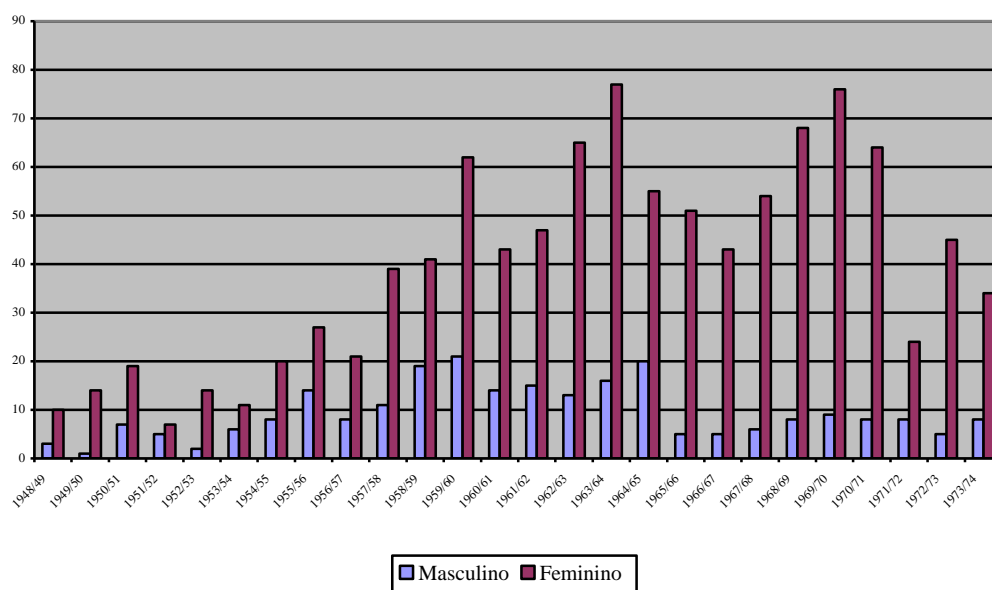
Assumindo as três fases que identificamos no ponto anterior, relacionado com a evolução geral do número de alunos matriculados neste curso, na Escola de

Enfermagem de Castelo Branco, procedemos também aqui a uma análise detalhada no que diz respeito à evolução do género nas 3 fases identificadas (1ª fase – 1948-1953/54; 2ª fase – 1954/55 – 1963/64; 3ª fase – 1964/65 – 1973/74).

A primeira fase, caracteriza-se por um número relativamente baixo de elementos do sexo masculino que procuraram este curso. Assim, no ano lectivo de 1948/49 verificamos que o curso se caracterizava pela matrícula de 3 homens face a 10 mulheres. No ano seguinte, matricularam-se 1 homem e 14 mulheres. Em 1950/51 aumentaram o número de alunos matriculados e isso teve reflexos do ponto de vista dos géneros: 19 mulheres e 7 homens. Já no ano lectivo de 1951/52, com a quebra do número de alunos matriculados, contamos apenas 7 mulheres e 5 homens. Em 1952/53 matricularam-se 2 homens e 14 mulheres. No ano seguinte (1953/54), encontramos 6 matrículas do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

Na segunda fase, acompanhando a tendência do aumento do número de alunos matriculados, verificamos que também cresceu o número de homens inscritos.

Gráfico 3 – A distribuição *genderizada* dos alunos (1948 – 1973)

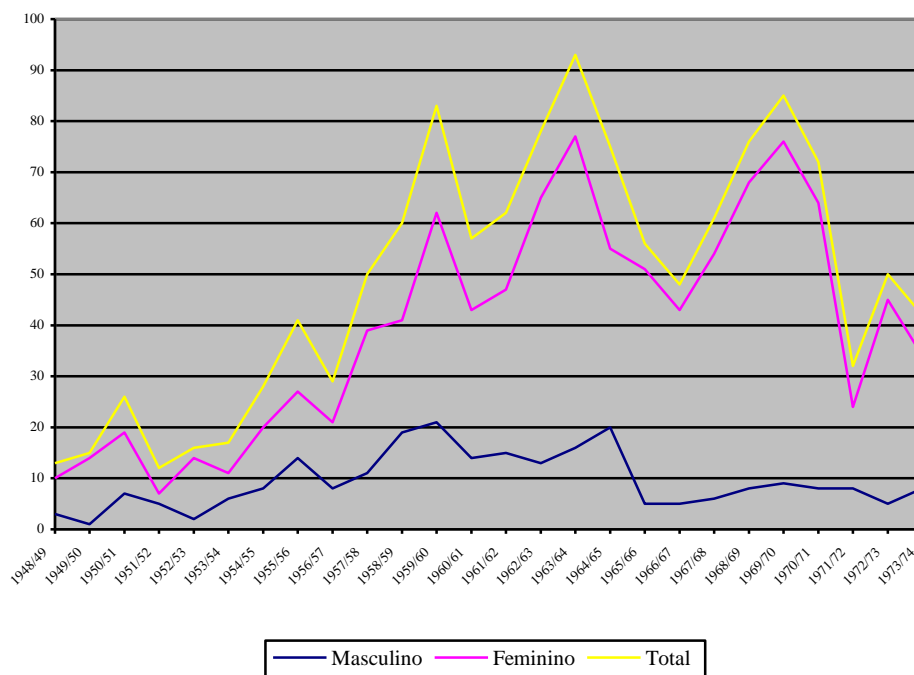


Fonte: AEECB - *Livros de Matrículas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

No ano lectivo de 1954/55, registamos 20 matrículas do sexo feminino e 8 do sexo masculino. No ano seguinte (1955/56), pela primeira vez os homens ultrapassaram a dezena de matrículas (14) e as mulheres aproximaram-se de 30 (27), recuando estes valores no ano lectivo imediato (1956/57). A partir do ano de 1957/58, registou-se um aumento progressivo de homens (11) e mulheres (39) matriculados no curso, até final da

década de 50, face ao ano anterior (1956/57). Assim, em 1958/59 registamos perto de duas dezenas de homens (19) inscritos no curso e mais de 40 mulheres (41). Esta tendência manteve-se no ano lectivo seguinte (1959/60) quando se matricularam 21 homens e 62 mulheres. Ao longo de todo o curso, este foi o ano em que se registou o maior número de elementos do sexo masculino se matriculou na escola. Em 1960/61 notamos uma ligeira quebra nas matrículas (14 homens e 43 mulheres) relativamente ao ano anterior. No ano seguinte (1961/62) matricularam-se 15 homens e 47 mulheres. Em 1962/63, 13 homens e 65 mulheres e, por fim, no último ano (1963/64) da 2ª fase, verificamos que procederam à matrícula 16 homens e 77 mulheres⁴¹⁰.

Gráfico 4 – A evolução geral dos alunos matriculados no curso de auxiliares de enfermagem (1948 – 1973)



Fonte: AEECB - *Livros de Matrículas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

Na terceira fase (1964/65-1973/74), percebemos, em termos gerais, que o número de mulheres inscritas, apesar da tendência de quebra nas matrículas, continuou elevado. No caso dos elementos do sexo masculino assistimos, gradualmente, à diminuição do número de matriculados, em comparação com a fase anterior, e o consequente aumento da presença feminina. Neste sentido, no ano lectivo de 1964/65

⁴¹⁰ Para melhor ilustrar a dimensão deste curso no interior daquela escola, representando uma aposta do Estado Novo, importa referir que chegaram a existir duas turmas de auxiliares de enfermagem (A e B), corroborando a ideia da formação mais acelerada que o Estado Novo pretendia na época.

ainda registamos 20 homens e 55 mulheres matriculados na escola, embora no ano lectivo de 1965/66 encontremos apenas 5 matrículas de homens e 51 de mulheres. A partir deste momento, até ao último ano do curso, o número de homens matriculados nunca ultrapassou a dezena, aproximando-se apenas em 1969/70, com 9 matrículas. No caso do público feminino, entre 1966/67 e 1970/71 verificamos a existência de um número elevado de matrículas, nomeadamente, 43, 54, 68, 76 e 64, respectivamente⁴¹¹. Em 1971/72 contamos 24 matrículas femininas, no ano seguinte 45 e, no último ano (1973/74) 34 registos.

Em síntese, os alunos que se matriculavam neste curso eram maioritariamente mulheres, realçando-se a 2ª fase (meados da década de 50 até meados de 60) como aquela em que mais elementos do sexo feminino escolheram o curso. A presença do feminino foi uma constante ao longo do arco temporal em análise, encontrando-se muitas vezes próxima do número total de elementos (ver gráfico 4). No que diz respeito aos homens, encontramos-os ao longo de toda a análise em número bastante inferior ao das mulheres, comprovando que esta actividade se encontrava ligada principalmente ao género feminino. A existência de um número inferior de homens neste tipo de actividade, pelo menos durante o Estado Novo, demonstra a existência de uma sociedade que reservava um conjunto de actividades específicas para o público feminino prolongar aquilo que era a sua função natural no âmbito privado para o tecido social.

3.1.1.2. As idades

A categoria idade permite compreender quais eram as principais faixas etárias que se matriculavam na Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Na década de quarenta os limites de idade legalmente referidos para integrar o curso de enfermagem situava-se na faixa etária entre os 18 e 30 anos de idade. Na década seguinte, os alunos podiam matricular-se com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos de idade. As idades dos alunos matriculados no curso, possibilitam uma definição mais completa do perfil pretendido pelo Estado quando solicitava um conjunto de requisitos relacionados com o corpo, como a posse de robustez física, que só podiam ser cumpridos no interior de determinadas faixas etárias. Neste sentido, importa conhecer a sua distribuição em termos de idades à data da matrícula naquela instituição educativa.

⁴¹¹ Este momento coincide com os últimos anos em que a reforma de 1965, através do período transitório, permitia a entrada de alunos apenas com a instrução primária, mediante exame de aptidão.

Tabela 6 – A distribuição total dos alunos por média de idades

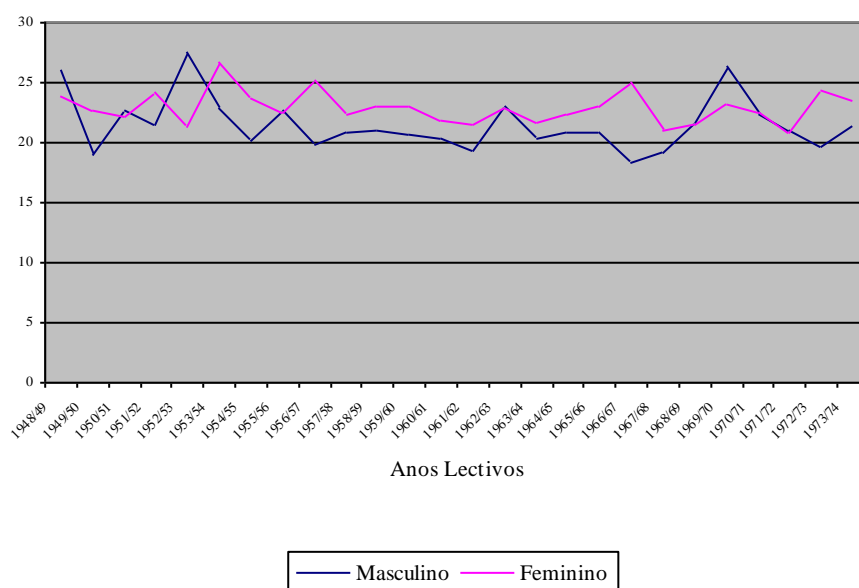
Género	Total Alunos	Média de Idades
Masculino	247	21,20
Feminino	1018	22,90

Fonte: AEECB - *Livros de Matriculas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

A média de idades de entrada dos discentes na escola de enfermagem é diferenciada, de acordo com o género. O género masculino caracteriza-se por uma média de idades de cerca de 21,2 anos; o género feminino situa-se nos 22, 9 anos de idade. A diferença entre o universo masculino e feminino não é significativa.

Para interpretarmos, do ponto de vista quantitativo, de modo mais preciso o que estamos a referir, observemos o gráfico que se apresenta a seguir.

Gráfico 5 – A evolução das médias de idades, por ano lectivo (1948-1973)



Fonte: AEECB - *Livros de Matriculas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

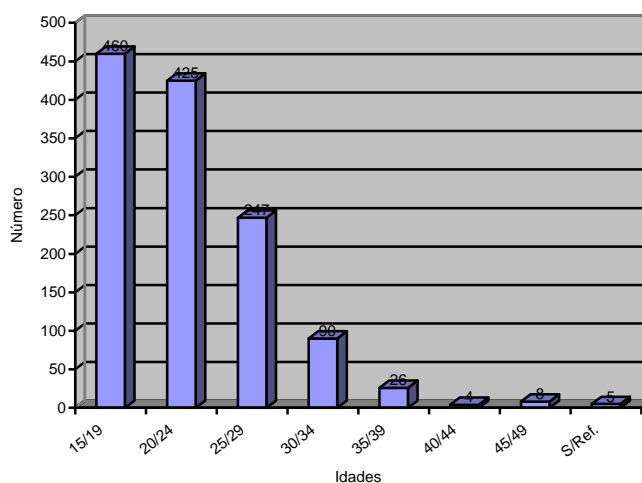
A média de idades das alunas é quase sempre superior à dos alunos matriculados no curso. A excepção encontra-se no início das décadas de 50 e 70 onde, de facto, a média de idades dos alunos ultrapassou a das alunas, embora sem significado dado que recuavam imediatamente no ano lectivo seguinte. O que os resultados gerais já tinham demonstrado este gráfico vem confirmar, na medida em que podemos observar

claramente a linha correspondente ao género feminino quase sempre acima da linha associada ao género masculino.

Apesar da média das idades constituir um elemento importante na caracterização de qualquer amostra, não pode ser interpretada singularmente. Assim, o gráfico que se segue mostra-nos a mesma realidade, mas espalhada em categorias etárias que criamos, de modo a facilitar a compreensão da distribuição total dos discentes do curso de auxiliares de enfermagem da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Neste sentido, verificamos que do universo total de alunos matriculados naquele curso (1265), 460 discentes tinham idades compreendidas entre os 15 anos (muito poucos) e os 19 anos de idade.

Gráfico 6 – Distribuição dos alunos pelas idades em termos absolutos, entre 1948 e 1973



Fonte: AEECB - *Livros de Matriculas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

Na categoria seguinte registamos 425 alunos que se situavam entre os 20 e os 24 anos de idade, constituindo um conjunto bastante preenchido em todos os anos da categoria (ao contrário do que acontecia na primeira categoria (15-19) onde a maioria dos alunos situava-se na casa dos 18 e 19 anos). Depois, embora menos significativo, verificamos que 247 alunos se matricularam com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos de idade. No interior da faixa etária dos 20 anos de idade registamos 672 alunos.

Na faixa etária correspondente aos trinta anos de idade, o número de alunos matriculados não é muito significativo face ao que acabamos de descrever. Entre os 30 e

os 34 anos de idade encontramos 90 matrículas, a que devemos acrescentar 26 para a categoria seguinte (35/39), perfazendo um total de 116 alunos matriculados.

A faixa etária dos 40 anos de idade não tem qualquer significado em termos quantitativos (12 alunos no total). Registamos, apenas, 4 alunos com idades compreendidas entre os 40 e os 44 anos de idade, e 8 alunos na categoria etária seguinte (45-49) entre 1948 e 1973.

Para complementar esta análise, construímos a tabela seguinte com o objectivo de permitir uma leitura, em termos de média, relacionada com os valores das idades registadas nas matrículas divididas por género. Esta tabela encontra-se dividida por anos lectivos e permite uma consulta rápida e precisa sobre a média das idades em qualquer ano lectivo no curso de auxiliares de enfermagem da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Tabela 7 – As médias de idades por género e por ano lectivo

Anos Lectivos	Média de Idades	
	Masculino	Feminino
1948/1949	26	23,9
1949/1950	19	22,7
1950/1951	22,7	22,15
1951/1952	21,5	24,14
1952/1953	27,5	21,35
1953/1954	22,83	26,72
1954/1955	20,25	23,75
1955/1956	22,71	22,55
1956/1957	19,87	25,23
1957/1958	20,90	22,33
1958/1959	21,05	23,05
1959/1960	20,71	23,01
1960/1961	20,35	21,86
1961/1962	19,4	21,42
1962/1963	23	22,90
1963/1964	20,31	21,66
1964/1965	20,8	22,30
1965/1966	20,8	22,96
1966/1967	18,4	24,95
1967/1968	19,16	21,05
1968/1969	21,75	21,47
1969/1970	26,33	23,17
1970/1971	22,37	22,53
1971/1972	21	20,91
1972/1973	19,6	24,35
1973/1974	21,5	23,44

Fonte: AEECB - *Livros de Matrículas dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco*, Livros nº 1,2,3 e 4.

Em suma, a maioria dos indivíduos que se matricularam neste curso tinham idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, apesar da categoria que compreende as idades entre os 15 e os 19 anos constituir, isoladamente, o intervalo onde se regista o maior número de discentes. Em termos evolutivos a média da idade do género feminino encontra-se quase sempre superior ao género masculino. A diferença em termos de idades e de género existe, todavia esta não é significativa dado que ambos se situavam, em média, nos 21 ou 22 anos de idade. Esta é a idade que melhor servia os interesses do Estado na medida em que possuíam o perfil físico e clínico adequado ao serviço de enfermagem nas instituições hospitalares ou outras.

3.1.1.3. A proveniência geográfica

A naturalidade dos alunos constitui um indicador relevante para a definição identitária de um grupo socioprofissional. A proveniência geográfica permite compreender o grau de influência e a importância da Escola de Enfermagem de Castelo Branco nos diferentes quadrantes geográficos, permitindo aferir a sua “amplitude”. Pretendemos conhecer as origens geográficas dos alunos matriculados no curso de auxiliares de enfermagem, da escola que tomamos como exemplo. Procuramos interpretar a importância do aparecimento deste curso na realidade nacional, numa zona do interior de Portugal, através da mobilidade geográfica dos alunos.

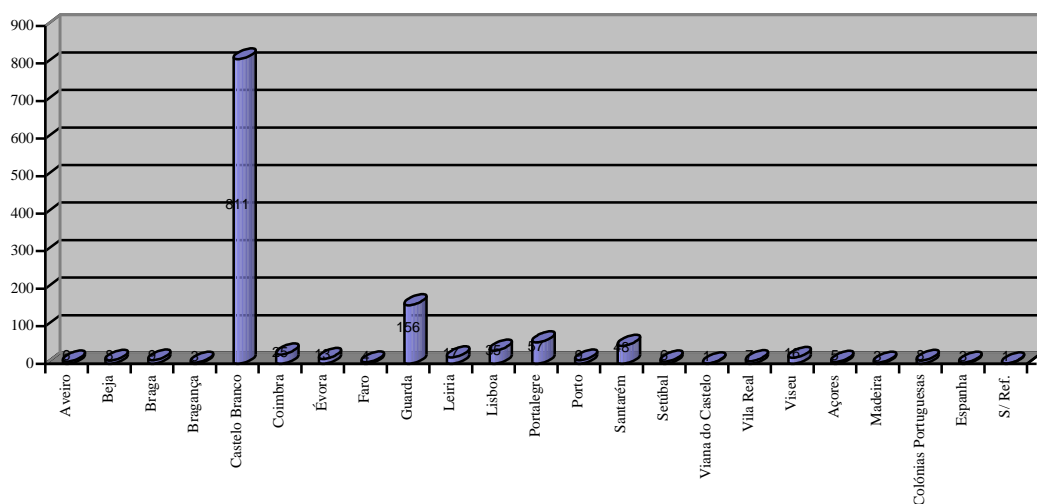
Qual era a proveniência geográfica dos alunos inscritos no curso de auxiliares de enfermagem, da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, entre 1948 e 1973?

Os livros de matrículas dos alunos permitem-nos responder a esta questão e, neste sentido, verificar o alcance geográfico desta instituição educativa e dos seus cursos. Para tentar clarificar a resposta a esta pergunta, construímos o gráfico seguinte com base nos livros de matrículas da instituição albacastrense.

Ao analisar o gráfico percebemos que podemos identificar 3 níveis diferentes relacionados com a origem geográfica dos alunos: o primeiro nível, corresponde ao conjunto de elementos que se matricularam no curso, com origem no distrito de inserção da escola de enfermagem (Castelo Branco). Do distrito de Castelo Branco, de um conjunto total de 1265 alunos que frequentaram o curso, contamos 811 discentes que se matricularam na instituição. Isto é, em termos de percentagem, 64,1% dos alunos eram oriundos do distrito de Castelo Branco, apresentando-se a escola como instituição que procurava responder aos interesses regionais e locais, do ponto de vista da formação

dos auxiliares de enfermagem. No ponto seguinte, pela importância deste distrito, aprofundaremos especificamente este aspecto.

Gráfico 7 – A distribuição dos alunos por distritos (1948-1973) (AEECB)



Fonte: AEECB - *Livros de Matriculas* dos Alunos de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4.

O segundo nível caracteriza-se por um elevado número de alunos provenientes do distrito da Guarda. Deste distrito, contamos 156 alunos matriculados na instituição, constituindo esta região a segunda maior área geográfica de proveniência dos discentes, com 12,33 % de alunos matriculados. Curiosamente, o distrito da Guarda é um dos distritos mais próximos e fronteiriços com o distrito de Castelo Branco.

O terceiro nível identificado diz respeito a outra região fronteiriça do distrito albicastrense, desta vez a Sul: o distrito de Portalegre. Eram oriundos do distrito de Portalegre 57 alunos (4,50%). Incluído neste terceiro nível encontramos, ainda, com alguma expressão, o distrito de Santarém, com 48 elementos matriculados (3,79%) e o de Lisboa com 35 discentes (2,76%). Além dos três níveis principais de proveniência geográfica dos discentes, devemos ainda referir que encontramos 25 alunos provenientes do distrito de Coimbra, 17 do distrito de Leiria, 16 alunos naturais do distrito de Viseu e 13 alunos pertencentes ao distrito de Évora. As regiões de Portugal menos representadas (com número igual ou inferior a 10 elementos) neste universo foram: Aveiro (6), Beja (8), Braga (9), Bragança (3), Faro (4), Porto (9), Setúbal (6), Viana do Castelo (1), Vila Real (7) e as regiões das Ilhas dos Açores (5) e da Madeira

(3); também encontramos, com pouca expressão, alunos provenientes das regiões ultramarinas (8) ou, ainda, de Espanha (3).

Em síntese, verificamos que o maior número de alunos inscritos no curso de auxiliares de enfermagem era oriundo do distrito de Castelo Branco, seguido, embora com enorme diferença, do distrito da Guarda e dos distritos de Portalegre, Santarém e Lisboa. As zonas mais extremas de Portugal, nomeadamente mais a norte ou a sul, assim como as ilhas, são as que se encontram menos representadas neste universo escolar. Estes dados permitem-nos defender que este curso serviu, principalmente, interesses regionais e locais dada a proveniência de mais de 60 % dos alunos. A escola exerceu uma forte atracção à sua volta, funcionando como uma força centrípeta. Assim, à medida que nos afastamos do centro polarizado pela escola de enfermagem o número de alunos começa a decrescer substancialmente. Mas, vejamos particularmente a distribuição dos alunos provenientes do distrito de Castelo Branco.

3.1.1.3.1. A distribuição geográfica das alunas/os: o distrito de Castelo Branco

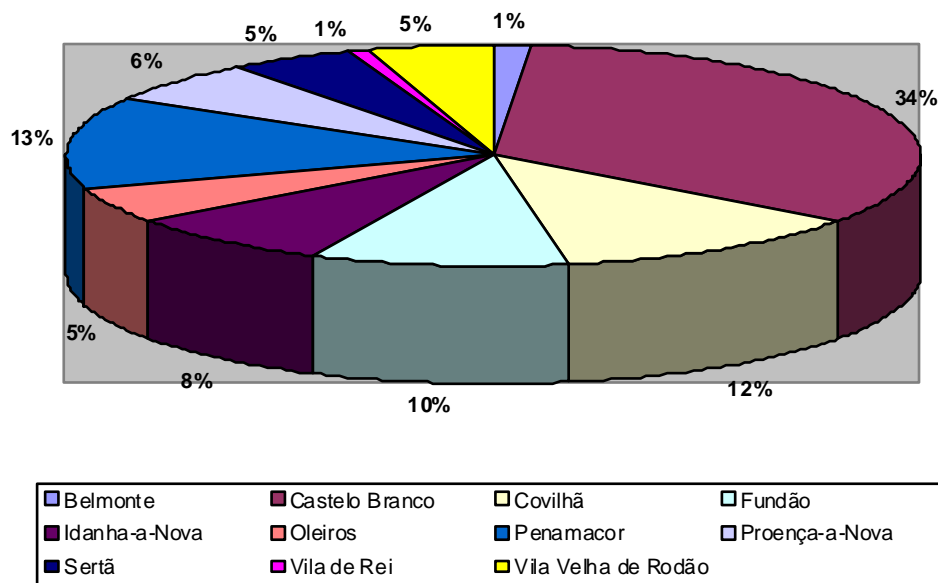
O surgimento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco não foi tarefa fácil. Inicialmente, José Lopes Dias, teve o intuito de criar uma Faculdade de Medicina naquela região, o que se revelou um projecto sem garantias por parte do Estado Novo⁴¹². Não obstante, a perspicácia do seu fundador, aliada com a oportunidade do Estado, permitiu desenvolver uma escola de enfermagem em Castelo Branco. Também as forças locais movimentaram-se no sentido de poderem contar com a presença destes profissionais e de tentar combater o charlatanismo que, apesar de tudo, ainda existia de modo vincado naquele tempo.

Tal como foi referido no ponto anterior, mais de metade dos alunos que frequentaram o curso de auxiliares de enfermagem, na escola albicastrense, era oriunda do distrito de Castelo Branco. Não obstante, qual era a origem geográfica, do ponto de vista concelhio, destes alunos?

⁴¹² Esta referência foi fornecida, informalmente, pelo Engenheiro Manuel Lopes Dias, filho do fundador da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

O gráfico seguinte ajuda-nos a compreender esta realidade permitindo uma leitura pormenorizada.

Gráfico 8 - Distribuição dos alunos pelo distrito de Castelo Branco



Fonte: AEECB – *Livros de Matrículas* do curso de Auxiliares de Enfermagem nº 1 a 4.

Deste gráfico circular surgem três concelhos que se destacam no interior do distrito pelo elevado número de elementos matriculados no curso de auxiliares de enfermagem da instituição educativa. Podemos referir que dos 811 elementos que anunciamos no ponto anterior, 272 pertenciam ao concelho de Castelo Branco, a que corresponde a percentagem significativa de 34% do número total de alunos matriculados.

O segundo concelho que se destaca é o concelho de origem (Penamacor) do fundador da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (José Lopes Dias), cuja acção directiva se iniciou, oficialmente, em 1948 e terminou na década de 70 do século passado, tal como aconteceu, cronologicamente, com o curso de auxiliares de enfermagem. Efectivamente, do concelho de Penamacor surgiu a segunda maior percentagem de alunos distribuídos pelo distrito a que pertence (Castelo Branco). Registamos 108 alunos provenientes de Penamacor (ou concelho), principalmente de Vale do Lobo/ Vale de Nossa Senhora da Póvoa que era exactamente o local de origem

de José Lopes Dias que se colocou, desde a primeira hora, a serviço da sua terra natal, favorecendo a educação daqueles que se queriam dedicar, principalmente, às práticas de assistência ao corpo. Portanto, do concelho de Penamacor encontramos 13% do número total de alunos do distrito de Castelo Branco matriculados naquele curso.

O terceiro concelho que se destacou com um número elevado de matrículas foi o concelho da Covilhã. Deste concelho encontramos 12% dos alunos matriculados, a que corresponde o valor absoluto de 100 discentes, seguido de perto do concelho do Fundão, com 78 alunos matriculados no curso (10%).

Para terminar refiram-se, ainda, os concelhos de Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão cujo número de alunos, embora com maior modéstia, não deixa de ser relevante, respectivamente 8%, 6% e 5% do número total de matrículas. Os restantes municípios tiveram pouca expressão no conjunto dos dados assinalados anteriormente.

Em suma, destacam-se, pelo número significativo, a proveniência dos alunos do concelho de Castelo Branco, do concelho de Penamacor e do concelho da Covilhã, seguido de perto pelo concelho do Fundão.

Estes foram os elementos que conseguimos recolher sobre o curso de auxiliares de enfermagem. Com efeito, sabemos que outros elementos podem ser relevantes para uma análise mais aprofundada sobre este curso, como por exemplo as origens sociais. Não obstante, o nosso trabalho orienta-se mais especificamente para o curso de enfermagem geral dado que era daí que saíam as enfermeiras que caracterizavam o grupo socioprofissional em si, ainda que os auxiliares constituíssem o maior número de elementos que prestavam cuidados de saúde, embora orientados pela/o enfermeira/o.

Depois da caracterização do curso de auxiliares de enfermagem que foi leccionado na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, passemos agora a analisar o curso de Enfermagem Geral.

3.2. O curso de Enfermagem (Geral): 1948/49 -1988/89

As raízes deste curso encontram-se na década de 80, do século XIX, como tivemos oportunidade de explicar no primeiro ponto deste capítulo. O curso de enfermagem geral foi a porta de entrada directa para o grupo socioprofissional das/ os enfermeiras/os portuguesas/es a partir, pelo menos, da década de 40.

Nesta parte do trabalho, tal como fizemos para o curso de auxiliares de enfermagem, versaremos, especificamente, sobre o curso de enfermagem geral entre 1948 e 1988, constituindo-se como objecto de estudo, os alunos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

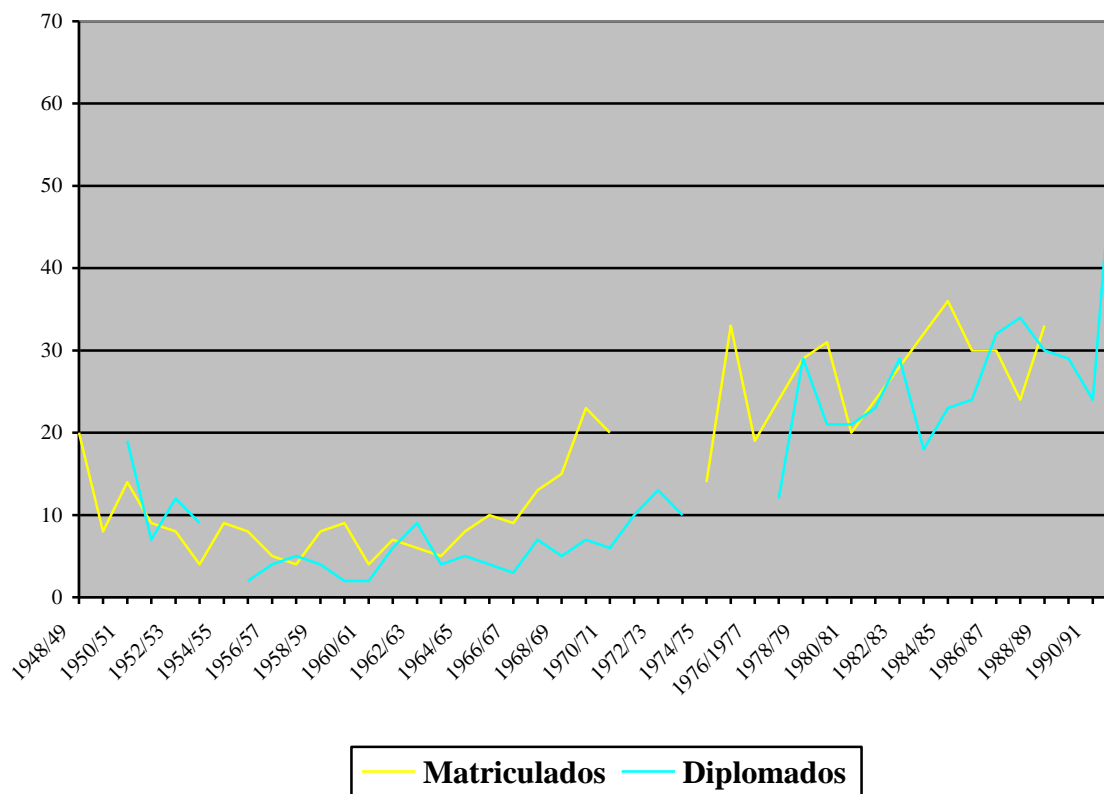
Pretendemos, em primeiro lugar, apresentar a evolução do número de alunos de enfermagem daquela escola; em segundo lugar, atenderemos à dimensão de género e a sua evolução; em terceiro lugar, olharemos para a proveniência geográfica; depois, abordaremos as idades dos alunos matriculados no curso; por fim, analisaremos a origem social dos pais, e conseqüentemente, dos grupos de recrutamento social das/ os enfermeiras/ os portuguesas/ es.

3.2.1. O Número e a Evolução: 1948-1988

O curso de enfermagem geral, no arco temporal em análise, contou com 633 alunos matriculados e 564 diplomados. Assumimos, tal como no curso de Auxiliares de Enfermagem, os dados recolhidos a partir das matrículas dos alunos por serem mais ilustrativos do que pretendemos saber. Se olharmos com detalhe para o gráfico que construímos para o efeito, compreendemos que podemos vislumbrar três momentos principais da linha evolutiva do número de matrículas, que passamos a apresentar: o primeiro momento, corresponde a um período que se situa entre 1948/49 e 1964/1965; o segundo, desenvolve-se entre 1965/66 e 1970/71; e, o terceiro inicia-se no ano lectivo de 1974/75 e prolonga-se até ao ano lectivo de 1988/89.

Relativamente ao primeiro momento (1948/49 – 1964/65), verificamos que o número de alunos que frequentou o curso de enfermagem geral não era elevado. No primeiro ano de funcionamento do curso (1948/49) matricularam-se, no total, 20 elementos. O que parecia, constituir um primeiro indicador de sucesso não se confirmou nos anos seguintes, nomeadamente até meados da década de 60, do século XX. Deste modo, no ano lectivo de 1949/50 registou-se uma quebra significativa no número de matrículas decrescendo de 20, do ano anterior, para 8. No ano seguinte (1950/51), a frequência aumentou, embora não chegando ao número de matrículas do primeiro ano de funcionamento do curso, matriculando-se apenas 14 alunos.

Gráfico 9 – A Evolução geral do número de alunos matriculados/diplomados na Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948 – 1988)



Fonte: AEECB - A construção deste gráfico resultou da consulta de todos os processos biográficos (633) existentes na instituição que utilizamos como exemplo no período previamente estabelecido.

Em 1951/52, o número de alunos matriculados caiu novamente para menos de uma dezena (9). Esta tendência manteve-se até ao ano lectivo de 1964/1965. Assim, no ano lectivo de 1952/53, matricularam-se 8 alunos; no ano seguinte (1953/54), apenas 4 alunos; em 1954/55, encontramos 9 alunos matriculados; no ano imediato (1955/56) registamos 8 matrículas; em 1956/57, efectuaram a inscrição apenas 5 alunos e, no seguinte (1957/58), menos um (4); em 1958/59 e 1959/60, as matrículas voltaram a aproximar-se da dezena (8; 9, respectivamente); ao entrar na década de 60 (1960/61), existiu novamente uma quebra no número de matrículas (4); em 1961/62, matricularam-se 7 discentes; no ano lectivo seguinte (1962/63), efectuaram-se 6 matrículas; em 1963/64, o curso teve apenas 5 matrículas e no ano lectivo posterior (1964/65) matricularam-se 8 alunos. Esta primeira fase revela dificuldades na afirmação do curso e na captação de alunos para esta actividade profissional que, apesar de tudo, exigia maiores habilitações do que o curso de auxiliares de enfermagem. Assim, neste primeiro momento que corresponde a 17 anos de actividade, do universo de 633 alunos matriculados no total, apenas encontramos 136 alunos no curso de enfermagem geral.

Sob o impulso da reforma do ensino da enfermagem de 1965 registou-se um segundo momento (1965/66 – 1970/71) no número de alunos matriculados no curso de enfermagem geral e, conseqüentemente, na frequência do mesmo. No ano lectivo de 1965/66, matricularam-se no curso de enfermagem 10 alunos, decrescendo para 9 no ano seguinte (1966/67). Não obstante, a partir deste momento verificou-se uma recuperação progressiva. Assim, no ano lectivo de 1967/68 matricularam-se 13 alunos no curso; no ano seguinte (1968/69), matricularam-se 15; em 1969/70 efectuaram a matrícula 23 discentes, atingindo a barreira das duas dezenas, número que apenas tinha sido conseguido no ano inaugural do curso de enfermagem geral. No ano lectivo de 1970/71, o número de alunos matriculados foi de 20. Curiosamente, aquilo que parecia ser um novo fôlego na procura do curso de enfermagem geral constituiu apenas um momento de reacção ao aumento do nível de habilitações literárias exigidas pela reforma de 1965. Este momento, balizou-se pelo período transitório do diploma, onde ainda era possível concorrer a este curso com o 1º ciclo do ensino liceal, mediante exame de aptidão, dado que depois de terminado o período transitório as habilitações literárias exigidas passaram a ser, sem excepções, o 2º ciclo do ensino liceal. Assim, verificamos que neste segundo momento (5 anos) matricularam-se, no total, 90 alunos. O fim do período transitório trouxe problemas relacionados com a procura do curso de enfermagem geral na Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Segundo Ismael Martins, nos três anos lectivos seguintes (1971/72; 1972/73 e 1973/74) o curso não foi procurado por alguém “devido à exigência de maiores habilitações”⁴¹³.

Quanto ao terceiro momento (1974/75 – 1988/89) identificado, do ponto de vista da evolução do número de matrículas neste curso, verificamos que corresponde ao período pós revolução do 25 de Abril de 1975, isto é ao Portugal Democrático. Defendemos atrás, na primeira parte do trabalho, que a partir daqui se construíram novos ideais e políticas relacionadas com o bem-estar dos cidadãos, onde a enfermagem assumiu um papel de primeira instância. As escolas de enfermagem responderam aos ideais de um regime político novo que pretendia instalar um Estado de Bem-Estar ou Providência, ainda que tardio face a outras realidades europeias.

⁴¹³ MARTINS, Ismael (1982), *Op. Cit*, pp. 27 (dados estatísticos).

Decreto-Lei nº 46448, de 20 de Julho de 1965, “Art.11. § 2.º Durante o período transitório de cinco anos, pode o Ministro da Saúde e Assistência autorizar a admissão de candidatos habilitados com o 2.º ciclo dos liceus no curso de enfermagem complementar, **com o 1.º ciclo no de enfermagem geral** e com a instrução primária no de auxiliares de enfermagem. A estes alunos será exigido exame de aptidão”.

Esta fase, em linhas gerais, caracterizou-se, com avanços e recuos, por um aumento progressivo do número de alunos que quiseram matricular-se no curso de enfermagem. Assim, no ano lectivo de 1974/75 matricularam-se 14 alunos; no ano seguinte (1975/76), efectuaram a matrícula 33 alunos, ultrapassando, pela primeira vez, as três dezenas; em 1976/77, o número de alunos decresceu (19), porém a recuperação aconteceu logo no ano seguinte, matriculando-se 24 alunos; nos dois últimos anos lectivos da década de 70 (1978/79 e 1979/80) matricularam-se no curso 29 e 31 alunos, respectivamente. Na década seguinte, continuamos a assistir à afirmação deste curso, balizando o número de matrículas entre os 20 e os 36 alunos. No ano lectivo de 1980/81 matricularam-se no curso de enfermagem 20 alunos; no ano seguinte (1981/82) contamos 24 matrículas; em 1982/83 o número de alunos matriculados situou-se nos 28 elementos; um ano depois (1983/84), 32 matrículas; o ano lectivo de 1984/85 caracterizou-se por 36 matrículas, atingindo o número mais elevado de matrículas na vida do curso; nos anos lectivos de 1985/86, 1986/87 e 1988/89 o número de alunos matriculados foi de 30, 24 e 33, respectivamente.

Além da introdução de uma nova visão política para a assistência em Portugal, no período pós revolução de 25 de Abril de 1974, contribuiu para o fortalecimento do curso e do reconhecimento social da actividade profissional o facto de se encontrar prevista, desde a década de 70, a integração no Sistema Educativo Nacional (1986), a aquisição de um diploma de ensino superior (politécnico) e a transformação das escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem. No terceiro momento matricularam-se mais alunos do que nos dois anteriores somados, nomeadamente verificamos 407 matrículas.

Em suma, a evolução do número de alunos matriculados no curso de enfermagem geral caracteriza-se por uma primeira fase de instabilidade e de dificuldade na captação de alunos para o curso. Num segundo momento, há um aumento progressivo do número de alunos que frequentou este curso, reagindo ao período transitório imposto pela reforma de 1965, relacionado com o aumento da exigência ao nível das habilitações literárias. E, por fim, um terceiro momento mais representativo que corresponde ao Portugal democrático que pretendia instalar um Estado-Providência, participando as escolas de enfermagem nesse processo ao nível do aumento do número de alunos matriculados nas instituições e, naturalmente, contribuindo para o processo de implementação de um Estado de Bem-Estar, objectivado por exemplo, pela criação do

Serviço Nacional de Saúde que absorveu centenas de enfermeiras/os que se formaram nas escolas de enfermagem portuguesas.

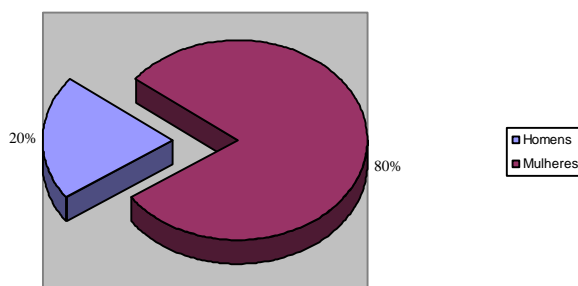
3.2.2. O género

A partir da década de 40, o Estado assumiu formalmente a preferência pelas mulheres no que diz respeito ao curso de enfermagem geral. Construiu-se a ideia de que estas tinham uma missão social própria que, entre outros aspectos, passava por cuidar caritativa e abnegadamente do outro, apostando-se numa “selecção sexual” dos indivíduos de acordo com as tarefas exercidas⁴¹⁴.

Tivemos oportunidade de verificar que no caso do curso de auxiliares de enfermagem o género feminino constituía a maioria dos elementos que procuravam aquele curso. Partimos do princípio, até porque a legislação assim o indica, que vamos encontrar uma realidade próxima relacionada com o curso de enfermagem geral. As escolas de enfermagem desempenharam um papel importante na reprodução destes discursos, sobretudo ao longo do Estado Novo.

O curso geral da Escola de Enfermagem de Castelo Branco representa esta realidade, dirigida essencialmente às mulheres, pelo menos numa primeira fase, até final da ditadura, embora mantendo-se maioritariamente o número de alunas matriculadas face ao número de alunos no período posterior. Observemos, a partir do gráfico seguinte, o número total de alunas e alunos matriculados no curso.

Gráfico 10 – O número total de matriculados por género (1948-1988).



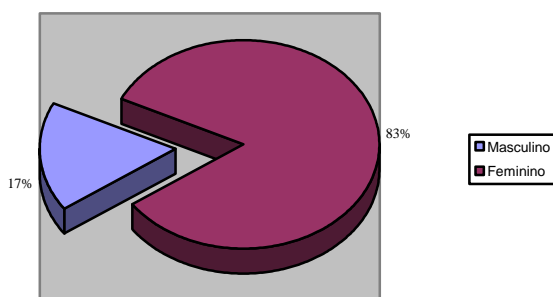
Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

⁴¹⁴ Cf. Por exemplo: ARAÚJO, Helena Costa G. (1990), “As mulheres professoras e o ensino estatal”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n° 29, pp. 83.

Assim, o gráfico mostra que a presença feminina ao longo do arco temporal em análise foi maioritária. Verificamos que, de um universo caracterizado por 633 matrículas no curso geral de enfermagem entre 1948 e 1988, 128 matrículas pertenciam ao género masculino e 505 matrículas ao género feminino, consubstanciando a ideia que defendemos atrás sobre a forte presença feminina no interior destas instituições, e no caso particular, deste curso. Em percentagem, estamos a falar de um conjunto caracterizado por 20% de elementos do género masculino e 80% do feminino.

Para ilustrar de modo ainda mais particular o que estamos a referir, vejamos os gráficos que construímos para o efeito tomando como barreira temporal a revolução do 25 de Abril de 1974. A partir destes gráficos podemos perceber a dimensão dos géneros no interior de dois regimes políticos diferentes no mesmo curso.

Gráfico 11 – O número de alunos por género até 1974

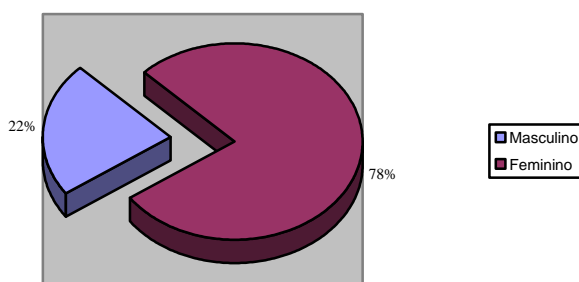


Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

Este gráfico circular confirma as orientações legislativas que o Estado Novo promoveu, no que diz respeito à preferência do pessoal feminino para esta actividade profissional. Até 1974, encontramos 188 elementos do género feminino e 38 do género masculino. Como podemos observar, estes dados traduzem-se em percentagens de 17% para o género masculino e 83% para o feminino.

A partir de 1974, e com as alterações que se faziam sentir na década de 70 relacionadas, especificamente, com a enfermagem, o panorama alterou-se gradualmente. O gráfico que colocamos abaixo representa a continuidade da procura do curso por elementos do género feminino, embora o género masculino comece a ganhar maior expressão face ao período que analisamos anteriormente.

Gráfico 12 – A evolução dos alunos entre 1974 e 1988



Fonte: AE ECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

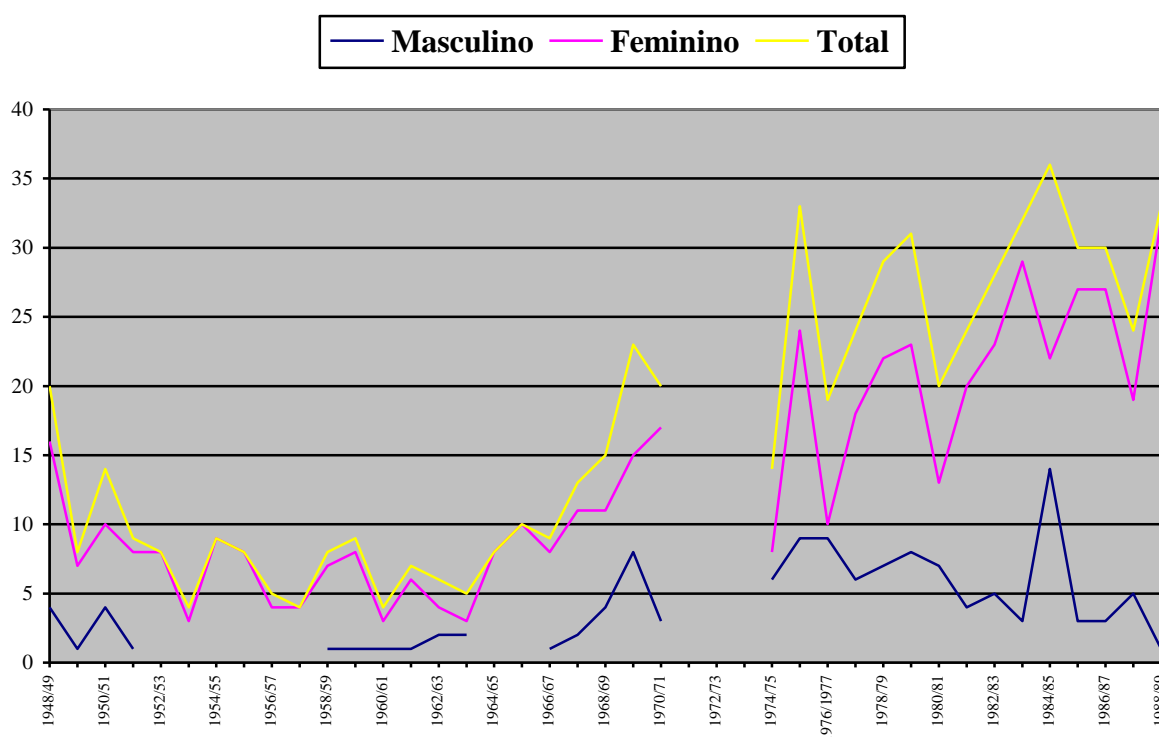
Neste sentido, verificamos que entre 1974 e 1988 cresceu para 22% o número de elementos do gênero masculino que procurou o curso de enfermagem, face a uma consequente diminuição para 78 % do gênero feminino. Esta alteração é pouco significativa tendo em conta os dados que apresentamos para o Estado Novo, havendo na verdade uma continuidade da procura maior do gênero feminino em relação ao curso de enfermagem.

Vejamos a forma como evolui o número de alunos matriculados por ano lectivo e gênero. Para uma melhor articulação das ideias, com o que dissemos atrás, tomemos como ponto de partida, também aqui, a existência de três momentos principais que sugerimos no ponto anterior (1º momento: 1948/49 – 1964/65; 2º momento: 1965/66 – 1970/71; 3º momento: 1974/75 – 1988/89).

Como é observável no gráfico seguinte, no primeiro momento (1948/49 – 1964/65), verificamos que o número de alunas matriculadas no curso é substancialmente superior face ao número de elementos do gênero masculino. Este gênero nunca ultrapassou os 5 elementos. Assim, no ano lectivo de 1948/49, encontramos 4 homens e 16 mulheres; no ano seguinte (1949/50), 1 homem e 7 mulheres; em 1950/51 matricularam-se 4 homens e 10 mulheres; no ano posterior (1951/52), registamos 1 homem e 8 mulheres; no ano lectivo de 1952/53, apenas se matricularam mulheres (8); em 1953/54 encontramos 1 homem e 4 mulheres; em 1954/55, matricularam-se 9 mulheres; no ano seguinte (1955/56) a ausência de elementos do gênero masculino manteve-se, matriculando-se no curso 8 mulheres; um ano lectivo depois (1956/57), matricularam-se 1 homem e 4 mulheres; no ano seguinte

(1957/58), voltamos a não encontrar matrículas de homens e apenas 4 de mulheres; em 1958/59, a matrícula foi efectuada por 1 homem e 7 mulheres; em 1959/60, a tendência manteve-se, matriculando-se 1 homem e 8 mulheres; ao entrar na década de 60 (1960/61), matricularam-se no curso 1 homem e 3 mulheres; no ano seguinte (1961/62), matricularam-se 1 homem e 6 mulheres; no ano lectivo de 1962/63 as matrículas foram efectuadas por 2 homens e 4 mulheres; nos dois últimos anos lectivos, deste 1º momento (1963/64 e 1964/65), efectuaram a matrícula 2 homens e 3 mulheres e, no ultimo ano desta fase, apenas 8 mulheres.

Gráfico 13 – A evolução geral do número de matriculados por género (1948 – 1988)



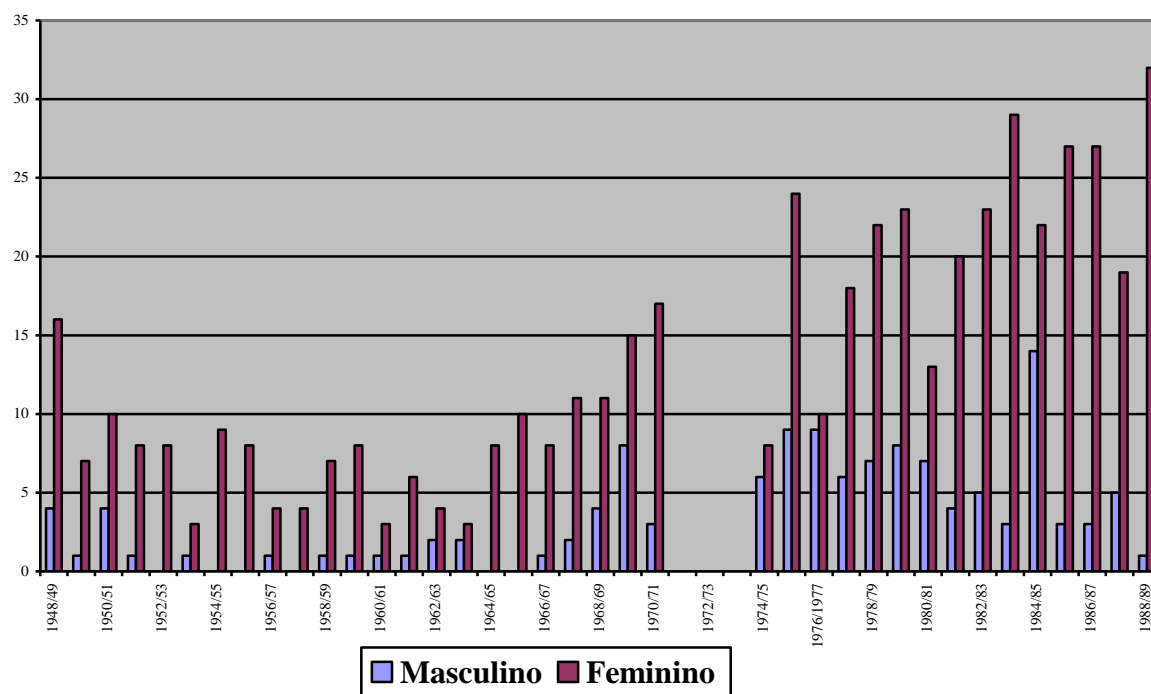
Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

No 2º momento (1965/66-1970/71), o número de alunos matriculados aumentou, tendo contribuído para esse aumento principalmente o género feminino, embora se note um crescimento do número de alunos do género masculino, aproximando-se pela primeira vez, no final da década de 60, da dezena de homens matriculados. De acordo com o que acabamos de referir, no ano lectivo de 1966/67 matricularam-se no curso de enfermagem 1 homem e 8 mulheres; no ano seguinte (1967/68) registamos 2 matrículas do género masculino e 11 do feminino; em 1968/69, o número de homens matriculados subiu para 4 e o número de mulheres manteve-se nos 11 elementos; no ano lectivo de

1969/1970, registou-se o maior número de matrículas do género masculino desde a abertura do curso (8) e 15 mulheres; no ano imediatamente a seguir (1970/71) o número de homens matriculados caiu para 3 e o número de mulheres subiu para 17. Nos anos seguintes (1971/72; 1972/73 e 1973/74) o curso não registou qualquer matrícula.

Quanto ao 3º momento de análise (1974/75 – 1988/89), verificou-se um aumento do número de alunos matriculados, embora continuando um corpo discente maioritariamente feminino. No entanto, regista-se, pela primeira vez a presença masculina acima da dezena de elementos matriculados.

Gráfico 14 – O número de alunos matriculados por género e ano lectivo no curso de enfermagem geral (1948-1988)



Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

No ano lectivo de 1974/75, matricularam-se no curso de enfermagem 6 homens e 8 mulheres; no ano seguinte (1975/76), o curso registou 9 matrículas de homens e 24 de mulheres; a tendência manteve-se no ano lectivo de 1976/77, no caso dos elementos do género masculino, porém os elementos femininos matriculados caíram para 10, constituindo este ano lectivo o momento de maior paridade entre os géneros; no ano seguinte (1977/78), encontramos 6 matrículas de homens e 18 de mulheres; em 1978/79, registou-se mais uma matrícula do género masculino (7) face ano anterior e 22 do género feminino; no ano lectivo seguinte (1979/1980), o número de homens situou-se nos 8 e as mulheres nos 23; no início da década de 80 (1980/81), registamos 7

matriculas masculinas e 13 femininas; em 1981/82, as matrículas masculinas caíram para 4 e as femininas aumentaram para 20; no ano imediato (1982/83), verificamos que se matricularam 5 homens e 23 mulheres; no ano lectivo de 1983/84, o número de elementos do género masculino matriculados caiu para 3 e o número de elementos femininos subiu para 29; em 1984/85, registou-se o maior número de elementos do género masculino matriculados no curso (14) e 22 alunas; no ano seguinte (1985/86) o número de elementos do género masculino caiu para 3 e o número de mulheres matriculadas subiu para 27, registando-se precisamente os mesmos valores no ano lectivo de 1986/87; em 1987/88, matricularam-se 5 elementos do género masculino e 19 do género feminino; por fim, no último ano lectivo da nossa análise (1988/89), matricularam-se 1 homem e 32 mulheres.

Em suma, estes valores traduzem a imagem da mulher associada ao acto de cuidar, algo que se verificou ao longo de dois regimes políticos diferentes. No caso do Estado Novo estava prevista legalmente a preferência à admissão de mulheres nas escolas de enfermagem, colocando-se também, até à década de 60, o problema do casamento das enfermeiras; no período democrático, embora a constituição de 1976 refira que existe igualdade entre homens e mulheres, verifica-se que a frequência do curso de enfermagem continuou a ser procurado maioritariamente por mulheres, apesar do número de homens ter aumentado.

3.2.3. As Idades

As idades dos alunos que se matricularam no curso de enfermagem geral (1948-1988) encontram-se na faixa etária dos 20 anos de idade. No caso do género masculino, verificamos que os alunos se matriculavam no curso de enfermagem, em média, com cerca de 22 anos de idade. Os elementos do género feminino seguiam para este curso com uma idade inferior, com aproximadamente 21 anos.

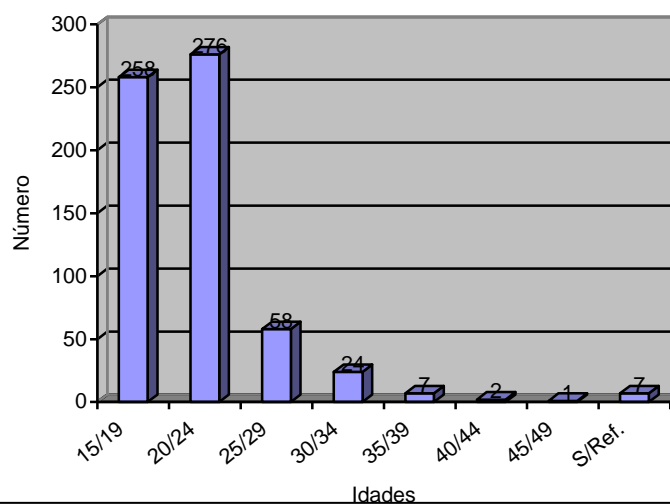
Tabela 4 – Número total de alunos e média de idades por género (1948-1988)

Género	Total Alunos	Média de Idades
Masculino	128	21,63
Feminino	505	20,76

Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

Estes valores, ao contrário do curso de auxiliares de enfermagem, coincidem com a orientação dada pelo Estado ao curso geral de enfermagem para se matricularem preferencialmente mulheres. Isto é, o género feminino entrava para o curso com uma idade mais jovem, face aos poucos homens que o frequentaram. As mulheres assumiram a sua “missão” como elementos que deviam procurar a satisfação laboral em segmentos do trabalho específicos, como a enfermagem. Daí que, quando analisamos este curso percebemos que a sua idade média de matrícula é inferior em relação ao género masculino, devido ao curso corresponder, provavelmente, a um caminho possível emancipatório da sua condição *natural*, socialmente aprovado.

Gráfico 15 – Distribuição dos alunos pelas idades em termos absolutos, entre 1948 e 1988



Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

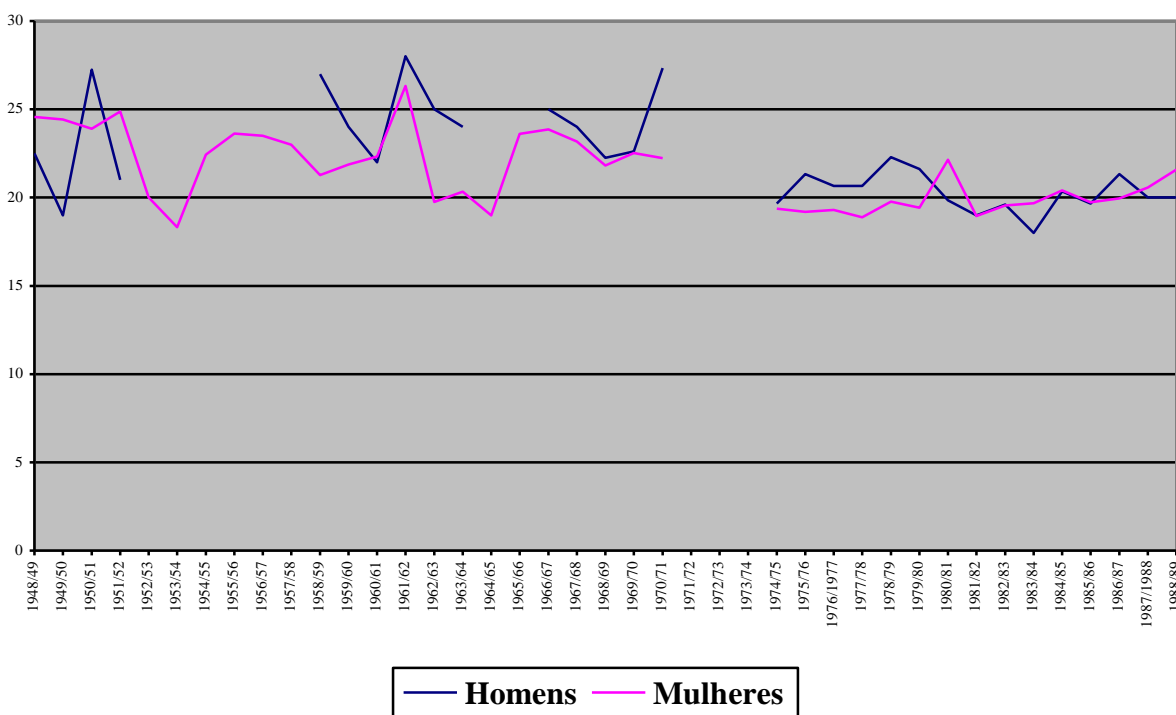
Para se compreender melhor o perfil dos alunos que procuravam o curso de enfermagem geral, da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, incluímos o gráfico acima que possibilita uma análise mais detalhada, por intervalos de idades, no momento em que efectuavam a matrícula. Neste sentido, verificamos que, do conjunto dos 633 alunos que se matricularam naquele curso, 258 tinham 19 anos de idade ou menos. O intervalo etário mais representado encontra-se na faixa etária dos 20 anos, nomeadamente nas idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos de idade. Neste intervalo, verificamos a existência de 276 matrículas. Com menor expressão, embora relevante, encontramos o intervalo seguinte (25-29), onde registamos 58 matrículas. Na faixa etária dos 30 anos de idade contamos 24 matrículas no intervalo dos 30 aos 34 anos e 7 matrículas dos 35 aos 39 anos de idade. A faixa etária seguinte não tem

qualquer expressão, em termos gerais, verificando-se que no intervalo etário entre os 40 e os 44 anos de idade se matricularam apenas 2 alunos e no intervalo seguinte entre os 45 e os 49 anos de idade 1 aluno.

Posto isto, analisemos as linhas evolutivas, tendo em atenção o género, relacionadas com a média de idade de entrada, por ano lectivo, no curso de enfermagem geral, no arco temporal em análise, utilizando como instrumento de leitura o gráfico seguinte.

No caso do género masculino, verificamos que ao longo do período em análise, a média das idades dos alunos matriculados situou-se entre os 18 anos (1982/83) e os 28 anos de idade (1961/62). Ao analisarmos o gráfico percebemos que existiram dois momentos relevantes: o primeiro, que se iniciou em 1948/49 e terminou em 1979/80, onde percebemos que, excepção feita aos primeiros anos lectivos, a média de idades do género masculino se situou quase sempre acima da média de idades do género feminino; e, uma segunda fase, que começou em 1980/81, onde observamos que a média de idades do género masculino baixou, relativamente ao género feminino, acontecendo em alguns momentos o toque entre as duas linhas evolutivas.

Gráfico 16 – A evolução da média de idades dos alunos, por género, entre 1948 e 1988



Fonte: AFECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

Relativamente ao género feminino, salientamos que ao longo do arco temporal a idade média de matrícula tendeu a decrescer gradualmente. Por exemplo, em 1961/62 a média de idades situava-se nos 26 anos; no interior do Portugal democrático, a média mais elevada que encontramos situava-se na casa dos 22 anos de idade.

Esta realidade encontra-se devidamente exposta, em termos numéricos, na tabela seguinte.

Tabela 9 – As médias de idades dos alunos por ano lectivo (1948-1988)⁴¹⁵.

Anos Lectivos	Média de Idades	
	Masculino	Feminino
1948/1949	22,5	24,57
1949/1950	19	24,42
1950/1951	27,25	23,9
1951/1952	21	24,87
1952/1953	---	20
1953/1954	25	18,33
1954/1955	---	22,44
1955/1956	----	23,62
1956/1957	18	23,5
1957/1958	---	23
1958/1959	27	21,28
1959/1960	24	21,87
1960/1961	22	22,33
1961/1962	28	26,33
1962/1963	25	19,75
1963/1964	24	20,33
1964/1965	---	19
1965/1966	---	23,6
1966/1967	25	23,87
1967/1968	24	23,18
1968/1969	22,25	21,81
1969/1970	22,62	22,53
1970/1971	27,33	22,23
1974/1975	19,66	19,37
1975/1976	21,33	19,20
1976/1977	20,66	19,3
1977/1978	20,66	18,88
1978/1979	22,28	19,77
1979/1980	21,62	19,43
1980/1981	19,85	22,15
1981/1982	19	18,95

⁴¹⁵ Nos espaços onde não existem indicações numéricas significa que nesse ano não se matricularam indivíduos pertencentes ao género respectivo. Como sabemos, no interior do Estado Novo, apesar de encontrarmos referências nesta escola à matrícula de homens neste curso, era dada preferência ao universo feminino por ser uma actividade para a qual estariam melhor preparadas e “vocacionadas”. Fonte: AEECB – Processos biográficos.

1982/1983	19,6	19,56
1983/1984	18	19,68
1984/1985	20,35	20,40
1985/1986	19,66	19,74
1986/1987	21,33	19,96
1987/1988	20	20,57
1988/1989	20	21,59

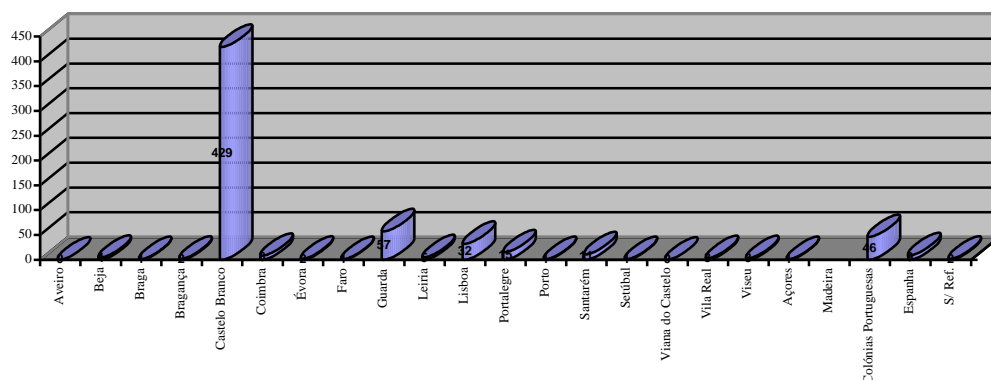
Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral (633).

Em suma, o género feminino, em termos gerais, procurou o curso de enfermagem geral com idades mais jovens do que o género masculino. A média de entrada no curso era de 21 anos de idade para o género feminino e de 22 anos para o género masculino. Tendencialmente, no Portugal democrático as idades médias de matrícula decresceram em ambos os casos face, por exemplo, ao período do Estado Novo. A razão deste decréscimo prende-se, provavelmente, com a expansão do ensino, em geral, em Portugal e com a constituição de novos entendimentos em relação á possibilidade de encontrar um trabalho que promovesse mais rapidamente a ascensão social desejada.

3.2.4. A proveniência geográfica

O curso de enfermagem geral, da arena que ilustra o nosso trabalho, caracterizou-se por responder a uma necessidade regional e local, embora também encontremos alunos provenientes de outras regiões. Assim, destacamos 3 áreas geográficas sobre as quais a escola, e o respectivo curso, exerciam bastante influência.

Gráfico 17 – A proveniência geográfica dos alunos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948-1988)



Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

Em primeiro lugar, destaca-se o distrito de Castelo Branco. Este era o distrito envolvente da instituição e, tal como tivemos oportunidade de verificar no caso do curso de auxiliares de enfermagem, desta região provinha um conjunto alargado de alunos que se matricularam no curso de enfermagem. Assim, verificamos que do universo das 633 matrículas, 429 pertenciam a estudantes oriundos do distrito albacastrense. Isto é, em termos de percentagem, 67,7 % dos alunos matriculados no curso, era natural do distrito de implantação da escola. Dada a importância deste distrito na caracterização deste universo escolar optamos, tal como fizemos para o curso de auxiliares de enfermagem, por caracterizá-lo especificamente no ponto seguinte.

Em segundo lugar, destacamos os distritos da Guarda e de Lisboa. O curso exerceu sobre estas regiões uma influência assinalável, embora não comparável com o distrito de Castelo Branco. Assim, no caso da Guarda, matricularam-se neste curso 57 alunos oriundos deste distrito. De Lisboa, encontramos referência a 32 alunos.

Em terceiro lugar, surgem os distritos de Portalegre e Santarém. De Portalegre, matricularam-se neste curso 15 alunos. No caso de Santarém, encontramos registo de 11 matrículas.

Por fim, no que diz respeito aos restantes distritos, encontramos valores pouco significativos, tendo em conta o conjunto de alunos matriculados que já apresentamos (Aveiro – 0; Beja – 4; Braga – 1; Bragança – 2; Coimbra – 8; Évora – 2; Faro – 1; Leiria – 5; Porto – 1; Setúbal – 1; Viana do Castelo – 0; Vila Real – 3; Viseu – 3; Açores – 1; Madeira – 0).

Além destes dados, importa chamar a atenção para um conjunto de alunos provenientes das ex-colónias portuguesas, nomeadamente de Angola e Moçambique, que surgiram com forte presença logo após o 25 de Abril de 1974. Contamos 46 elementos que procuraram este curso com origem nas, então, ex-colónias portuguesas. Filhos, provavelmente, de “retornados” que procuraram uma nova função numa nova realidade ou, curiosamente, dado que alguns deles já tinham exercido as funções de enfermeiro no exército, pretendiam o reconhecimento das suas competências quando apresentavam a inscrição no curso.

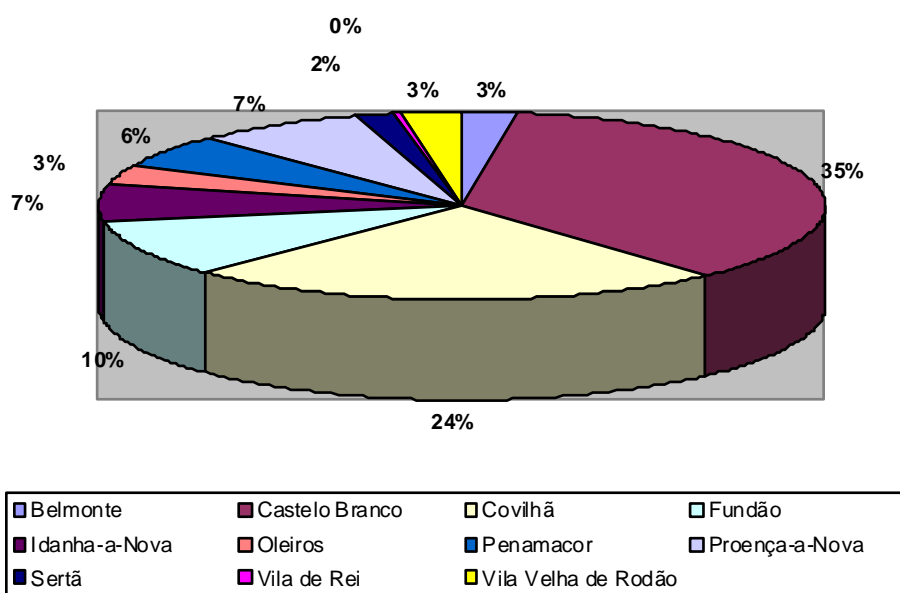
De salientar que também encontramos 9 matrículas de elementos provenientes do estrangeiro, nomeadamente 8 de Espanha e França e 1 da Venezuela.

Posto isto, vejamos agora em pormenor a origem geográfica dos alunos provenientes do distrito de Castelo Branco, por ser esta a região cuja proveniência de alunos é mais significativa.

3.2.4.1. O caso do distrito de Castelo Branco

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco exerceu uma forte influência sobre a região em que se integrou. Registamos um conjunto alargado de indivíduos das áreas circundantes à escola que procuraram esta instituição educativa para se formarem. Achamos pertinente e útil especificar os concelhos de proveniência do distrito de Castelo Branco para, desse modo, podermos construir uma compreensão mais ampla sobre a origem geográfica dos elementos deste distrito, tal como fizemos atrás para o curso de auxiliares de enfermagem.

Gráfico 18 - A distribuição dos alunos de enfermagem pelo distrito de Castelo Branco.



Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

O gráfico circular anterior mostra que no interior do distrito de Castelo Branco, existem três concelhos que se destacam pelo elevado número de elementos que se matricularam no curso geral de enfermagem.

Em primeiro lugar, o concelho de Castelo Branco. Com origem nesta divisão administrativa encontramos 154 matrículas (35%), das 429 que dizem respeito ao distrito de Castelo Branco.

Em segundo lugar, destaca-se o concelho da Covilhã com pouco mais de uma centena de matrículas (24%).

Em terceiro lugar surge o concelho do Fundão com 43 alunos matriculados no curso de enfermagem (10%).

Encontramos, depois, um conjunto de 32 elementos provenientes do concelho de Proença-a-Nova (7%); de Idanha-a-Nova identificamos 28 matrículas (7%); e, do concelho de Penamacor, encontramos 25 alunos matriculados (6%). Os concelhos de Vila de Rei (1), Belmonte (11), Vila Velha de Ródão (12) e Oleiros (13) foram aqueles onde encontramos menos alunos matriculados no curso de enfermagem.

Quando comparado com o curso de auxiliares de enfermagem verificamos que existem semelhanças em alguns dos principais concelhos que identificamos quer para o curso de auxiliares quer para o curso de enfermagem. É de realçar que 34% dos alunos admitidos à frequência no curso de auxiliares, provenientes do distrito de Castelo Branco, eram do concelho de Castelo Branco, tal como acontecia com o curso de Enfermagem (35%). Além deste concelho, destacamos o concelho da Covilhã (12%) e o concelho do Fundão (10%) no caso do curso de auxiliares de enfermagem, mas que correspondem a um número significativo de alunos provenientes daqueles concelhos no caso do curso de Enfermagem (24% e 10%, respectivamente).

Podemos concluir que tanto o curso de auxiliares de enfermagem como o curso de Enfermagem, eram constituídos por alunas/os provenientes de um raio de influência geográfica a que podemos apelidar de Castelo Branco/Fundão/ Covilhã. No caso do curso de auxiliares acrescentaríamos ainda o concelho de Penamacor (13%), local de origem do fundador da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Observemos agora com particular incidência a origem socioeconómica dos pais dos alunos admitidos à frequência nesta escola de enfermagem.

3.2.5. A origem social: o perfil profissional dos pais

As trajectórias sociais das/os alunas/os a partir da posição social das suas famílias de origem, nomeadamente a partir das actividades profissionais/ocupacionais que os pais desenvolviam constituem um bom indício para percebermos se existia ou não qualquer intenção de mobilidade social por parte de quem procurava a frequência nestas escolas. No fundo, procuramos saber se existia uma estratégia de emancipação através de um projecto profissional, na sequência do que Magali Larson refere nos seus

trabalhos⁴¹⁶. Keith Macdonald defende que devemos ter em atenção os meios que os grupos sociais em emergência utilizam para se emancipar colectivamente⁴¹⁷.

A origem social dos alunos que se matricularam no curso de enfermagem geral assume particular importância na construção da identidade, do grupo socioprofissional em análise, dado que permite compreender quais eram os principais sectores de actividade e grupos de recrutamento dos pais das/os futuras/os enfermeiras/os. Em Inglaterra, o recrutamento fez-se principalmente em classes sociais elevadas. Pelo contrário, em Portugal, na primeira metade da centúria de noventa, o recrutamento destes alunos aconteceu principalmente (50%) no interior dos seguintes grupos: “Artesãos/operários/trabalhadores qualificados e semi-qualificados”, na “Pequena burguesia rural”, no grupo dos “comerciantes” e, ainda, nos grupos dos “empregados públicos/serviços” e “profissões liberais”⁴¹⁸. Estamos a falar de uma classe média em emergência.

Neste sentido, procuramos clarificar as origens sociais do universo escolar que temos vindo a caracterizar. A documentação disponível permite uma leitura aprofundada sobre os grupos de recrutamento dos indivíduos, na segunda metade do século XX. A consulta dos processos biográficos dos alunos, nomeadamente as certidões de nascimento e as fichas de candidatura a bolsas de estudo, possibilitaram a colheita de dados relacionados com a actividade profissional do pai e da mãe da/aluna/o, ao longo de todo o arco temporal em análise, embora com maiores dificuldades à medida que entramos no Portugal democrático.

Entre 1948 e 1988, dos 633 estudantes que identificamos matriculados no curso de enfermagem geral, recolhemos informação relacionada com a origem social dos alunos em 422 processos para o género masculino (pai) e 351 processos para o feminino (mãe), constituindo-se assim uma amostra significativa face ao número total de alunos matriculados no curso (633).

Maria Isabel Soares refere que a sua pesquisa “incidiu em processos respeitantes a alunos que, preenchendo os requisitos exigidos, foram considerados aptos após o exame médico, e admitidos à frequência”⁴¹⁹, também nós seguimos esta metodologia, caracterizando os alunos que efectivamente se matricularam no curso de enfermagem geral da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

⁴¹⁶ LARSON, Magali (1977) *Op. Cit.*

⁴¹⁷ MACDONALD, Keith (1995), *Op. Cit.* pp. 61.

⁴¹⁸ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.* pp. 91 e seguintes.

⁴¹⁹ *Idem*, pp. 90.

“ De todos os factores de diferenciação, a origem social é, sem dúvida, aquele cuja influência mais fortemente se faz sentir sobre o meio estudantil; a sua influência é mais importante do que o sexo e a idade, e sobretudo mais importante do que factores muito visíveis como, por exemplo, a religião (...)”⁴²⁰.

De facto, o meio social de origem pode contribuir decisivamente para a compreensão do perfil identitário de um grupo, assim como levantar hipóteses sobre a escolha do respectivo curso, como mecanismo que possibilitava, eventualmente, a constituição de um caminho ascendente do ponto de vista social⁴²¹.

A análise das informações recolhidas, entre 1948 e 1988, nos processos biográficos, permite uma leitura específica de acordo com o género do núcleo parental da/o aluna/o. Assim, em primeiro lugar destacamos a actividade profissional do núcleo familiar (pai e mãe), de acordo com os grandes sectores de actividades existentes (primário, secundário e terciário)⁴²²; e, em segundo lugar, salientaremos, especificamente, os principais grupos profissionais de recrutamento que identificamos, relacionados com os pais dos alunos matriculados no curso de enfermagem geral.

3.2.5.1. A actividade profissional do núcleo familiar por sector económico

A economia portuguesa, até aos anos 50 da centúria passada, caracterizou-se pela dedicação à terra⁴²³. Na segunda metade do século XX, o sector primário perdeu

⁴²⁰ BOURDIEU, Pierre, e PASSERON, J.C. (1981), “Os «herdeiros»: o ensino superior e as desigualdades sociais” in MÓNICA, Maria Filomena, *Escola e Classes Sociais (Antologia)*, Lisboa: Editorial Presença/ Gabinete de Investigações Sociais, pp. 87.

⁴²¹ Cf. ERIKSON, Robert e JONSSON, Jan O., (1998), “Social origin as an interest-bearing asset: family background and labour-market rewards among employees in Sweden”. *Acta Sociologica*, Vol. 41, pp. 19 – 41.

Cf. GRÁCIO, Sérgio (1997), “A mobilidade social revisitada”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 24, pp. 60.

⁴²² No caso do sector primário colocamos todos os indivíduos ligados à exploração agrícola, e à extracção de matéria-prima; O sector secundário, é caracterizado pelas indústrias transformadoras, assim como pela construção; No sector terciário, além dos serviços como a educação e a assistência incluímos o comércio, a administração e a defesa, assim como serviços diversos.

⁴²³ Maria Filomena Mónica salienta que a economia Portuguesa nos anos 30 da centúria de noventa era das “mais atrasadas da Europa”, apresentando a leitura e o cenário seguintes:

“Geograficamente distante do centro desenvolvido, o seu processo de industrialização fora particularmente lento, devido, entre outros factores, aos interesses coloniais e à dominação económica estrangeira. Existia apenas um escasso número de unidades fabris modernas e a esmagadora maioria das unidades consistia em pequenas empresas, muitas vezes artesanais”.

Relativamente ao sector secundário caracteriza-o da seguinte forma: “O sector secundário (segundo dados oficiais pouco fidedignos) empregava aproximadamente 20 por cento da força de trabalho. Contudo, a quase totalidade dos trabalhadores industriais não passava de operários de oficinas e de artesãos. [...] As grandes unidades fabris concentravam-se em quatro distritos: Lisboa, Porto, Covilhã e Setúbal”. A principal actividade industrial era a têxtil.

terreno para a indústria, verificando-se um crescimento significativo do sector secundário⁴²⁴ e a afirmação da importância do sector terciário.

O Estado Novo valorizou a figura paternal como aquela a quem pertencia a missão de assegurar sustento para a sua família. O homem assumiu o seu papel de principal força motriz no mundo laboral, pelo menos até à década de 60 do século XX⁴²⁵. A mulher encontrava o seu fundamento no cuidado à família e à respectiva casa, embora assumindo na esfera pública actividades relacionadas preferencialmente com a educação e a assistência. Apenas com a constituição de 1976 as diferenças entre géneros tornaram-se menos acentuadas, verificando-se a procura de trabalho pelo género feminino em quase todas as áreas de actividade profissional, ao contrário do que acontecia anteriormente.

No que diz respeito ao universo escolar que estamos a retratar, devemos salientar que, ao longo do arco temporal em estudo, se destacaram os sectores de actividade terciária e primária, respectivamente, como aqueles de onde os alunos eram maioritariamente provenientes, tendo em atenção a actividade profissional do pai.

O gráfico seguinte mostra que todos os sectores de actividade se encontravam representados nos processos biográficos dos alunos matriculados. Todavia, verifica-se que a maior parte dos elementos do género masculino do núcleo parental exerceu uma actividade profissional no interior do sector terciário (38%). Por sua vez, o sector primário encontra-se representado em segundo lugar (33%); e o sector secundário em terceiro lugar (29%).

In MÓNICA, Maria Filomena (1978), *Educação e sociedade no Portugal de Salazar*, Lisboa: Editorial Presença/Gabinete de Investigações Sociais, pp. 79 e 80.

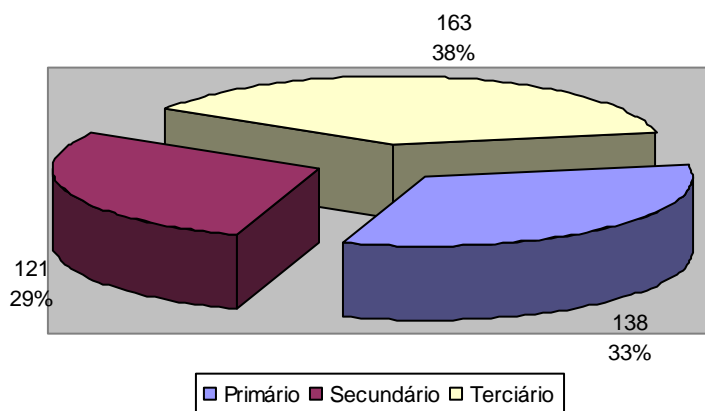
⁴²⁴ A partir da década de 60 existiram algumas alterações no cenário económico português. Se até esta década, segundo Ana Bela Nunes, podemos encontrar duas fases distintas que abrangem os sectores primário e secundário, nomeadamente entre 1890 e 1911, onde “o sector agrícola pesa cerca de 3/5 do total; e outra que abrange os anos de 1930 a 1960, que apresenta uma estrutura média em que, apesar da quebra sensível do peso do sector agrícola para valores ligeiramente inferiores a 1/2, o sector secundário viu aumentar pouco o seu peso (3 pontos percentuais), contrariamente ao sector terciário – com particular relevo para os serviços diversos –, que passou a pesar 1/4 do total, contra menos de 1/6 no período anterior”.

No que diz respeito ao período que vai dos anos 60 à década de 80 do século passado, segundo a autora, este tempo traduz-se numa “descida acentuada do sector agrícola, agora claramente a favor da indústria transformadora”.

In NUNES, Ana Bela (1991), “A evolução da estrutura, por sexos, da população activa em Portugal – um indicador do crescimento económico (1890 – 1981)”. *Análise Social*, Vol. XXVI (112-113) (3º-4º), 714.

⁴²⁵ Cf. NUNES, Ana Bela (1991), *Op.cit.*, pp. 714.

Gráfico 19 – Distribuição do público escolar de acordo com a actividade profissional do pai, entre 1948 e 1988.



Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

No que diz respeito ao trabalho feminino Ana Bela Nunes defende que as mulheres respondiam no mercado de trabalho a situações conjunturais:

“No caso da mão-de-obra feminina, as alterações das estruturas demográficas (a par eventualmente de outros factores, como a guerra colonial) terão começado a ter grande influência (em particular na queda da taxa de natalidade) para explicar o aumento do peso das mulheres activas *per capita*, após 1960, para níveis semelhantes aos do início do século; mas agora este fenómeno faz-se sentir sobretudo fora do sector agrícola, em particular nos sectores da «indústria transformadora», «comércio» e «administração pública e defesa»⁴²⁶.

Irene Pimentel salienta que este aspecto tinha a ver com “a gestão do mercado de trabalho e com os objectivos natalistas”⁴²⁷. Defende que “com a propaganda de retorno da mulher ao lar, o Estado Novo quis, por um lado, que a natalidade portuguesa se mantivesse alta e tentou, por outro lado, travar o desemprego masculino, eliminar a concorrência «desleal» exercida por uma parte do patronato utilizador da mão-de-obra feminina mais barata e evitar que os salários baixassem além de um certo limiar, gerador de miséria e potenciador da abominada luta de classes”⁴²⁸.

⁴²⁶ NUNES, Ana Bela (1991), “A evolução da estrutura, por sexos, da população activa em Portugal – um indicador do crescimento económico (1890 – 1981)”. *Análise Social*, Vol. XXVI (112-113) (3º-4º), 709.

⁴²⁶ Idem, pp. 713.

⁴²⁷ PIMENTEL, Irene (1999), As mulheres no Estado Novo e as organizações femininas estatais in COVVA, Anne e SILVA, Maria Beatriz Niza da (Org.), *As Mulheres e o Estado*, col. Estudos Pós-Graduados, Lisboa: Universidade Aberta, pp. 66.

⁴²⁸ Idem, pp. 67.

Em síntese, “em 1950 as mulheres representavam 20,6 por cento da população activa agrícola e apenas 9,1 por cento dez anos mais tarde. Este decréscimo espectacular, de mais de metade, advém do facto de se ter em consideração, nessas percentagens, apenas as mulheres assalariadas agrícolas, excluindo-se as domésticas que trabalham no campo, que eram em grande número. A partir dos anos 60, o número de mulheres activas aumentou em virtude da emigração masculina, que atingiu o seu auge, e da guerra colonial (...)”⁴²⁹.

Quanto ao género feminino, dos núcleos parentais utilizados no nosso trabalho, referimos que além dos sectores de actividade económica primária, secundária e terciária, sentimos necessidade de incluir uma nova categoria: “doméstica”⁴³⁰. Segundo Ana Nunes Almeida, a questão da “domesticidade” trata-se em grande medida de uma questão de disciplina familiar, imposta a partir de modelos europeus oitocentistas:

“O surgimento da figura da «doméstica» em meios populares é, assim, fundamentalmente encarado, por estas duas perspectivas, como uma imitação de um modelo e o resultado de uma importação de normas que, afinal, lhes são exteriores: o modelo intimista e privado da próspera família burguesa que desperta nas sociedades oitocentistas. Um dos mais sugestivos indícios, num contexto em que a casa vira costas à rua e nela se passa a resguardar a inviolável vida familiar, é precisamente uma distribuição diferenciada e funcional dos sexos e dos grupos de idade pelos dois espaços privado e público. A esposa retira-se do mundo laboral e permanece em casa, consagrada à organização do trabalho doméstico, dedicada aos filhos e à representação estatutária da família; o homem mantém-se no mercado de trabalho, na empresa e na fábrica, único responsável pelo sustento financeiro de todos; finalmente a criança, entre outras crianças, entra na escola. No que constitui uma verdadeira excepção histórica, esta família burguesa inaugura portanto, no interior do grupo doméstico, a clivagem ideológica entre membros produtivos e não produtivos, activos e não activos, ao mesmo tempo que constitui a natureza e a virtude femininas como sinónimo exclusivos da domesticidade”⁴³¹.

⁴²⁹ Idem. pp. 76.

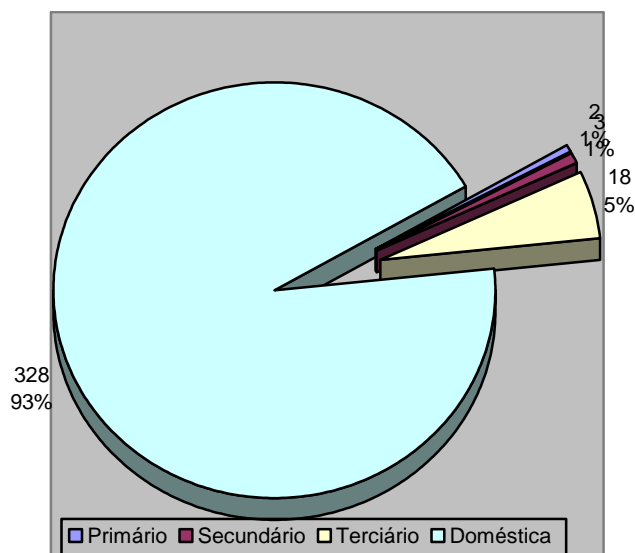
⁴³⁰ Esta categoria coloca alguns problemas ao investigador. Ana Bela Nunes refere que é necessário ter cuidado quando se analisa um universo de pessoas que se apelidam de “domésticas”. Dado que, na verdade, esta categoria incluía muitas vezes a prestação de serviços agrícolas ou de “criados e criadas”. Até ao final da década de 60, a distinção entre a actividade económica, propriamente dita, e os serviços domésticos e familiares não estavam, ainda, bem destrinçados um do outro, daí algumas dificuldades em balançar para um ou outro sector económico.

É neste sentido Ana Bela Nunes fala na Taxa de Actividade elevada que deveria conter indicadores domésticos, que assentavam principalmente num trabalho de natureza privada, agrícola e da casa, associado ao núcleo familiar.

⁴³¹ ALMEIDA, Ana Nunes de (1993), “Mulheres e famílias operárias: a «esposa doméstica»”. *Análise Social*, Vol. XXVIII (120) (1º), pp. 106.

Posto isto, do universo dos 633 elementos do género feminino (Mães), associados aos alunos matriculados, encontramos dados sobre as actividades/ocupações em 351 processos biográficos.

Gráfico 20 – Distribuição dos alunos de acordo com a actividade profissional ou ocupação da mãe, entre 1948 e 1988.



Fonte: AE ECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

De acordo com a representação gráfica, observamos que a esmagadora maioria de elementos do género feminino (mães) eram domésticas (93%). Estamos a falar de 328 mulheres que assim se apresentavam. Este número é bastante significativo e constitui um indício da procura de caminhos ascendentes de mobilidade social, principalmente das suas filhas, no interior do espaço público através das escolas de enfermagem, ao contrário daquilo que acontecia com as mães cuja “actividade laboral” era realizada sobretudo na esfera privada⁴³².

Os sectores de actividade económica primária, secundário e terciário representavam apenas 7% do universo das mulheres com uma actividade fora do “espaço doméstico”. Relativamente ao sector primário encontramos apenas 2 elemento do género feminino que ali se podia incluir, o que em termos de percentagem corresponde a menos de 1%⁴³³. No sector secundário, observamos a existência de 3

⁴³² Sobre este assunto devem consultar-se os trabalhos desenvolvidos por: Anne Cova. Ex. *Maternité et Droits des femmes en France, XIX-XX Siècles*, Paris: Anthropos-Economica, 1997.

⁴³³ Dois elemento do sexo feminino que se apresentaram, respectivamente, como Proprietária e como Trabalhadora Rural. No entanto este número não é fidedigno dado que muitos elementos do género feminino que se dedicavam ao sector primário, nomeadamente às tarefas agrícolas, e, provavelmente, identificavam-se como domésticas. O que quer dizer que se juntássemos esta categoria ao sector primário encontraríamos uma larga maioria de mulheres que desenvolveriam actividades no interior deste sector.

elementos do género feminino (1%)⁴³⁴; por fim, o sector terciário foi aquele onde verificamos que o maior número de mulheres se encontrava, oficialmente, empregada. Neste sector económico de actividades registamos 18 elementos do género feminino (5%)⁴³⁵, correspondendo, neste caso, ao que observamos relacionado com as actividades profissionais do género masculino, também maioritariamente situadas, no cômputo geral, no sector dos serviços.

De forma a compreendermos melhor a distribuição do núcleo parental por sectores de actividade económica, vejamos a seguinte tabela que coloca o ano da revolução de 1974 como marco temporal a ter em conta. Até 1974, de acordo com os registos que encontramos (134) e tomando em linha de conta os dados do género masculino, era no sector primário que se recrutavam mais alunos (49,2%), para o curso geral desta escola de enfermagem; seguido, embora com alguma distância, do sector terciário (27,6%); o sector secundário, era o que se encontrava menos representado (17,35%) nos processos consultados.

Tabela 10 – A distribuição dos pais pelos sectores da economia portuguesa, entre 1948 e 1988, no caso do curso de enfermagem geral da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

	Sector Primário		Sector Secundário		Sector Terciário	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1948 – 1974	68 (49,2%)	1(50%)	21(17,35%)	0 (0%)	45 (27,6%)	3 (16,6%)
1974 - 1988	70 (50,7%)	1 (50%)	100 (82,64%)	3 (100%)	118 (72,4%)	15 (83,3%)
1948 - 1988	Ao longo do período em análise não conseguimos identificar 211 e 282 profissões para o pai e mãe respectivamente. [328 mulheres domésticas (93,44%)]					
Total	138 (32,7%)	2 (0,56%)	121 (28,6%)	3 (0,85%)	163 (38,6%)	18 (5,12%)

Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

Quando analisamos o período pós 25 de Abril de 1974, percebemos que as tendências alteraram-se. Neste período, encontramos referências em 285 processos biográficos relacionados com o género masculino. Assim, o sector secundário assumiu o protagonismo nos processos de recrutamento (82,64%); o sector terciário, surgiu em segundo lugar (72,4%); e, por fim, o sector primário, que antes era o principal sector de

⁴³⁴ Três elementos do sexo feminino: uma operária, uma tecedeira e uma cozinheira.

⁴³⁵ No sector terciário encontramos três elementos do sexo feminino até 1974, nomeadamente: 1 professora e 2 enfermeiras. No Portugal democrático encontramos 15 elementos, a saber: 1 negociante, 1 empregada de escritório, 5 professoras, 4 enfermeiras, 1 funcionária pública, 2 contínuas escolares e 1 ajudante de internato.

recrutamento dos alunos de enfermagem, no período democrático tornou-se o menos significativo (50,7%), em termos gerais.

Em suma, verifica-se que o recrutamento de alunas de enfermagem se efectuou em todos os sectores de actividade económica, embora com maior destaque, em termos gerais (1948-1988), para os sectores primário (32,7%) e terciário (38,6%). Tivemos oportunidade de demonstrar que existiram alterações no período antes e depois de 1974, salientando-se a evolução positiva em termos de sector de recrutamento das actividades terciárias.

No caso do género feminino destacamos a importância e a dimensão do número de mães que se classificavam como domésticas (93,44%) exercendo, provavelmente, actividades laborais relacionadas com pequenas propriedades agrícolas e trabalhos familiares na esfera privada. Por outro lado, o sector de actividade mais representativo neste género foi o terciário (5,12%), apesar de também encontrarmos algumas mães no sector secundário (0,85%).

Vejamos agora, de modo particularizado, a distribuição dos alunos matriculados por grupos sociais constituídos para o efeito.

3.2.5.1.1. Os grupos de recrutamento social por actividade profissional

Neste ponto vamos apresentar, especificamente, os principais grupos de recrutamento social dos alunos matriculados no curso geral de enfermagem, num arco temporal que se inicia em 1948 e termina em 1988. Destacamos o género masculino por ser aquele cujos dados são mais ilustrativos e caracterizam melhor o perfil identitário dos grupos profissionais⁴³⁶ de onde são provenientes o conjunto dos alunos matriculados no curso de enfermagem.

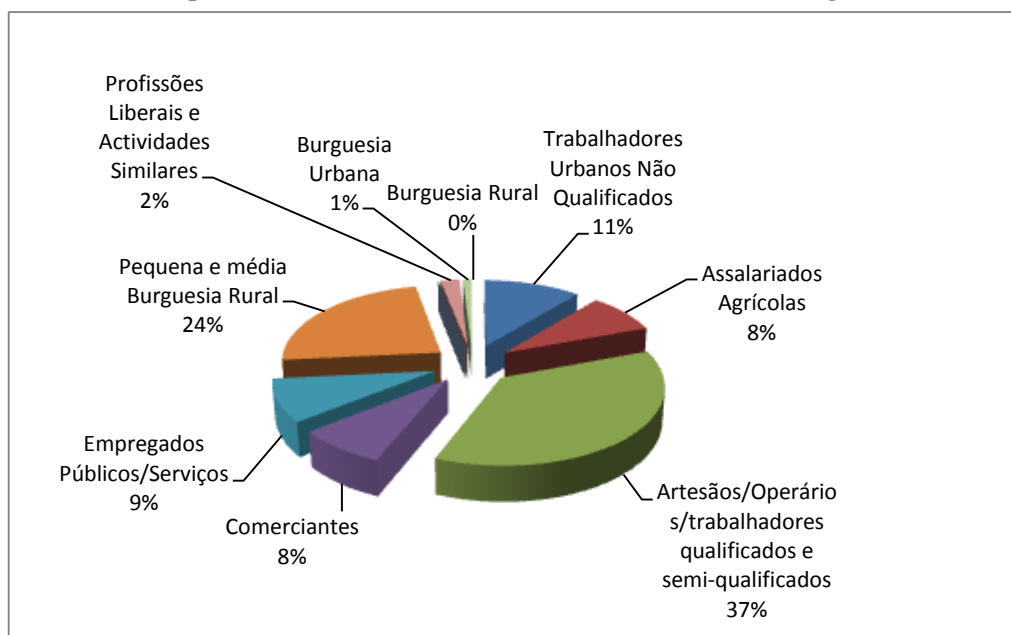
António Nóvoa⁴³⁷ organizou, no seu trabalho de doutoramento, o estudo relacionado com a origem social dos professores de instrução primária, em torno de dez grupos de profissões: 1) Trabalhadores urbanos não qualificados; 2) Assalariados agrícolas; 3) Artesãos/operários/trabalhadores qualificados e semi-qualificados; 4) Comerciantes; 5) Empregados públicos/Serviços; 6) Pequena burguesia rural; 7)

⁴³⁶ Nos anexos deste trabalho encontram-se as tabelas construídas com todas as profissões identificadas, relacionadas com o curso geral de enfermagem da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, entre 1948 e 1988. O gráfico representa a actividade profissional do pai.

⁴³⁷ NÓVOA, António (1987), *Le Temps des Professeurs – Analyse Socio-Historique de la Profession Enseignante au Portugal (XVIII – XX siècle)*, Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, pp. 601 e seguintes.

Professores; 8) Profissões liberais e actividades similares; 9) Burguesia urbana; 10) Burguesia rural. Optamos por seguir este modelo de análise pois permite comparar com as realidades de outras actividades profissionais (ex. professores de instrução primária) e, inclusivamente, de outras escolas de enfermagem que já foram estudadas, onde os autores dos trabalhos utilizaram o mesmo modelo de análise, permitindo assim uma leitura comparativa⁴³⁸.

Gráfico 21 - Grupos sociais de recrutamento das/os alunas/os de enfermagem.



Fonte: AEECB – Processos Biográficos dos Alunos do curso de Enfermagem Geral.

O gráfico evidencia que o curso geral de enfermagem era frequentado por alunos provenientes de um conjunto alargado de actividades profissionais. Em primeiro lugar surge, em grande destaque, o grupo profissional dos “Artesãos/operários/trabalhadores qualificados e semi-qualificados” (37%). A diversidade de actividades profissionais neste grupo é elevada. Assim, encontramos ofícios que vão desde o ferrador, o carpinteiro, o corticeiro, o tipógrafo, o serralheiro, o padeiro, o sapateiro, o alfaiate ou o estucador até aos pintores de construção civil ou artesãos.

Em segundo lugar, destaca-se o grupo de recrutamento da “Pequena e média Burguesia Rural” (24%). As actividades profissionais que encontramos mais frequentemente no interior desta categoria foram as de agricultor, lavrador, feitor e

⁴³⁸ Integramos a categoria específica dos professores na categoria dos “empregados públicos e serviços”.

proprietário. Este número reflecte, do ponto de vista territorial, a região agrícola e rural de inserção da própria Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Em terceiro lugar, surge o grupo dos “Trabalhadores Urbanos Não Qualificados” (11%). Neste grupo, tal como fez Ana Isabel Silva, incluímos sobretudo elementos de diferentes forças de segurança, nomeadamente militares do exército, Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Guarda-fiscal e prisional categoriais não oficiais.

Com 9% do universo caracterizado encontramos a categoria dos “Empregados públicos/serviços”. Este grupo caracteriza-se pelas seguintes actividades profissionais: empregado bancário, funcionário dos CTT, empregado de escritório, trabalhadores municipais/camarários, funcionários públicos, ajudantes de farmácia, contínuos escolares, professores, enfermeiros ou agente de seguros, entre outros. Tal como tivemos oportunidade de observar, através da análise que fizemos anteriormente por sectores económicos de actividade, verificamos que este grupo de recrutamento social, ligado ao sector terciário, surge com maior ênfase no período pós revolução de 1974.

Ainda com alguma expressão, salientamos o grupo dos “Assalariados Agrícolas” e dos “Comerciantes” (8%). No primeiro grupo as actividades profissionais mais frequentes foram as de jornaleiro ou trabalhador rural; no segundo grupo, encontramos principalmente as actividades de comerciante, auxiliar de comerciante, negociante, relojoeiro, ourives e viajante.

As actividades profissionais com menor expressão possuem um nível cultural relativamente superior, nomeadamente os “Profissionais Liberais e Actividades Similares” com 2% do universo representado. No mesmo sentido, verificamos que as classes economicamente mais abastadas, nomeadamente a “Burguesia rural” e a “Burguesia urbana” representam apenas 1% da amostra.

Em suma, verifica-se que o curso geral de enfermagem era procurado por alunos cujos pais desenvolviam maioritariamente trabalhos manuais (ofícios), em meio rural e/ou urbano e pertenciam a uma classe média baixa que queria afirmar-se através dos seus descendentes. Esta tendência esbate-se à medida que entramos no Portugal democrático, assumindo uma importância crescente o grupo dos funcionários ligados ao Estado, nomeadamente os funcionários públicos e as forças de segurança. Percebemos que, as elites intelectuais/culturais não procuravam as escolas de enfermagem para colocar os seus filhos. No mesmo sentido, famílias abastadas evitavam estas instituições educativas. Assim, observa-se que os alunos matriculados procuravam ascender

socialmente, face à condição dos seus pais, tentando ingressar num grupo socioprofissional em desenvolvimento, associado ao Estado e, tendencialmente, com maior projecção social do que a maioria das actividades desenvolvidas pelo núcleo familiar. O mesmo se passava, de acordo com Maria Isabel Soares, com as origens sociais do curso de auxiliares de enfermagem que não diferiam muito do curso de enfermagem geral⁴³⁹.

Esta autora refere, para terminar, que apesar das condições difíceis de trabalho do grupo socioprofissional, que melhoraram tendencialmente ao longo do arco temporal em análise, o acesso à profissão representou uma possibilidade de ascensão social para muitos dos alunos que frequentaram este curso e a possibilidade de se tornarem independentes⁴⁴⁰ e de afirmarem a sua identidade socioprofissional no interior de uma sociedade e perante outros grupos profissionais. Esta ideia é reforçada quando Ismael Martins, professor e director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco entre as décadas de 60 e 90, salienta que na procura dos cursos de enfermagem se encontrava “um pouco a oportunidade social de ter emprego, de ter colocação” o que ajudava à promoção e mobilidade social referidas anteriormente.

Considerações Finais

O credencialismo surge neste trabalho como um eixo operatório da maior importância para a compreensão da forma como a identidade profissional do grupo das/os enfermeiras/os se foi construindo. Para nós o credencialismo, como já referimos anteriormente, constitui um processo “a que um indivíduo ou um grupo é submetido, passando por um acto de acreditação, supervisionado pelo Estado, em articulação com os corpos profissionais, cujo objectivo principal é averiguar as potencialidades (físicas, psicológicas, axiológicas, intelectuais) de um determinado indivíduo/grupo para adquirir uma licença e/ou diploma que lhe permita integrar e participar num determinado círculo profissional que mobiliza um conjunto de competências com um determinado grau de exclusividade e que devem ser adquiridas, pelo menos no início, em contexto de formação escolar”⁴⁴¹.

⁴³⁹ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.*, pp. 92.

⁴⁴⁰ *Idem.*

⁴⁴¹ Esta definição pode encontrar-se na clarificação conceptual que fazemos no 1º capítulo deste trabalho.

Neste sentido podemos caracterizar o acto de acreditação do indivíduo a partir de três tópicos que se encontram umbilicalmente ligados:

- 1) A formação escolar e as escolas de enfermagem;
- 2) As práticas de acreditação no interior das escolas de enfermagem;
- 3) Os resultados dos dispositivos de selecção escolar;

A formação escolar, em particular as escolas de enfermagem, assumiram importância nos processos de acreditação dos indivíduos. Um dos primeiros indícios da necessidade de uma aposta na qualificação e na atribuição de credenciais a elementos que se encontravam ligados ao saber prático da enfermagem, verificou-se na reforma das escolas médico-cirúrgicas, em 1836, quando se apostou na habilitação de parteiras para os actos práticos de puericultura.

Iniciava-se, deste modo, um processo de escolarização de um saber secular, de natureza técnica e prática, e muito caracterizado pela informalidade e pela tradição oral transmitido de mães para filhas. Este processo de escolarização não se afirmou imediatamente em Portugal, nem as escolas de enfermagem propriamente ditas encontraram eco no início deste processo.

Se encontramos os primeiros indícios da necessidade de credenciar alguém para actos práticos de cuidado à vida ainda na primeira metade da centúria de oitocentos, demorou algum tempo a surgir e a amadurecer a ideia da necessidade de criar escolas de enfermagem habilitadoras de indivíduos capazes de prestar determinados tipos de tarefas ligadas à saúde com alguma autonomia. Na verdade, as escolas de enfermagem surgiram associadas a necessidades práticas das administrações hospitalares, dirigidas pelos médicos, e menos a uma vontade própria de afirmação do saber da enfermagem.

Deste modo, a primeira escola de enfermagem que surgiu no país, foi de iniciativa particular, liderada por um administrador hospitalar, Augusto Costa Simões, que resultou da necessidade dos Hospitais que dirigia, em Coimbra, de encontrar indivíduos que executassem adequadamente algumas tarefas. A exigência não era elevada, pedia-se apenas aos candidatos à frequência nas escolas de enfermagem que soubessem ler, escrever e contar. A primeira escola de enfermagem, embora de iniciativa particular, iniciou o processo credencialista, a partir da formação escolar, de formar indivíduos para executar tarefas de natureza técnica, prática e relacionadas com

a saúde. Gradualmente construía-se uma consciência de grupo que cumpria tarefas comuns, muito embora sob a supervisão médica.

Este processo afirmar-se-ia, mais tarde, com a fundação da primeira escola de enfermagem portuguesa oficial no Hospital Real de S. José em 1901. A exigência para o recrutamento dos indivíduos era mais clara, embora na linha daquilo que dissemos anteriormente para a escola de Costa Simões. Entre o final da década de 10 e os anos 30/40, do século XX, exigiu-se que os candidatos ao curso de enfermagem possuísem o exame de instrução primária do 2º grau. Outros aspectos relacionados com o bom comportamento e a existência ou não de doenças contagiosas eram características a ter em conta no processo de selecção dos candidatos à frequência das escolas de enfermagem.

Um segundo momento relevante relacionado com a acreditação dos indivíduos para a entrada nas escolas de enfermagem aconteceu a partir da década de 40 quando o regime político de então – o Estado Novo – interveio na regulação da actividade profissional e em particular no ensino da enfermagem que alteraria significativamente as características estruturais que o grupo das/os enfermeiras/os conheceu até aí. O exercício da enfermagem só poderia ser praticado por quem possuísse um diploma legal, passado pelas escolas de enfermagem acreditadas pelo Estado.

Nesta década aumentaram-se os níveis habilitacionais para a frequência do curso de enfermagem, colocando a exigência ao nível do ensino liceal, o que constituiria um avanço significativo no processo de acreditação social e profissional do grupo. A robustez física e o bom comportamento moral eram condições indispensáveis para ser acreditado pelas escolas de enfermagem como capaz de exercer esta actividade. Uma das principais alterações que o regime político de então promoveu foi o de associar a enfermagem preferencialmente ao sexo feminino. As mulheres deviam dedicar-se exclusivamente à actividade, não podendo casar ou ter filhos. Esta regra manter-se-ia durante algumas décadas, até 1963 quando foi abolida. Além destas alterações surgiram, ainda na década de 40, novos cursos relacionados com a prática da enfermagem na tentativa de responder às crescentes necessidades sociais destes elementos. O mais relevante foi o curso de auxiliares de enfermagem criado em 1947 e que prolongou-se até 1974.

Na década de 60 do século passado existiam mais auxiliares do que enfermeiras/os o que constituía um forte problema interno de afirmação identitária e

perante os outros grupos profissionais ou perante a própria sociedade⁴⁴². A reforma da enfermagem de 1965 aumentou o nível de exigência habilitacional para o curso de auxiliares de enfermagem (instrução primária para 1º ciclo do ensino liceal) e para o curso de enfermagem geral (1º ciclo para 2º ciclo do ensino liceal).

Relativamente ao curso de enfermagem geral as habilitações foram gradualmente aumentando de modo a estarem em consonância com o que acontecia com cursos de nível superior. Em 1979 exigia-se o curso complementar dos liceus para a entrada nas escolas e, por exemplo, em 1988 exigia-se o 12º ano de escolaridade, encontrando-se as escolas de enfermagem num processo de afirmação e acreditação social e profissional dado que foram integradas no Sistema Educativo Nacional e, conseqüentemente, no ensino superior politécnico português, reconhecendo o Estado a sua importância.

Importa referir que ao longo da segunda metade do século XX as escolas de enfermagem passaram gradualmente das mãos dos administradores hospitalares, para as mãos dos médicos e do Estado e, numa segunda fase, para as mãos dos enfermeiros que, nomeadamente a partir da década de 60, passaram a liderar o ensino dos seus pares. O processo de recrutamento, nomeadamente as fracas habilitações literárias exigidas, influenciou e atrofiou a construção de uma identidade profissional forte do grupo e de uma jurisdição profissional mais definida.

O segundo aspecto que apontamos no início deste texto - As práticas de acreditação no interior das escolas de enfermagem - não passavam apenas pelas habilitações literárias. Havia, nomeadamente, na segunda metade do século XX, um perfil definido da/o enfermeira/o ideal e que circulava entre as diversas escolas de enfermagem procurando objectivá-lo. Assim, foram criados dispositivos que indagavam sobre as capacidades intelectuais, físicas e morais dos candidatos aos cursos de enfermagem.

Estes dispositivos, portanto no interior das escolas de enfermagem e no início do processo de pertença a um grupo, constituíam elementos de selecção e recrutamento das futuras/os enfermeiras/os.

⁴⁴² Sobre este assunto devem consultar-se os gráficos que construímos a partir do exemplo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

No ponto anterior avançamos algumas características que os candidatos deviam possuir. A questão neste ponto coloca-se na verificação de qualidades físicas, intelectuais, éticas e morais.

Assim, relativamente à robustez física procurava-se, através de fichas clínicas elaboradas propositadamente para o efeito, inquirir a/o candidato sobre doenças que havia tido até ali, as vacinações, os antecedentes hereditários e familiares entre muitos outros aspectos. Este dispositivo de selecção encontrámo-lo até à década de 80 do século XX.

A inquirição relativamente às potencialidades intelectuais passava até à década de 70 por um exame de aptidão que era sobretudo de natureza literária, devido às baixas exigências literárias solicitadas para a entrada nas escolas; gradualmente passou a utilizar-se outros meios relacionados com a psicologia cujos profissionais passavam a fazer parte do processo de integração activo dos estudantes nas escolas e a averiguar a sua orientação para o exercício da actividade, desenvolvendo a autonomia e a responsabilidade dos futuros alunos. No interior do Portugal democrático procuraram-se novas soluções através do programa Dicove que favoreciam a constituição de provas na área da motivação para o exercício da enfermagem e da adequação da personalidade do/a candidata para o efeito.

Estes dispositivos de recrutamento dos/as alunos/as permitiram definir o perfil identitário dos futuros profissionais de enfermagem ao longo do século XX. Não esqueçamos que o Estado influenciou decisivamente todo este processo e que o diálogo com outros grupos socioprofissionais, como os médicos, não foi facilitado. Os médicos assumiram um papel importante na construção histórica da identidade profissional da enfermagem. A sua missão, além de ensinar e durante muito tempo gerir as próprias escolas, era a de inquirir o corpo das/os candidatas/os procurando problemas de saúde inibidores desse bom desempenho necessário em contexto de trabalho. A formação escolar constituiu a mais importante forma de combater dificuldades e ajudar na construção e afirmação de uma jurisdição profissional própria da enfermagem.

Do estudo que promovemos no interior da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, entre 1948 e 1988, percebemos que o curso de Enfermagem caracterizou-se por um número assinalável de elementos do género feminino (80%). As alunas/os que procuravam o curso de enfermagem possuíam, em média, uma idade mais baixa do que aquelas/es que procuraram o curso de Auxiliares de Enfermagem. Possivelmente, a

certeza de querer entrar num curso desta natureza e a possibilidade de ascensão social constituía uma motivação ao ingresso no curso de Enfermagem Geral.

A proveniência geográfica também foi analisada. A maioria das/os alunas/os matriculadas/os era, tal como no curso de Auxiliares, proveniente do distrito de Castelo Branco, isto é do interior de Portugal, reforçando uma identidade profissional, de certo modo “regionalizada”, o que, por comparação a outros grupos socioprofissionais como a medicina, não favorecia a construção do prestígio social e interprofissional do grupo.

A documentação de arquivo, ao contrário do que aconteceu com o curso de Auxiliares, possibilitou-nos ir mais longe na análise relacionada com o curso de Enfermagem. Do conjunto dos 633 processos biográficos conseguimos recolher informações relevantes sobre o núcleo parental, nomeadamente a sua actividade ocupacional/profissional. Assim, quanto à actividade ocupacional do pai obtivemos informação em 422 processos e no caso da mãe, pela maior ausência de informação, recolhemos dados em 351 processos cadastrais.

Partimos do princípio que as origens sociais podem influenciar decisivamente as escolhas de um grupo socioprofissional e, conseqüentemente, os processos que conduzem ao reforço de uma determinada identidade ou da construção de uma jurisdição socioprofissional. Optamos por uma análise, primeiro, por grandes sectores económicos; depois, por categorias que agrupam actividades profissionais de modo a permitir uma leitura de proximidade.

Relativamente aos grupos específicos de recrutamento social – onde utilizamos os dados do género masculino devido ao maior número de informações – verificamos que a maioria dos trabalhadores encontra-se no interior da categoria “Artesãos/Operários/Trabalhadores qualificados e semi-qualificados” (37%); seguido da “Pequena e Média Burguesia Rural” (24%); e, em terceiro lugar, os trabalhadores que se incluíam na categoria “Trabalhadores Urbanos Não Qualificados” (11%).

A questão da mobilidade social e da localização geográfica da própria escola assume um importante papel na definição do perfil destas/es alunas/os matriculadas/os. Parece-nos claro que a procura deste tipo de instituições de formação representa uma vontade de ascender socialmente face à condição dos pais. Este argumento ganha ainda mais força se percebermos que o número de alunas/os matriculadas/os provenientes de categorias abastadas ou de profissões liberais é diminuto. Os pais das/os alunas/os matriculadas/os caracterizavam-se, principalmente, pela sua ligação aos trabalhos manuais ou à terra em contexto rural e/ou urbano.

Para terminar, reforçamos que o facto de terem existido dois cursos de enfermagem, nomeadamente o de Auxiliares e o de Enfermagem Geral, desvalorizou a actividade profissional. O número de Auxiliares de Enfermagem, num panorama geral e de acordo com outros estudos, foi superior em relação às/aos enfermeiras/os até à década de 70. A força dos auxiliares junto das associações representantes da enfermagem era enorme acabando por colocar, algumas vezes, as/os enfermeiras/os num plano secundário. Este é um aspecto que contribuiu para uma afirmação pouco segura, do ponto de vista social, do perfil identitário da enfermagem em Portugal até meados da década de 70.

Em suma, a formação escolar, através das escolas de enfermagem, funcionou como plataforma entre o ensino e a construção de um grupo em ascensão profissional. Construíram-se legalmente formas de recrutamento dos indivíduos de modo a captar os mais aptos de acordo com um conjunto de pré-requisitos. Estas formas de recrutamento constituem elementos credencialistas e articulam-se com as normas e os valores que os indivíduos deviam respeitar, assim como servem de elos intermediários em relação à construção jurisdicional, do ponto de vista profissional e académico, dos futuros membros do grupo da enfermagem portuguesa. Também o conhecimento profissional apreendido no interior das escolas de enfermagem constituiu uma forma de credencialismo, na medida em que através dos seus exames e provas de avaliação iam posicionando os alunos em determinados patamares que depois teriam reflexo no mercado de trabalho da enfermagem.

Na sequência do que analisamos neste capítulo vamos olhar para o processo de construção de conhecimento profissional, isto é de uma formação escolar que complementa o processo credencialista na medida em que as/os alunas/os também têm de ultrapassar um conjunto de actividades académicas relacionadas com o conhecimento como elemento de acreditação.

Capítulo III

A construção de um conhecimento profissional na formação inicial dos enfermeiros

Introdução

Este capítulo tem como objectivo central apresentar o processo de construção do conhecimento profissional das/os enfermeiras/os em Portugal ao longo do século XX, em particular na segunda metade dessa centúria. Que papel assumiram as escolas de enfermagem na construção do conhecimento profissional deste grupo? Que lugar ocuparam os responsáveis pelo ensino da enfermagem? Que influências encontramos no interior dos planos de estudo? Que modelos teórico-práticos a enfermagem seguiu? Que articulação existiu entre a teoria e a prática nos planos de estudo? Que relevância assumiram algumas disciplinas no desenvolvimento dos cuidados e do ensino de enfermagem e da própria profissão?

Para dar resposta a este conjunto de interrogações utilizamos um corpus documental recolhido, principalmente na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, entre 1948 e 1988. As principais fontes de informação podem dividir-se em três níveis: o primeiro nível, caracteriza-se pelos diplomas legais que dão enquadramento ao trabalho que desenvolvemos e apresentam a visão do Estado sobre as diferentes matérias; o segundo nível, caracteriza-se por fontes de informação provenientes do arquivo (morto) da Escola de Enfermagem de Castelo Branco; o terceiro nível, caracteriza-se por materiais recolhidos em bibliotecas, nomeadamente periódicos relacionados com a enfermagem.

Os grupos profissionais possuem um conjunto de saberes que foram estruturando e construindo que apelidam de conhecimento profissional. O conhecimento profissional é constituído por dois tipos de conhecimentos: o conhecimento de natureza teórico-abstracta; e o conhecimento de natureza prática. O resultado da conexão entre estes dois tipos de conhecimento permite a resolução e a colocação de problemas com os quais os grupos se confrontam no seu quotidiano.

O grupo das/os enfermeiras/os portuguesas/es, principalmente ao longo da segunda metade de novecentos, também construiu um conhecimento profissional baseado na articulação de saberes teórico-abstractos com saberes práticos. Do interior desta articulação surgiu um conhecimento profissional relacional apelidado de *cuidados de enfermagem*. Ismael Martins, professor da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias entre as décadas de 60 e 90 do século XX, define deste modo os cuidados de enfermagem:

“ (...) o objectivo da enfermagem e dos cuidados de enfermagem, baseado na ideia de que a saúde é um bem precioso, a finalidade do homem é ser feliz e as situações de doença são situações transitórias, tanto mais transitórias quanto desejável, e a missão fundamental do enfermeiro é ajudar a pessoa a superar essa crise”⁴⁴³.

O/A enfermeira/o é um(a) especialista direccionada/o para os *Cuidados de enfermagem* que visam directamente o bem-estar dos indivíduos nas suas várias vertentes, nomeadamente, biológicas, sociais, psicológicas e religiosas⁴⁴⁴.

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se por promoverem uma relação interactiva entre “enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade”⁴⁴⁵. As/os enfermeiras/os devem estabelecer uma relação de ajuda com o doente, utilizar metodologias científicas, identificar problemas de saúde, recolher informação, fazer diagnósticos de enfermagem, executar cuidados promotores de bem-estar, planear e avaliar para executar cuidados e colaborar no interior de equipas multidisciplinares.

As intervenções na área da enfermagem consideram-se de dois tipos: autónomas e interdependentes. A partir de 1996, consideraram-se autónomas as “acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (...) seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”⁴⁴⁶. As acções interdependentes são aquelas realizadas “em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados”⁴⁴⁷.

As escolas de enfermagem assumiram um papel decisivo na construção do conhecimento profissional deste grupo (*expertise*). O conhecimento que ali circulava resultou da formalização de um conjunto de saberes práticos que se articularam com uma dimensão teórica e que possibilitou a construção de um Saber com um determinado grau de autonomia: os cuidados de enfermagem.

Claude Dubar defende que a posse de conhecimento “permite, antes de mais, estabelecer uma separação entre os “verdadeiros profissionais” integrados (...) e tendo

⁴⁴³ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 16 (Anexos).

⁴⁴⁴ Cf. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Repe)*, Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 161 de 04 de Setembro de 1996.

Sobre o conceito de bem-estar deve consultar-se: ALMEIDA, Carlos Manuel Rosa (2009), *Saúde e Bem-estar no concelho de Castelo Branco: avaliação do binómio prestação de cuidados de saúde e efectividade em saúde*, Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

⁴⁴⁵ *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, op.cit.*

⁴⁴⁶ Idem.

⁴⁴⁷ Idem.

ultrapassado todo o curso de formação ou parte dele e os “falsos” profissionais periféricos que não transitaram pela “via real”⁴⁴⁸. A “via real” caracteriza-se pela aprendizagem, pela qualificação e competências adquiridas nas escolas de enfermagem relacionadas com o acto de cuidar que oferecem as ferramentas para a acção no domínio específico dos cuidados de enfermagem.

Os “regimes de verdade” que as escolas de enfermagem, e em particular os seus professores, transmitiam aos seus alunos revelaram-se importantes na medida em que constituíam ferramentas teórico-práticas socialmente necessárias. Os cuidados de enfermagem assumiram utilidade social em contextos diversificados, encontrando-se uma articulação entre o campo de acção formativo e profissional que se cruza com as dimensões estatal, científica e social em todos os momentos.

O conhecimento representa uma importante fonte de poder profissional⁴⁴⁹ e constitui uma enorme centralidade no processo de afirmação identitária do grupo que estamos a analisar. É relevante conhecer os eixos estruturadores do conhecimento em enfermagem, os principais saberes que o influenciaram e que ajudaram a construir um conhecimento especializado, embora relacional, com um determinado grau de autonomia: *o Saber-Cuidar*⁴⁵⁰.

Andrew Abbott assume que o conhecimento teórico-abstracto constitui o principal recurso profissional dos grupos. Este tipo de conhecimento garante a constituição de jurisdições académicas e profissionais controladas monopolisticamente. O autor refere que só o conhecimento pode definir e formular problemas e encontrar no seu interior a resolução para as interrogações ou novas “equações” colocadas para solucionar os problemas⁴⁵¹.

Na opinião de Keith Macdonald, a valorização dos conhecimentos práticos só por si, no caso da enfermagem, representa uma desvalorização e banalização do domínio dos cuidados de enfermagem que o grupo assume como espaço próprio⁴⁵². É necessário, de acordo com o autor, valorizar a componente abstracta do conhecimento articulando-a com a dimensão prática.

Claude Dubar salienta que os saberes práticos desenvolvem uma formação em si mesma válida e útil para o trabalho, todavia pouco reconhecida do ponto de vista

⁴⁴⁸ DUBAR, Claude (1997), *Op. Cit.*, pp. 144.

⁴⁴⁹ FREIDSON, Eliot (1988), *Op. Cit.*, pp. 64.

⁴⁵⁰ RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Op. cit.*, pp. 112.

⁴⁵¹ ABBOTT, Andrew (1992), *Op. Cit.* pp. 52-57.

⁴⁵² MACDONALD, Keith (1995), *Op. Cit.* pp. 135/136.

académico. É a partir dos saberes teóricos que as configurações identitárias ganham um novo fôlego, na medida em que são estes “os discursos que valorizam os diplomas e a mobilidade (...) como meio de adquirir títulos socialmente valorizados. Os saberes técnicos são aqueles que relacionam a teoria com a prática e que permitem a aplicabilidade da formação a problemas específicos. Considera que estes saberes técnicos “são saberes de aplicação que permitem à experiência aprofundar e enriquecer esquemas que têm o seu fundamento na teoria científica”. O conhecimento onde a articulação entre saberes teóricos e práticos constitua uma característica, como é o caso da enfermagem, assume uma enorme centralidade na construção de identidades sociais e profissionais⁴⁵³.

Em suma, pretendemos apresentar o processo de construção histórica dos cuidados de enfermagem como um processo dinâmico influenciado por diferentes actores, grupos profissionais e, também, pelo Estado. Este processo constitui um importante elemento para a compreensão daquilo que caracteriza hoje, como tivemos oportunidade de referir acima, este grupo socioprofissional e como mecanismo de afirmação de um grupo especializado na prática dos cuidados de enfermagem com uma jurisdição académica e profissional própria.

Para já, olhemos para a constituição do corpo docente das escolas de enfermagem, utilizando como exemplo a evolução do corpo docente da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Depois procederemos à análise da importância dos planos de estudo na construção académica de um grupo socioprofissional como este.

1. O ensino da enfermagem: de monitor ao enfermeiro – professor (o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco: 1948-1988)

Num sistema competitivo de profissões o domínio da formação, caracterizado por um conjunto de conhecimentos teórico-práticos, constitui um elemento relevante de reconhecimento científico, social e de desenvolvimento profissional, permitindo a sobrevivência das actividades profissionais no interior de um campo de disputas onde as relações interprofissionais se estabelecem de forma dinâmica entre os grupos⁴⁵⁴. A possibilidade de organizar exclusivamente as práticas educativas e escolares dos

⁴⁵³ DUBAR, Claude (2003), “ Formação, Trabalho e Identidades Profissionais”. *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 49 e 50.

⁴⁵⁴ ABBOTT, Andrew (1988) *Op. Cit.* pp. 9.

membros do grupo representa uma característica-chave na produção das identidades profissionais⁴⁵⁵. O corpo docente de uma escola pode ilustrar essa interactividade existente entre diferentes grupos ou formações que se movimentam no seu interior e que influenciaram de forma determinante o processo de afirmação da identidade profissional⁴⁵⁶ da enfermagem.

O domínio da formação em enfermagem foi uma conquista gradual onde se verificou a passagem de um corpo essencialmente médico para um corpo docente caracterizado sobretudo por enfermeiras/os. A capacidade do grupo de ensinar os seus pares, e daí poder alcançar credibilidade académica e aumentar a sua jurisdição profissional, é um ponto da maior importância na produção da identidade profissional das/os enfermeiras/os, alcançado ao longo da segunda metade de noventa e zero. Este processo de alteração do corpo docente das escolas de enfermagem representa bem as dificuldades de afirmação de um grupo em emergência, face a outros grupos que o dominavam (os médicos).

Ao longo da década de 50, do século XX, as escolas de enfermagem recrutavam os seus docentes de acordo com as suas necessidades de serviço. O critério passava pelo reconhecimento da competência para o exercício da actividade e pela sua idoneidade moral. A divisão do trabalho escolar versava em torno de três categorias: a de professor, a de monitor e a de auxiliar de monitor⁴⁵⁷.

“A formação de professores na década de 50, acontecia de forma um pouco diferente para o ensino da enfermagem, na medida em que sendo os professores (assim considerados) os médicos, a formação que possuíam era a da sua área profissional, adquirida tanto na perspectiva académica como na perspectiva profissional”⁴⁵⁸.

Os professores (médicos) assumiam uma condição intelectual no ensino da enfermagem e os monitores (enfermeiros), coadjuvados pelos auxiliares de monitor,

⁴⁵⁵ FREIDSON, Eliot (1986), *Op. Cit.* pp. 64.

⁴⁵⁶ CF. MACDONALD, Keith (1995), *Op. Cit.* pp. 163 e seguintes.

⁴⁵⁷ Também existiam os professores não médicos como as assistentes sociais.

A Escola Técnica de Enfermeiras constituía a excepção à regra, como aliás já demonstramos no segundo capítulo deste trabalho. De acordo com José Amendoeira “nos espaços de formação que foram analisados. Essencialmente das escolas dependentes, primeiro do Ministério do Interior e posteriormente do Ministério da Saúde tem sido referida uma escola que Soares (1997) designou por uma «escola diferente» - a Escola Técnica de Enfermeiras” dado que “nesta escola, desde o seu início “o corpo docente (...) foi sempre constituído, primordialmente, por enfermeiras responsáveis pelos conteúdos da Ciência e Arte da enfermagem” in AMENDOEIRA, José (2006), *Uma biografia partilhada da enfermagem – A segunda metade do século XX 1950-2003 – um contributo sócio-histórico*, Coimbra: Formasau, pp. 331.

⁴⁵⁸ AMENDOEIRA, José (2006), *Uma biografia partilhada da enfermagem – A segunda metade do século XX 1950-2003 – um contributo sócio-histórico*, Coimbra: Formasau, pp. 330.

ministravam a técnica e orientavam os estágios dos alunos. Esta relação reflectia a condição de subserviência da enfermagem, mesmo dentro das instituições de formação de enfermeiras/os, face à medicina. Nesta sequência, também nas organizações hospitalares, ou outras, era o médico que propunha a execução de tarefas ao profissional de enfermagem, apresentando-se as escolas como que bastidores da realidade organizacional.

Qualquer contratação de professores, monitores ou auxiliares de monitor deveria passar pelo escrutínio da tutela. Por exemplo, a Escola de Enfermagem de Castelo Branco, inicialmente de carácter particular, enviou uma proposta a 17 de Março de 1948 de contratação de docentes para a constituição do quadro de professores que iria ministrar o ensino da enfermagem no início do ano lectivo seguinte. A resposta à proposta foi positiva e chegou a 26 de Abril do mesmo ano⁴⁵⁹. Nessa proposta verificamos que o núcleo central do ensino da enfermagem era constituído por quatro médicos e apenas uma enfermeira, ilustrando o que dissemos acima sobre o domínio médico na formação em enfermagem.

Nas primeiras décadas da segunda metade da centúria de novecentos, o corpo docente era composto maioritariamente por médicos (professores) e poucas/os enfermeiras/os (monitoras). A primeira monitora que a escola albacastrense conheceu foi Maria Branca Mourão Lamarchand Souchet, antiga aluna da escola, que iniciou funções em 1952, leccionando a disciplina de Técnicas de Enfermagem, em colaboração com um médico⁴⁶⁰. Depois do ingresso desta monitora, apenas em 1962, assistimos à contratação de um outro monitor de enfermagem: Leonel Pires de Paula, que leccionava Enfermagem Geral e História da Enfermagem e, ainda, Enfermagem Médica. Na segunda metade da década de 60, foram ainda contratadas as enfermeiras Maria Augusta de Magalhães, como auxiliar de monitor, encontrando-se ligada à disciplina de enfermagem psiquiátrica e doenças infecto-contagiosas; a auxiliar de monitor Amélia Cêpa que leccionava enfermagem cirúrgica, obstétrica e pediátrica; Maria de Fátima Magalhães e o enfermeiro Ismael Martins que leccionavam ao curso de auxiliares de

⁴⁵⁹ A proposta referia os seguintes nomes: 1) Dr. José Lopes Dias, director do dispensário de puericultura e fundador da escola de enfermagem; 2) Dr. António Ramos Proença, subdelegado do Instituto de Assistência à Família; 3) Dr^a D. Clotilde da Costa Castanheira, médica e encarregada da Consulta de Higiene Pré-Natal; 4) Dr. Manuel Lopes Louro, médico interno e radiologista do Hospital da Misericórdia de Castelo Branco; 5) D. Maria Amélia Marques, secretária; 6) D. Isaura Costa, Visitadora Social e a analista; 7) D. Filomena Xavier Barata, Auxiliar Social de 2º do Instituto de Assistência à Família; 8) Enfermeira-Chefe do Hospital da Misericórdia de Castelo Branco. AEECB - *Livro de Correspondência expedida e recebida* nº 1.

⁴⁶⁰ O Dr. António Ramos Proença, Subdelegado do Instituto de Assistência à Família.

enfermagem a disciplina de enfermagem; e, por fim, Maria de Fátima Fortunato e a Enfermeira Maria da Conceição Silva, ambas monitoras auxiliares. Mas, quais eram as competências dos diferentes elementos que compunham o corpo docente?

No *Regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco*, de 1952, clarificaram-se as competências relacionadas com os professores, monitores e auxiliares, na sequência das alterações legislativas promovidas pela reforma desse mesmo ano. Assim, de acordo com este regulamento, competia aos professores (médicos) a regência de aulas teóricas de todas as disciplinas, com excepção de Técnica de enfermagem que se encontrava a cargo de enfermeiras/os, embora podendo colaborar quando solicitados para algumas matérias. Cabia-lhes a tarefa de coordenar as actividades de ensino/aprendizagem entre as diferentes disciplinas. Também deviam cooperar activamente na formação dos alunos, tratá-los com afabilidade e “ser em tudo exemplo de sã moralidade e de escrupuloso cumprimento dos deveres profissionais e cívicos”⁴⁶¹. Por fim, salientava-se a necessidade de executarem os trabalhos circumscolares que lhes fossem distribuídos.

Relativamente aos monitores (enfermeiros), competia-lhes a regência de aulas teóricas de Técnica de enfermagem, como dissemos atrás, das aulas de adaptação profissional e de todas as aulas de natureza prática que compusessem o curso. Fazia parte das suas competências a construção de planos de estágio que deviam ser discutidos em sede de Conselho Escolar e, também, a chefia das enfermarias-escola. No mesmo sentido, a orientação técnica e moral dos alunos estava a seu cargo devendo “incutir-lhes o respeito pela profissão a que se destinam e constituir permanente exemplo da fiel observância dos princípios da moral tradicional e da deontologia profissional”⁴⁶². Finalmente, era sua missão informar o director do comportamento, aproveitamento e assiduidade dos alunos. Por norma, havia também uma enfermeira monitora-chefe que exercia a tarefa de coordenação das monitoras. No caso dos auxiliares, coadjuvavam os monitores no exercício das suas funções e “executam os serviços que estes lhes destinarem”⁴⁶³. Ou seja, a natureza prática do saber da enfermagem.

⁴⁶¹ AEECB – *Regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1952).

⁴⁶² Idem.

⁴⁶³ Idem.

No ano lectivo de 1959/1960 esta escola contava com a presença de 12 professores que ministravam ali o seu saber e uma secretária⁴⁶⁴. Desse universo, 8 professores eram médicos com formação em diferentes especialidades⁴⁶⁵, continuando a existir apenas uma monitora⁴⁶⁶. Além destes, encontramos uma analista⁴⁶⁷, um inspector escolar⁴⁶⁸ e um arcepreste⁴⁶⁹.

A dificuldade de contratação de pessoal habilitado para o efeito era outro problema que deveria ser resolvido, nomeadamente nas escolas do interior do país, pois o ensino da enfermagem era pouco atraente⁴⁷⁰. De acordo com Ismael Martins era mais rentável o trabalho em meio hospitalar do que numa escola de enfermagem, o que constituía um enorme entrave ao desenvolvimento académico das escolas de enfermagem e à respeitabilidade dos seus alunos do ponto de vista socioprofissional, dificultando o reforço identitário do grupo. Como afirma o citado autor:

“A lei exige-lhe, e ainda bem, maiores qualificações e aptidões, quer académicas quer profissionais, quer mesmo de outras naturezas. Em contrapartida, porém, oferece-lhe, e ainda mal, piores condições de trabalho e menos dinheiro. Todo o enfermeiro, acabado de sair duma Escola de Enfermagem, que vá trabalhar para um hospital e fazer um rotativo normal, auferir no fim do mês substancialmente mais alguns milhares de escudos do que qualquer dos professores que orientou durante três anos a sua formação”⁴⁷¹.

Esta lógica minimalista em relação aos docentes, muito por força do grupo dos médicos, dificultava o desenvolvimento da enfermagem. Aos poucos foi-se alterando, e o grupo foi reclamando mais formação no domínio do ensino da enfermagem, e da administração, de modo a poder assumir, maioritariamente, a formação dos seus pares e a direcção das instituições educativas onde se formavam.

⁴⁶⁴ A secretária era a D. Maria Amélia Marques.

⁴⁶⁵ AEECB. Correspondência expedida, 09 de Dezembro de 1959, pp. 2 e 3. Os médicos eram: José Lopes Dias (Médico e director); António Ramos Proença (Médico e professor); Manuel Lopes Louro (Médico e professor); António de Oliveira, Filho (Médico e professor); D. Cândida Monteiro Trindade (Médica e Professora); Henrique Mendes Carvalhão (Médico e professor); José Pissarra Xavier Lopes Dias (Médico e Professor) e Fausto Seabra de Almeida (Médico e Professor).

⁴⁶⁶ A monitora e enfermeira era D. Branca Mourão Lamarchand Souchet.

⁴⁶⁷ A analista e professora era D. Maria do Carmo Fernandes da Silva Cavalheiro.

⁴⁶⁸ O Inspector escolar e professor era José Pires Antunes.

⁴⁶⁹ O arcepreste e professor era o cónego Anacleto Pires da Silva Martins.

⁴⁷⁰ José Lopes Dias referia, a 24 de Outubro de 1961, que as “condições de provimento de monitores e auxiliares de monitores prevê uma das grandes dificuldades das escolas de província, de não haver monitores diplomados ou meios de se remunerarem”. AEECB – *Ofício enviado ao Inspector-chefe da Assistência Social, Correspondência expedida, 24 de Outubro de 1961*, pp. 3.

⁴⁷¹ MARTINS, Ismael (1982), *Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias – Subsídios para uma História*, Castelo Branco, pp. 23.

Ao entrarmos na década de 60 discutia-se a necessidade de reformar o ensino da enfermagem. Em 1964 foi criado o *Sector do Ensino da Enfermagem*⁴⁷² que era constituído por enfermeiras no âmbito da Direcção Geral dos Hospitais e que esteve na base da construção da reforma do ensino de enfermagem de 1965, que muito contribuiu para o desenvolvimento e afirmação do ensino de enfermagem em Portugal. Lucília Nunes refere que embora “não sendo a ruptura com o passado, o diploma anuncia a passagem do ensino da enfermagem para as mãos dos enfermeiros, assinalando um período de transição de 5 anos (até 1972)”⁴⁷³. Desta discussão resultou em Junho de 1965 o Decreto-Lei nº 46 448 que propôs o aumento da exigência ao nível das habilitações literárias para o ingresso nos cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem.

Paralelamente discutia-se a necessidade deste grupo possuir uma carreira própria. As negociações entre o Estado e os representantes das/os enfermeiras/os alcançaram um acordo em 1967. Neste ano a carreira de enfermagem surge ao lado de outras carreiras como a de médico, todavia num patamar inferior em relação aos últimos. A profissão de enfermeira/o alcançava uma base mais sólida enquanto actividade profissional. O Estado assumiu um papel decisivo ao permitir a valorização desta actividade profissional.

A partir deste momento os professores de enfermagem passaram a reger-se por novas categorias e competências, embora com designações idênticas, definindo uma nova jurisdição para a enfermagem, submetendo-se porém à burocratização proposta pelo Estado tornando-se em boa parte funcionários dependentes deste poder.

A carreira encontrava-se dividida em três categorias: os auxiliares de monitor, os monitores e os enfermeiros-professores/monitores-chefes/directores de escola. No entanto, a categoria mais ilustrativa da afirmação da importância do ensino de enfermagem para o grupo socioprofissional, sob a alçada do Ministério da Saúde e Assistência, foi a de Enfermeiro-Professor.

Os auxiliares de monitor eram escolhidos entre os “enfermeiros habilitados com o 3º ciclo liceal” e deviam, ainda, possuir “pelo menos, um ano exercício de

⁴⁷² Faziam parte os médicos Jorge Silva Araújo e Armando Sales Luís; a enfermeira Mariana Diniz de Sousa e a assistente social Elizabeth Casquilho Costa (Nunes, 1997: 303).

⁴⁷³ NUNES, Lucília (2003), *Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência, pp. 302 e 303.

enfermagem”⁴⁷⁴. Os monitores deviam ser “recrutados por concurso de provas, entre os auxiliares de monitores com, pelo menos, dois anos de categoria e a habilitação do curso de enfermagem complementar, da secção de ensino”⁴⁷⁵. No entanto, os enfermeiros com o mesmo curso de enfermagem complementar podiam concorrer aos mesmos lugares desde que tivessem cumprido noutra instituição de saúde cinco anos de serviço.

Relativamente aos enfermeiros-professores e monitores-chefe eram “recrutados por concurso de provas, entre os monitores com, pelo menos, três anos de exercício na categoria”⁴⁷⁶. Os directores de escola também deviam ser escolhidos entre “enfermeiros-professores e monitores-chefe, desde que aprovados em concursos nacionais de habilitação”⁴⁷⁷.

Existia uma intenção declarada neste decreto-lei de passar para a alçada dos enfermeiros o ensino relacionado com a sua profissão. Este constituiu um momento marcante de afirmação e legitimação da enfermagem perante outros grupos profissionais e perante a sociedade da época. Estava ainda contemplado que o horário de trabalho do pessoal de enfermagem nos serviços de ensino deveria coincidir entre as 6 horas diárias ou 36 horas semanais. Um horário mais favorável do que, por exemplo, acontecia com as carreiras hospitalar⁴⁷⁸ e de saúde pública⁴⁷⁹.

O diploma de 1967, no que diz respeito à carreira de ensino de enfermagem, manteve-se vigente até 1981, apesar de em 1976 terem sido objecto de revisão aspectos pontuais que tinham a ver com os escalões de remuneração e provas de acesso às categorias, criadas em 1967, e de ter sido introduzida uma nova categoria – a de director da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem⁴⁸⁰. A ideia da unificação das três

⁴⁷⁴ Decreto-Lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967 (art. 5º, 1). Importa referir que nas disposições transitórias deste documento legal estava previsto que até final do ano de 1973, os auxiliares de monitor podiam ser recrutados apenas com o 2º ciclo do ensino liceal.

⁴⁷⁵ Decreto-Lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967 (art. 5º, 2).

⁴⁷⁶ Idem. (Art, 5, 3).

⁴⁷⁷ Idem. (Art.5, 4).

⁴⁷⁸ Nos serviços hospitalares de 8 horas diárias ou 48 semanais.

⁴⁷⁹ Nos serviços de saúde pública, 7 horas diárias ou 42 horas semanais.

⁴⁸⁰ Decreto nº 534 de 8 de Julho de 1976. No art. 7 podemos ler: “Só podem ser providos em lugares de auxiliar de monitor os profissionais de enfermagem que tenham um mínimo de três anos de bom e efectivo serviço”. No art. 8º lê-se “Os auxiliares de monitor que completem nessa qualidade, seis anos de serviço efectivo transitam para a letra H”. No art. 10º refere-se que “O provimento nos lugares correspondentes à letra G na carreira de ensino de enfermagem é feito mediante concurso de provas públicas a que podem concorrer auxiliares de monitor habilitados com a secção de ensino do curso de enfermagem complementar, desde que tenham um mínimo de cinco anos de exercício na categoria”. No que diz respeito à nova categoria – director da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem – “exercem essas funções em comissão de serviço, sendo escolhidos entre os profissionais pertencentes a qualquer das categorias correspondentes à letra F” (Art. 12.) (O mesmo procedimento era aplicado aos cargos de inspectores de enfermagem).

carreiras criadas em 1967 – Hospitalar, Saúde Pública e Ensino – ganhou forma ao longo da década de 70, mas foi no decénio seguinte que assistimos à concretização desse processo. Em 1981, a carreira de ensino também passou a constar no mesmo diploma das restantes, considerando-se que “a carreira de enfermagem é única, aplicando-se a três áreas de actuação, correspondentes, respectivamente, à prestação de cuidados, à administração e à docência”⁴⁸¹.

Tabela 11 – A evolução da carreira de enfermagem entre 1967 e 1988.

A evolução da carreira de ensino da enfermagem em Portugal (1967-1988)					
Letras	1967	1976	Graus	1981	1985
M					
L					
J			1		
I	Auxiliar de Monitor.		2	Enfermeiro-monitor	O mesmo da anterior.
H	Auxiliar de Monitor ⁴⁸² .		3	Enfermeiro-assistente	O mesmo da anterior
G	Monitor – Monitor-chefe e enfermeiro professor.		4	Enfermeiro - Professor	O mesmo da anterior.
F	Director de escola e técnico de enfermagem (serviços centrais).		5	Técnico de enfermagem	O mesmo da anterior.
E		Director da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem.			

Fonte: Decreto-Lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967; Decreto nº 534 de 8 de Julho de 1976; Decreto-Lei nº 178 de 23 de Maio de 1985; Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981.

O quadro anterior permite analisar a evolução das diferentes categorias dos professores de enfermagem. Relativamente ao conteúdo funcional de cada uma das categorias, segundo o decreto-lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981, o enfermeiro-monitor devia “colaborar no ensino teórico e prática dos alunos do curso de enfermagem geral, sob a responsabilidade dos enfermeiros-professores”. Competia-lhe também “prestar cuidados de enfermagem, tendo em vista a aprendizagem dos alunos”

⁴⁸¹ Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981 (art.º 1, 4).

⁴⁸² Podiam transitar para enfermeiros assistentes, em 1981, os Auxiliares de monitor com um curso de especialização em enfermagem legalmente instituído e a secção de ensino do curso de enfermagem complementar.

assim como “colaborar na orientação, supervisão e avaliação do curso de enfermagem”⁴⁸³.

Quanto ao enfermeiro-assistente devia “ministrar o ensino teórico aos alunos dos cursos de enfermagem de base e pós-base, em particular das matérias da sua especialização”. No mesmo sentido, competia-lhe “prestar cuidados de enfermagem especializados tendo em vista a aprendizagem dos alunos”, “orientar, supervisionar e avaliar os alunos dos cursos de enfermagem, “colaborar na orientação e supervisão e avaliação dos enfermeiros-monitores”, “realizar e participar em trabalhos de investigação no âmbito do ensino de enfermagem”, “fazer parte da gestão dos cursos de enfermagem, se para tal for designado” e, por fim, “colaborar em acções de formação permanente realizadas pela escola de enfermagem ou por outros serviços, quando solicitado”⁴⁸⁴.

Aos enfermeiros-professores além de algumas tarefas que o enfermeiro assistente também desenvolvia competia-lhe, em especial, “participar no estabelecimento dos padrões de formação e de funcionamento da escola de enfermagem”, “orientar e avaliar a aplicação dos princípios de formação e funcionamento dos serviços da escola de enfermagem e propor as medidas necessárias à melhoria do nível de formação e da gestão dos serviços”, “planear, organizar, coordenar e avaliar cursos de enfermagem de base e pós-base ou áreas de aprendizagem dos mesmos”, “orientar, supervisionar e avaliar a actividade pedagógica e científica dos enfermeiros assistentes e enfermeiros monitores”, dar apoio técnico, em matéria da sua competência, aos serviços da administração central” e “promover e participar em trabalhos de investigação no âmbito da pedagogia aplicada à enfermagem e da administração do ensino”⁴⁸⁵.

Era também no interior desta categoria que se recrutavam os enfermeiros directores de escolas de enfermagem a quem competia, em particular, “assegurar a gestão da escola de enfermagem”, “orientar, supervisionar, coordenar e avaliar a actividade pedagógica e científica dos enfermeiros professores”, “elaborar anualmente o plano e relatório de actividades da escola de enfermagem, ouvido obrigatoriamente os órgãos competentes”, “coordenar as actividades de todos os órgãos e serviços da escola de enfermagem e estabelecer medidas de correcção, se necessário” e “responder, perante os

⁴⁸³ Art. 4, ponto 2 a), b) e c).

⁴⁸⁴ Art.º5, ponto 3 a) a g).

⁴⁸⁵ Art. 6, ponto 2 a) a f).

órgãos competentes, pelo cumprimento da lei e das normas regulamentares superiormente aprovadas”⁴⁸⁶.

As/Os professores enfermeiras/os que ingressaram na escola de Enfermagem de Castelo Branco entre 1948 e 1974 possuíam um conjunto de características comuns. A esmagadora maioria das/os professores, era natural do distrito de Castelo Branco ou dos distritos de proximidade (Ex. Guarda ou Portalegre) reflectindo o carácter regional da escola que já tínhamos comprovado no caso da proveniência dos alunos de enfermagem. No mesmo seguimento, 7 das/os 8 monitoras/es que encontramos, no arco temporal que referimos anteriormente, foram recrutados no interior da própria Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Isto é, todos os docentes, excepto um, frequentaram o curso de enfermagem geral da escola, constituindo um mecanismo de recrutamento dos futuros docentes de enfermagem, a preferência pelos alunos formados no interior daquela instituição escolar, podendo deste modo, junto das gerações de alunos futuras⁴⁸⁷, afirmar-se uma determinada cultura instituída na escola. Efectivamente Ismael Martins é bem peremptório em relação a esta ideia quando diz que enquanto a escola foi particular (1948-1973) o recrutamento de professores era por convite a antigos alunos da própria instituição: “Nós procurávamos que os bons alunos formados na escola fossem atraídos para ficar na escola. Aliás, eu sou um bom exemplo disso porque queria ir para Lisboa e o director [José Lopes Dias] não me deixou ir, fez-me ficar na escola”⁴⁸⁸.

No ano lectivo de 1969/70 a Escola de Enfermagem de Castelo Branco já possuía um maior equilíbrio entre o número de médicos que ensinavam (10) e o número de enfermeiros que exerciam a carreira da docência (8). Verificamos um aumento do número de professores enfermeiros face ao que aconteceu na década de 50 (1) e ao longo da primeira metade da década de sessenta (2/3).

No interior do Portugal democrático esta tendência de aumento do número de professoras enfermeiras/os nas diferentes categorias manteve-se, consolidando desse

⁴⁸⁶ Art.º 6, ponto 4 a) a g).

⁴⁸⁷ Maria Branca Mourão Lamarchand Souchet foi aluna do primeiro curso de enfermagem geral da escola entre 1958 e 1959; Leonel Pires de Paula frequentou o curso entre 1959 a 1962; o enfermeiro Ismael Martins entre 1963 e 1966; a enfermeira Maria Augusta Assunção Marinho de Magalhães entre 1957 e 1960; a enfermeira Maria de Fátima Fortunato entre 1964 e 1967; a enfermeira Maria da Conceição da Silva entre 1965 e 1968; a enfermeira Amélia Cêpa entre 1962 a 1965; não encontramos referência sobre a enfermeira Maria de Fátima Magalhães.

⁴⁸⁸ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 7 (cf. Anexos).

modo o domínio da formação em enfermagem⁴⁸⁹. De acordo com o livro de termos de posse⁴⁹⁰ transitaram, depois da revolução de Abril, para os mapas de pessoal da escola cinco dos professores referidos anteriormente: Maria Branca Lamarchand Souchet, como monitora; Leonel Pires de Paula; Maria Augusta de Assunção Marinho de Magalhães⁴⁹¹; Maria de Fátima Fortunato e Ismael Martins, todos na categoria de auxiliar de monitor.

Entre 1975 e 1988 verificamos que tomaram posse na escola de enfermagem um conjunto de novos professores que vieram ocupar novos lugares do mapa de pessoal e, deste modo, dar resposta à procura crescente que se verificou em relação ao curso de enfermagem. Maria Elisa Gonçalves da Cunha Tavares de Lima⁴⁹² (1975), Maria Cesarina Guerra de Moraes d'Oliveira Belo⁴⁹³ (1975), Vicência de Brito Campos (1976), António Fernando Alves Marrucho⁴⁹⁴ (1977), Maria Alice Proença Barata (1977), António Luís Gil Luzio (1985), José Manuel Preto Ribeiro (1987), José Augusto Domingues Alvito (1987), Maria Emília Bengala Duarte (1988) e, por fim, Maria Fernanda Neto Saraiva Ribeiro da Cruz (1988) juntaram-se aos anteriores. Curiosamente a maioria destes docentes (7/10) também foram antigos alunos da própria escola de enfermagem⁴⁹⁵. A sua naturalidade mantém as mesmas características dos docentes a que nos referimos para o período do Estado Novo, isto é verifica-se que a

⁴⁸⁹ No Portugal democrático conseguimos apurar que entraram na Escola de Enfermagem de Castelo Branco os seguintes docentes: Além das/os Enfermeiras/os Maria Branca Mourão Lomarchand Souchet (1952); Leonel Pires de Paula (1962); Ismael Martins (1967); Maria Augusta Assunção Marinho de Magalhães (1963 (interrompeu) 1967 (reiniciou); Maria de Fátima Fortunato (1967) que já se encontravam ao serviço antes de 1974, encontramos: Maria Elisa Gonçalves da Cunha Tavares de Lima (1975); Maria Cesarina Guerra de Moraes D'Oliveira Belo (1975); Vicência de Brito Campos (1976); António Fernando Alves Marrucho (1977); Maria Alice Proença Barata Garcia (1977); António Luis Gil Luzio (1985); José Manuel Preto Ribeiro (1987); José Augusto Domingos Alvito (1987); Maria Emília Bengala Duarte (1988); Maria Fernanda Neto Saraiva Ribeiro da Cruz (1988); entre outros que não conseguimos encontrar o registo biográfico ou cujas datas de ingresso não aparecem.

⁴⁹⁰ AECB – *Livro de termos de Posse*, 1974 – 1989.

⁴⁹¹ Exerceu funções na Santa casa da misericórdia de Sarzedas como Auxiliar Social.

⁴⁹² Antes do ingresso na Escola de Enfermagem, trabalhou na Delegação de Saúde do Distrito de Castelo Branco como enfermeira de saúde pública.

⁴⁹³ Exerceu funções como enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra entre 1965 e 1971.

⁴⁹⁴ Este docente assumia uma enorme preocupação com a formação permanente. Participou num conjunto alargado de formações, congressos, jornadas e simpósios cujo objectivo maior era a actualização dos seus conhecimentos. Na área do exercício hospitalar trabalhou de Setembro de 1972 a Janeiro de 1973 nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Entre 1973 e 1975 foi para o exército como enfermeiro (Angola). Fez ainda parte da Comissão Colegial do serviço de Orto-Traumatologia dos HUC. Foi sócio do Sindicato dos Enfermeiros do Centro, chegando a fazer parte dos corpos gerentes do mesmo.

⁴⁹⁵ Maria Elisa Gonçalves da Cunha Tavares de Lima frequentou o curso de enfermagem geral entre 1964 e 1967; Vicência de Brito Campos entre 1970 e 1973; Maria Alice Proença Barata Garcia ingressou primeiro no curso de auxiliares de enfermagem no ano lectivo de 1968/1969; António Luis Gil Luzio de 1974 a 1977; José Manuel Preto Ribeiro entre 1979 e 1982; Maria Emília Bengala Duarte e Maria Fernanda Neto Saraiva Ribeiro da Cruz entre 1977 e 1980.

maior parte era proveniente do distrito de Castelo Branco (7/10)⁴⁹⁶. De acordo com Ismael Martins a Escola de Enfermagem de Castelo Branco sempre sofreu com a falta de pessoal docente, sobretudo enquanto escola particular. A partir do momento em que foi oficializada as coisas melhoraram neste aspecto:

“A falta de enfermeiros na nossa escola concretamente, enquanto foi particular, é natural porque não tínhamos muito dinheiro para pagar e era o mínimo exigido por lei. A partir da oficialização da escola, em Agosto de 1973, as coisas modificaram-se um pouco, um pouco mais de dinheiro do Estado e entretanto, depois dessa oficialização houve a instalação da escola, no ano seguinte foi o 25 de Abril, depois seguiu-se a década agitada de 70, mas logo que eu fui nomeado director da escola comecei a abrir concursos e a tentar motivar enfermeiros para a profissão, e começaram a aparecer”⁴⁹⁷.

A maioria dos docentes iniciavam funções como auxiliar de monitor/enfermeiro-assistente, excepto os que já possuíam outra categoria proveniente do Estado Novo, alcançando a categoria de enfermeiro-professor principalmente no decorrer da década de 80, à medida que iam adquirindo as condições necessárias à sua progressão na carreira, nomeadamente os cursos complementares e de especialização necessários à progressão académica.

Os docentes de enfermagem da escola albicastrense procuraram especializar-se em diferentes áreas, nomeadamente em enfermagem de Saúde Infantil; Médico-cirúrgica; Pediátrica, Obstétrica; Saúde mental e Psiquiátrica e ainda os cursos complementares, nomeadamente a secção de ensino, que acabariam por servir de suporte para a afirmação das suas disciplinas, da investigação em enfermagem e do saber nas escolas de enfermagem, acrescentando assim uma mais-valia ao curso geral de enfermagem, que todos os docentes enfermeiros possuíam, e valorizando os conhecimentos ministrados ao corpo discente, bem como reforçando a identidade profissional e um processo de autonomia crescente que temos vindo a descrever ao longo deste ponto.

“Se a aquisição da formação básica é indispensável para o exercício profissional, o mesmo não acontece com a formação complementar. Esta surge mais por necessidades sentidas por parte do profissional de enfermagem, sobretudo por duas ordens de razões: - uma por exigência da carreira em que está inserido e outra para melhorar os seus

⁴⁹⁶ Os restantes eram naturais da Guarda, Leiria e de Luanda (Angola).

⁴⁹⁷ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 8 (Cf. Anexos).

conhecimentos, de forma a poder desenvolver as acções, inerentes à sua função, a partir de bases mais sólidas”⁴⁹⁸.

Como exemplo de progressão na carreira de enfermagem pode ser apresentado o caso do Enfermeiro-Professor Ismael Martins⁴⁹⁹. Foi o Presidente da Comissão Instaladora da Escola, eleito por unanimidade em 1976, sendo reeleito em Setembro de 1981 para Presidente da Comissão de Gestão, assegurando a direcção da mesma instituição no interior do Portugal democrático ao longo da década de oitenta⁵⁰⁰. Pela primeira vez a escola de enfermagem de Castelo Branco conhecia um director enfermeiro reafirmando a ideia inicial deste ponto, o domínio da formação em enfermagem, relegando para segundo plano o saber médico e investindo nas disciplinas que ajudaram a construir os cuidados de enfermagem, incluindo as Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais. O director da Escola Ismael Martins mostrou-se preocupado com a adaptação da escola a uma nova realidade mais exigente em termos de qualificação do pessoal e do próprio ensino de enfermagem. Ele próprio apostava em actualizações frequentes do seu conhecimento profissional como método de valorização pessoal e da própria profissão. O mesmo acontecia em relação à preocupação deste actor educativo em reflectir sobre os assuntos que lhe interessavam e a sua respectiva publicação⁵⁰¹.

⁴⁹⁸ MARRUCHO, António Fernando Alves, *Curriculum Vitae*, Castelo Branco, 1985, pp. 12.

⁴⁹⁹ De acordo com uma nota biográfica que encontramos no interior do processo individual deste docente, o enfermeiro Ismael Martins “exerceu funções de Auxiliar de Enfermagem no Hospital da santa casa da Misericórdia de Castelo Branco, no período compreendido entre 1 de Fevereiro de 1961 a 31 de Outubro de 1965”. Foi admitido na Escola de Enfermagem como Auxiliar de Enfermagem, tendo sido integrado no mapa de pessoal com a oficialização da escola, em 1973, tomando posse como auxiliar de monitor em 1974. Em 1975 passou à categoria de Enfermeiro-Professor tendo assumido em 1982, por despacho superior, a direcção da escola, precedendo concurso, cargo que tomou posse em 1982.

⁵⁰⁰ MARTINS, Ismael (1990), *Curriculum Vitae*, Castelo Branco, pp. 10.

⁵⁰¹ Constam as seguintes publicações no seu CV datado de 1990:

“Subsídios para uma História – História da criação da Escola de Enfermagem Dr. Lopes Dias e resumo das actividades (...)”, 1982; Comunicação: “Condições de Trabalho nas Escolas de Enfermagem da periferia, Porto, 1985 (III Congresso Nacional de Enfermagem); Comunicação: “Os Métodos de Trabalho mais utilizados na organização dos cuidados de enfermagem” (Jornadas Comemorativas dos 40 anos da Escola de Enfermagem Dr. Lopes Dias); entre outras comunicações e trabalhos não publicados.

Além da sua intensa actividade académica foi o co-fundador dos serviços de enfermagem da Delegação distrital da Cruz vermelha Portuguesa em Castelo Branco; foi o enfermeiro responsável pelos mesmos serviços, por convite do Presidente da Delegação, Dr. José Lopes Dias, desde a sua fundação em 1970 até Outubro de 1974; foi autor de diversos artigos publicados na imprensa local e regional “Reconquista”, “Beira baixa” e “Jornal do Fundão”, subordinados ao tema “para uma enfermagem melhor”; foi vogal efectivo da Assembleia-geral do Sindicato dos Profissionais de Enfermagem da Zona centro durante quatro anos; e, foi ainda representante, por eleição, dos enfermeiros sindicalizados, no conselho municipal da Câmara Municipal de Castelo Branco. (MARTINS, Ismael (1990), *Curriculum Vitae*, Castelo Branco, pp. 10.).

Ao longo do arco temporal proposto encontramos também docentes de diferentes formações. Desde teologia, passando pela filosofia, o curso de cardiografia, farmácia, administradores hospitalares, entre outros⁵⁰².

A emergência das Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais nos planos de estudo, como teremos oportunidade de verificar a seguir, constitui um indicador que confirma esta tendência que surge nas competências de algumas categorias da carreira de ensino de enfermagem. No mesmo sentido, também os cursos pós-básicos constituem um ponto relevante no interior desta reestruturação da carreira de enfermagem, devendo ser redefinidos e descentralizados de modo a responder aos imperativos da nova carreira. Na verdade, o docente António Fernando Alves Marrucho foi transferido para a Escola Pós-Básica em 1987 para aí se dedicar a este tipo de formação “superior”.

“Os cursos de especialização que dão acesso ao grau 3 deverão ser reestruturados ou criados, por forma a habilitarem os enfermeiros quer para a prestação de cuidados de enfermagem nas especializações legalmente instituídas, quer para o exercício de funções nas áreas da docência e da administração neste grau.

Em substituição das secções do ensino e da administração do curso de enfermagem complementar, são criados os cursos de pedagogia aplicada no ensino de enfermagem e de administração de serviços de enfermagem, que lhe dão acesso ao grau 4 e habilitam os enfermeiros para as funções previstas neste grau, respectivamente nas áreas da docência e da administração”⁵⁰³.

Neste diploma não foi esquecida a formação permanente dos enfermeiros. No documento defendia-se que deveriam “ser criadas condições que assegurem a formação permanente dos enfermeiros, em escolas de enfermagem e outras estruturas reconhecidas pelo Ministério dos Assuntos Sociais como idóneas”. Em cada período de 5 anos deveria ser facultado aos enfermeiros um período de actualização e

⁵⁰² Padre João da Assunção Jorge, formado em teologia, e leccionava Moral. A partir de 1953 também leccionou religião e moral e sociologia; Maria Sofia leccionou educação física ainda na década de 40; Aida Brito leccionou Psicologia Infantil também na década de 40 (1949); Na década de 50, encontramos a Dr^a Maria do Carmo cavalheiro, diplomada em Farmácia, e leccionava Análises; O cónego Anacleto Pires da Silva Martins leccionava disciplinas de Religião e Moral e de Comportamento e Relações humanas e Psicologia nas décadas seguintes; Na década de 60, encontramos D. Manuela Afonso, assistente social que leccionava Iniciação aos Problemas Sociais; o padre João de Oliveira Lopes que leccionava Deontologia Profissional; o Sr. João Marques Graça, administrador Hospitalar, que leccionava Organização geral e administração dos Serviços de Saúde e Assistência; Na década de 70 integrou a escola a dr^a Maria Luísa Almeida Esteves Pina Cabral, diplomada em Farmácia; Na década de oitenta integrou a escola António Leonor Marques Assunção, formado em teologia; Albino Evangelista Fernandes João, formado em filosofia; João dos Santos Pires, formado em filosofia, chegando a leccionar Psicologia; por fim, o padre Lúcio Alves Nunes também leccionou na escola no final da década de 80.

⁵⁰³ Art. 14, ponto 1,2 e 3.

aperfeiçoamento profissional. Realça-se aqui o processo de integração das carreiras cujas instituições de ensino deveriam responder não apenas à formação básica, mas também à formação permanente dos profissionais, como mecanismo de valorização da profissão e actualização dos conhecimentos.

Entre 1983 e 1985 aconteceram alguns reajustamentos mas, na essência, mantiveram-se as mesmas categorias e respectivas competências relacionadas com a carreira de ensino de enfermagem, até à integração no ensino superior politécnico. Tornava-se importante esta integração porque abria portas para a alteração mais significativa, do nosso ponto de vista, do ensino da enfermagem que foi a integração no Sistema Educativo Nacional, e a consequente transformação da carreira docente de enfermagem de acordo com os Estatutos da Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico⁵⁰⁴ em 1992.

“Embora o presente diploma se aplique às 3 áreas de actuação, isso não invalida os estudos que se encontram em curso no sentido de se criar uma carreira própria para a docência de enfermagem, carreira que tem em vista a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional”⁵⁰⁵.

Esta integração constituiu um importante marco de reconhecimento da utilidade da enfermagem e da sua importância do ponto de vista académico e profissional. A construção de uma carreira própria para o ensino da enfermagem representou um avanço importante no que diz respeito ao reforço identitário de um grupo que passou, deste modo, a dominar a formação dos elementos que integravam as escolas.

2. Os currículos: sécs. XIX e XX

As escolas de formação de enfermeiras/os constituem um elemento central no processo de construção identitário da enfermagem portuguesa. Foi no seu interior que se institucionalizaram um conjunto alargado de saberes que passaram, a partir da década de 60, a ser geridos por enfermeiras/os. A relação entre os saberes teórico-práticos apresenta-se como uma característica fundamental na definição identitária do grupo e no processo de autonomia académica e profissional que procurou construir, principalmente, na segunda metade da centúria de noventa.

⁵⁰⁴ Carreira do ensino superior politécnico foi constituída pelo Decreto-Lei nº 185 de 1 de Julho de 1981.

⁵⁰⁵ Decreto-Lei nº 178 de 23 de Maio de 1985.

De acordo com António Nóvoa⁵⁰⁶ a relação dos grupos socioprofissionais (refere-se aos professores) com o saber constitui um dos capítulos principais da história das profissões. Esta visão é válida no que diz respeito ao processo dinâmico de construção identitária do grupo da enfermagem. A constituição de um corpo de saberes especializados emerge como um recurso profissional da maior importância e como mecanismo possível de afirmação e legitimação do grupo socioprofissional.

Desde final do século XIX, aos anos 80 da centúria seguinte, que existiu uma evolução do ensino da enfermagem sustentado por vários processos que pretendiam construir uma jurisdição socioprofissional com um determinado grau de autonomia. O conhecimento escolar integrou esse processo de afirmação do grupo.

Os currículos permitem compreender os dispositivos de formação profissional construídos com o objectivo de constituir um conhecimento profissional, (semi) autónomo e, simultaneamente, habilitante para estabelecer diálogos interprofissionais.

O conceito de currículo, de acordo com Ivor F. Goodson, caracteriza-se por ser um “artefacto social, concebido para realizar determinados objectivos específicos”⁵⁰⁷ tratando-se de um conceito multifacetado. O autor defende que relativamente ao currículo escrito, nomeadamente os planos de estudo e as orientações programáticas assumem “um significado simbólico mas também um significado prático”⁵⁰⁸. Defende o significado “simbólico porque determinadas intenções educativas são, deste modo, publicamente comunicadas e legitimadas”. Refere-se à componente prática, “porque estas convenções escritas traduzem-se em distribuição de recursos e em benefícios do ponto de vista da carreira”⁵⁰⁹.

Tomaz Tadeu da Silva refere a propósito das teorias críticas e pós-críticas do currículo que através destas concepções aprendemos que o currículo é “um espaço de poder”⁵¹⁰ muitas vezes moldado por aparelhos ideológicos como o Estado na tentativa de uma determinada reprodução cultural das classes dominantes. Os conhecimentos que fazem parte do currículo foram alvo de um processo de selecção, afastando outros que não serviam para cumprir determinados objectivos que o Estado propunha desenvolver.

⁵⁰⁶ NÓVOA, António (1995), *Profissão Professor*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 28. Ver também do mesmo autor: *Le Temps Des Professeurs* (1989).

⁵⁰⁷ GOODSON, Ivor F. (1997) *A construção Social do currículo*, Lisboa: Educa, pp. 17.

⁵⁰⁸ GOODSON, Ivor F. (1997), *Op. Cit.* pp. 20.

⁵⁰⁹ Idem.

⁵¹⁰ SILVA, Tomaz Tadeu (2000), *Teorias do Currículo – Uma introdução crítica*, Porto: Porto Editora, pp. 152.

As teorias pós-críticas referem que o “conhecimento é parte inerente do poder”⁵¹¹ ampliando, deste modo, o mapa do poder “para incluir os processos de dominação centrados na raça, na etnia, no género e na sexualidade”⁵¹². De acordo com Tomaz Tadeu da Silva:

“O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é uma relação de poder. O currículo é trajectória, viagem, percurso. O currículo é a autobiografia, a nossa vida, o curriculum vitae: no currículo forja-se a nossa identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade”.⁵¹³

O currículo assume um conjunto diversificado de significados, havendo uma necessidade de interpretar as relações e as conexões que se estabelecem no seu interior e para o exterior, de modo a compreender as configurações identitárias assumidas ou atribuídas.

De acordo com as abordagens referidas prosseguimos para uma análise concreta dos currículos relacionados com as aprendizagens em enfermagem. Os currículos, por um lado, reflectem inicialmente uma determinada subordinação ao poder médico e, por outro lado, uma trajectória no sentido de procurar a emancipação através de uma articulação com outros Saberes. Não obstante, o Estado apresenta-se como um agente activo na constituição do currículo, principalmente na segunda metade da centúria passada.

Traçaremos um percurso breve sobre os currículos desde o final do século XIX e ao longo da primeira metade do século XX para, depois, analisarmos, do ponto de vista empírico, os planos de estudo constituídos nas décadas de 50, 60, 70 e 80, da centúria de novecentos. Optamos por uma abordagem diacrónica dado que permite construir um entendimento mais claro sobre a forma como foi evoluindo e construindo este Saber.

2.1. A primeira metade do século XX: retrato de um percurso.

Desde final do século XIX que a formação de enfermeiras/os se caracterizou por preparar o pessoal existente para executar tarefas que excediam os cuidados de higiene pessoal dos doentes. Além deste aspecto, importava cumprir as prescrições médicas, actuar em situações de urgência, observar e transmitir a informação sobre os doentes,

⁵¹¹ SILVA, Tomaz Tadeu (2000), *Op. Cit.* pp. 153.

⁵¹² Idem, pp. 154.

⁵¹³ Ibidem, pp. 155.

substituir o *facultativo* durante a sua ausência em tudo o que não dependesse de uma decisão puramente científica, havendo uma dependência evidente da enfermagem face à medicina⁵¹⁴. Os programas de estudo de formação de enfermeiras/os, desde o final da centúria de oitocentos, traduziam a figura da/o enfermeira/o como um elemento dependente em absoluto do poder médico.

Entre o final do século XIX e os anos 20 da centúria seguinte os cursos que surgiram apresentavam características semelhantes no interior dos planos curriculares, mas também na duração dos cursos. Vejamos os exemplos de Coimbra e Lisboa para ilustrar o que acabamos de referir.

Em Coimbra, em 1881, apesar das dificuldades em encontrar fontes de informação relacionadas directamente com a escola, a imprensa da época oferece algumas pistas sobre as disciplinas e os programas ali ministrados. As disciplinas que faziam parte da preparação das/os enfermeiras/os eram uma cadeira de trabalhos de enfermagem e três cadeiras preparatórias de instrução primária, de português e de tradução de língua francesa. Nesta primeira experiência de formação de enfermeiras/os em Portugal, valorizava-se já uma articulação entre uma componente teórica, onde se incluíam “noções de anatomia e fisiologia, curativos, ligaduras, algumas operações de pequenas cirurgias, noções gerais de matéria médica e farmácia”⁵¹⁵; e uma vertente prática da aprendizagem que resultava em trabalho nas enfermarias a que era atribuído o nome de “prática de enfermar”.

Em Lisboa, em 1887, o programa foi estruturado de modo diferente do anterior. Encontrava-se organizado em torno da figura da lição. As matérias passavam sobretudo pelos conhecimentos directamente relacionados com a tarefa da enfermagem na época, assim como pelas lições de anatomia, fisiologia e higiene que a administração do Hospital Real de S. José considerava serem necessárias por semana, sexo e categoria do pessoal. Existia uma dimensão formativa que valorizava os conhecimentos relacionados com a medicina. Esta característica foi algo que apenas muito tempo depois se esbateu através da emancipação estratégica da própria enfermagem.

No início do século XX, em 1901, na Escola Profissional de Enfermeiros de Lisboa “a enfermagem aparece individualizada e com conteúdo próprio”⁵¹⁶, o que pode ser considerado como um avanço importante no processo de construção da área do

⁵¹⁴ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.*, pp. 55-56.

⁵¹⁵ *Idem*, pp. 59.

⁵¹⁶ *Idem*, pp. 60.

Saber da enfermagem. Os programas da Escola Profissional de Enfermeiros continuaram a apostar nas disciplinas de natureza médica, como a anatomia e fisiologia, incluindo também “noções gerais sobre microorganismos, instrumentos cirúrgicos mais usados, clínica de pobres e de ricos, economia hospitalar”⁵¹⁷. Valorizava-se uma formação que respondia aos interesses do grupo médico dada a sua influência no interior das instituições de natureza hospitalar. Os programas eram pensados de acordo com as funções da enfermeira na instituição hospitalar, embora também se tratassem temas relacionados com o domicílio do doente. Havia na realidade uma centralização do desenvolvimento da enfermagem nas unidades hospitalares. A relação entre a formação e o trabalho hospitalar encontra-se muito presente, funcionando as escolas de enfermagem como anexos cujo objectivo principal era responder essencialmente às necessidades de pessoal de enfermagem do Hospital.

No início da década de 20, com a constituição da Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e também na Escola Profissional de Lisboa, encontramos planos de estudo mais estruturados e articulados. O curso geral tinha a duração de dois anos e já se destinava a um público mais vasto do que os empregados que trabalhavam no Hospital, bastando possuir os requisitos exigidos à época para ingressar no curso de enfermagem.

Nos programas respectivos de cada escola de enfermagem, de Coimbra ou Lisboa, encontram-se quase sempre as mesmas disciplinas. Apenas na década de 20, no caso de Lisboa, se introduziu a História da Enfermagem. Continuou-se a estudar a anatomia, fisiologia, higiene, entre outros. A Enfermagem, enquanto Saber, começava a ganhar contornos mais específicos, isto é a enfermagem aparecia articulada em enfermagem médica e enfermagem cirúrgica. Na primeira estudavam-se noções de patologia que depois se ampliaram e se constituíram numa disciplina autónoma e na segunda meios de observação do doente e cuidados de higiene e conforto⁵¹⁸.

Assistia-se a uma definição mais clara daquilo que a enfermagem podia vir a ser, admitindo que muitas das tarefas da enfermagem foram delegadas pelos médicos. Mesmo assim, constituindo um primeiro arranjo de um campo que se construiu em diálogo com outros, neste caso com a medicina. Muitas vezes este diálogo provocou acusações dos médicos, em relação aos enfermeiros, de práticas que excediam a sua esfera de acção e de acusações dos enfermeiros em relação aos médicos salientando que

⁵¹⁷ Idem, pp. 60.

⁵¹⁸ Idem.

estes promoviam o trabalho de indivíduos não diplomados⁵¹⁹ o que provocava a desvalorização socioprofissional do grupo.

Ao longo dos anos 20 foram fundadas várias organizações internacionais, que elaboraram novas propostas no sentido de organizar, regular e desenvolver o ensino da enfermagem de modo a promover uma crescente autonomia para esta área de trabalho influenciando também o desenvolvimento profissional da enfermagem portuguesa. Maria Isabel Soares refere que em 1919, no Reino Unido, “foi aprovado o “Nurse Registration Act” culminando uma longa luta liderada por Ethel Fenwick. O debate que durou largos anos, era essencialmente entre os que desejavam manter a supremacia dos interesses dos hospitais, e aqueles que queriam reconstruir a enfermagem como uma profissão livre, controlando as suas próprias condições de trabalho”. Em França constitui-se o “Conseil de Perfectionnement” para estabelecer os programas e condições de formação das enfermeiras, assim como a organização dos exames oficiais.

Nos Estados Unidos da América, em 1923, “foi publicado um relatório com o título Nursing and Nursing Education in The United States” que ficou conhecido como o Goldmark Report onde se faziam diversas propostas para melhorar a formação em enfermagem⁵²⁰.

No final da década de 30 os currículos começaram a ganhar novas formas e ampliações. Em 1938, a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo apresentava um currículo estruturado que incluía novas disciplinas mantendo outras que já falamos atrás. Foram introduzidas a Psicologia, Sociologia, Deontologia e Moral, perdurando esta ampliação, no caso desta escola, até 1947. As matérias médicas apareciam agrupadas em disciplinas diferenciadas.

A Escola Técnica de Enfermeiras, em 1940, era uma escola que marcava a diferença no panorama do ensino da enfermagem português. A entrada nesta instituição exigia às alunas um período probatório que tinha como objectivo aferir sobre as capacidades das alunas para prosseguir ou não o curso filtrando melhor os seus públicos. Esta escola adoptou um conjunto de pareceres que resultaram de organizações internacionais, nomeadamente provenientes dos Estados Unidos da América. O “Golmark Report” influenciou a construção do currículo desta instituição escolar. Esta escola possuía um currículo diferente de qualquer uma das outras escolas de

⁵¹⁹ Idem, pp. 64.

⁵²⁰ SOARES, Maria Isabel, *Op. Cit.*, 1997, pp. 65.

enfermagem. Encontrava-se articulado entre a teoria e a prática, valorizando ambas as partes⁵²¹.

Esta escola antecipava muito daquilo que haveria de acontecer mais tarde nas escolas oficiais e inclusivamente na construção da profissão de enfermeira/o. Do ponto de vista curricular, além da Psicologia e da Sociologia, foram introduzidas na Escola Técnica de Enfermeiras, disciplinas como as de Enfermagem de Saúde Pública, Medicina Preventiva, Ensino e Administração, Orientação Profissional, Cancro, Técnica de Sala de Operações, fazendo com que a esfera de acção se alargasse no sentido não apenas da técnica, mas também do doente em si mesmo. Esta era uma escola com características próprias que dependia directamente do Ministério da Educação Nacional, ao contrário do que acontecia com as outras escolas de enfermagem que se encontravam ligadas ao Ministério do Interior.

A partir dos anos 40, com a consolidação do Estado Novo, o campo de acção das/os enfermeiras/os começava a tomar novos caminhos no sentido da valorização da actividade profissional. Em 1942 foi proposto o aumento da duração do curso de enfermagem para 3 anos, o que viria a acontecer mais tarde (1952).

A partir de 1942, apesar de não haver grande preocupação na actualização das finalidades do curso de enfermagem existiu um interesse, por parte do Estado, em alargar progressivamente os domínios atribuídos aos “auxiliares de medicina”, isto é, às enfermeiras, na perspectiva de conhecimentos de área de especialização continuando as competências gerais orientadas pelo médico.

Em 1947 foram aprovados a título provisório, pelo Ministério do Interior, os novos programas que deviam ser aplicados em todas as escolas de enfermagem do país, excepto na Escola Técnica de Enfermeiras que seguia normas próprias. Esta década constituiu um momento de viragem dado que passamos, na primeira metade do século XX, de planos de estudo e programas preparados de acordo com as necessidades de cada instituição hospitalar, para uma preparação que tinha, obrigatoriamente, de ser aprovada pela Inspeção de Assistência Social, tornando as escolas e as administrações das instituições educativas e hospitalares dependentes de aprovação superior da tutela.

O Estado Novo instituiu o programa único para todas as escolas de enfermagem dependentes do Ministério do Interior. Estamos perante um cenário onde se vislumbra o papel ideológico do Estado no processo de formação de enfermeiras/os e na constituição

⁵²¹ Idem, pp. 67.

de uma jurisdição própria do Saber da enfermagem. Este Saber definiu-se pelo constante diálogo que manteve com grupos profissionais, com o Estado, a sociedade ou a Igreja. Por exemplo, a disciplina de Religião e Moral foi uma constante até final do Estado Novo.

Os programas que saíram desta reforma do ensino da enfermagem (1947) continuaram a caracterizar-se pela forte influência do Saber médico. As disciplinas leccionadas eram a anatomia ou a fisiologia, incluindo noções de química e física para enfermeiros, ciências naturais, bacteriologia e parasitologia, noções gerais de assistência e serviço social, escrituração comercial e dactilografia, entre outros, passando também a disciplina de “Enfermagem” a designar-se por “Técnica de Enfermagem”. Esta disciplina incluía os conteúdos relativos à higiene e conforto e observação do doente e na técnica de enfermagem médica encontravam-se incluídas, principalmente, as doenças dos aparelhos e órgãos.⁵²² Embora a influência do Saber médico fosse enorme, aos poucos emergiam as disciplinas práticas de técnicas da enfermagem que haviam de ajudar o grupo a aumentar a sua autonomia académica e a sua jurisdição socioprofissional.

Apesar da reformulação, em 1947, estes programas começaram a ser revistos logo no ano seguinte pela Inspeção de Assistência Social recusando influências estrangeiras e solicitando a colaboração das Escolas de Enfermagem de Coimbra e Lisboa. Estas, apenas, propuseram o aumento do curso para três anos e pequenas alterações de conteúdo programático sem interesse significativo.

Em síntese, passamos, entre o final do século XIX e o final da primeira metade do século XX, de programas que se construíam de acordo com as necessidades das instituições hospitalares para programas que passaram a ser geridos pelo Estado, afirmando-se e consolidando-se um modelo médico no ensino da enfermagem. A Escola Técnica de Enfermeiras constituía a excepção. Vejamos agora a organização curricular na segunda metade do século XX, nomeadamente até à década de 80.

2.2. A evolução geral dos planos de estudo na 2ª metade do século XX: objectivos gerais

A partir da década de 40, o Estado interveio na regulação do ensino da enfermagem. As escolas oficiais e particulares deviam submeter os seus programas e

⁵²² Idem.

planos de estudo à apreciação do Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social. A Escola de Enfermagem de Castelo Branco orientou os seus planos de estudo de acordo com as directrizes que circulavam para as escolas oficiais de enfermagem. Na verdade, a Inspecção da Assistência Social, através do subinspector Manuel Paulo de Sousa Martins, no início do ano de 1948 referia, em relação à criação desta escola, que “os planos de organização e os programas dos cursos de auxiliar de enfermagem e de enfermagem são idênticos aos adoptados na Escola Oficial Artur Ravara”⁵²³. A Escola de Enfermagem de Castelo Branco acompanhou o movimento reformista curricular proposto pelo Estado ao longo do arco temporal em análise (década de 40 – 80).

De acordo com a documentação que encontramos no arquivo da Escola albicastrense podemos referir que as primeiras disciplinas ali leccionadas ao curso de enfermagem geral, no 1º ano, foram: Enfermagem; Moral; Higiene e Profilaxia; Enfermagem Cirúrgica; Anatomia e Fisiologia; Farmacologia e Terapêutica; Assistência e Serviço Social; Educação Física. No 2º ano, do curso geral de enfermagem, foram ministradas as seguintes disciplinas: Enfermagem; Educação Física; Higiene e Profilaxia; Enfermagem Cirúrgica e Farmacologia e Terapêutica⁵²⁴. Além destas disciplinas encontramos no ano lectivo de 1949/1950 os programas de exames finais desta escola onde surgem mais algumas cadeiras provavelmente leccionadas na instituição: Técnica de Enfermagem Geral; Dactilografia; Ética Profissional; Higiene Especial e Epidemiologia; Patologia Geral e Semiologia e Obstétrica e Puericultura⁵²⁵. Entre 1948 e a reforma de 1952 existiram diversas alterações aos planos curriculares do curso de enfermagem. No caso da escola em análise encontramos um plano de estudos adaptado à duração do curso de enfermagem geral (2 anos) que no primeiro e no segundo ano possuía as mesmas disciplinas. Os anos lectivos já se encontravam divididos em semestres. No 1º semestre, do 1 e 2º ano, os alunos frequentavam as seguintes disciplinas: Noções de química e física para enfermeiros; Noções gerais de ciências naturais, bacteriologia e parasitologia; Anatomia e Fisiologia; Contabilidade, escrituração comercial e dactilografia; Técnica de Enfermagem e Educação física. No 2º semestre de ambos os anos lectivos frequentavam: Anatomia e Fisiologia; Higiene e

⁵²³ AEECB – Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social – *Cópia – Conclusões Finais*, Lisboa 27 de Janeiro de 1948 (Pasta avulsa).

⁵²⁴ AEECB – *Horário do curso de Enfermagem Geral no 1 e 2º anos no final da década de 40* (documento avulso)

⁵²⁵ AEECB – *Programas de Exames Finais da Escola de Enfermagem de Castelo Branco – 1949-1950 – curso de enfermagem geral* (documento avulso).

Profilaxia; Noções Gerais de Assistência e Serviço Social; Alimentação e dietética; Técnica Geral de Enfermagem; Administração Hospitalar e Educação Física⁵²⁶.

No ano lectivo de 1952/1953 o horário do curso de enfermagem geral era composto pelas disciplinas de: Enfermagem; Higiene; Moral; Enfermagem cirúrgica; Anatomia; Farmacologia (1); Farmacologia (2); Deontologia; Inglês (1); Inglês (2); Físico-química e Análises⁵²⁷. Quase todas as disciplinas atrás mencionadas possuíam um professor médico que influenciava, de acordo com a sua própria formação, o saber ministrado nas diferentes disciplinas do plano de estudos.

A intervenção do Estado, através dos seus ministérios que centralizaram a política formativa da enfermagem, e a influência do grupo profissional dos médicos, ao longo das duas décadas seguintes, continuou a caracterizar os planos de estudo. Os planos de estudo apresentavam-se com uma importante vertente tecnicista onde se valorizava o saber executar uma técnica médica, embora sem necessidade de reflexão sobre essa mesma acção. Existia um desajustamento entre aqueles que ensinavam os referenciais teóricos e aqueles que praticavam a enfermagem do ponto de vista clínico. A circulação de médicos, que se assumiam como professores de natureza intelectual, e de enfermeiras cujas funções se encontravam relacionadas com a prática da enfermagem, dificultava a definição das tarefas que os/as alunas/os deviam cumprir em contexto de trabalho e, conseqüentemente, a definição de uma identidade profissional própria. No caso albacastrense encontramos a primeira monitora a partir de 1952 que se dedicava às técnicas de enfermagem. Até esta data eram os médicos que leccionavam as disciplinas de enfermagem.

O currículo ministrado nas escolas de enfermagem, incluindo a de Castelo Branco, era previamente aprovado pela tutela, havendo mesmo, de acordo com José Amendoeira, um plano único que todas as escolas deviam seguir desde a reforma de 1947⁵²⁸, embora no caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco constatamos a existência de diferentes fórmulas curriculares utilizadas ou pelo menos pensadas para aplicação naquela arena entre 1948 e 1952, como demonstramos anteriormente.

No início da década de 50, o currículo de enfermagem era determinado “pelos progressos da medicina e da cirurgia e pelas necessidades cada vez mais complexas do

⁵²⁶ AEECB – Plano de estudos do *Curso de Enfermagem Geral* (2 anos) (provavelmente adoptado no início da década de 50) (documento avulso).

⁵²⁷ AEECB – *Horário do curso de Enfermagem Geral no 1 e 2º anos (1952-1953)* (documento avulso).

⁵²⁸ AMENDOEIRA, José (2006) *Op. Cit.*, pp. 202.

trabalho hospitalar”⁵²⁹. A reforma de 1952 trouxe algumas alterações no que diz respeito às práticas curriculares. O currículo começou a centrar-se um pouco mais nas técnicas de enfermagem e menos nos conhecimentos médicos. A valorização da enfermagem enquanto actividade académica e profissional encontrou as suas origens na transição da primeira para a segunda metade do século XX.

Na sequência da reforma anterior foi produzido um relatório, em 1954, que dava conta das principais medidas reformistas no que diz respeito ao ensino de enfermagem, resultante de um trabalho prévio levado a cabo pela Inspeção da Assistência Social. Neste relatório podemos ler que os principais objectivos do Estado, na reformulação do ensino da enfermagem, passavam pela necessidade de aprofundar a dimensão prática do ensino, procurando “reduzir tanto quanto possível o número de cadeiras” e valorizar a *Técnica de Enfermagem*, abrindo caminho para a autonomia académica e profissional da enfermagem face ao Saber Médico. Apesar destas conclusões a medicina continuou a influenciar durante as décadas de 50 e 60 a construção dos currículos. A partir de 1954 o curso geral de enfermagem da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, agora já com a duração de três anos, era constituído pelas seguintes disciplinas no 1º ano: Ciências; Anatomia e Fisiologia; Patologia Geral; Nutrição e Dietética; Adaptação profissional e História da Enfermagem; Psicologia; Moral e Religião; Técnica de enfermagem e um estágio anual. No 2º ano verificamos que o plano de estudos era composto pelas disciplinas de: patologia médica; Patologia Cirúrgica; Farmacologia e Terapêutica; Psiquiatria; Urologia e Venereologia; Obstetrícia; Puericultura e Pediatria; Moral e Religião; Técnica de Enfermagem médica; Técnica de Enfermagem cirúrgica e um estágio anual. No 3º ano do curso de enfermagem geral os alunos frequentavam as seguintes disciplinas: Patologia médica; Patologia cirúrgica; Higiene e medicina preventiva; educação Sanitária; Noções de Vida Social e de Organização da assistência; Noções Gerais de Administração de organismos da Assistência; Moral e Religião, Técnicas de especialidades médicas; Técnicas de especialidade cirúrgica e um estágio anual⁵³⁰. Em qualquer dos anos lectivos as técnicas de enfermagem ganharam maior destaque do que possuíam anteriormente. Mesmo assim, o plano de estudos continuou a possuir um maior número de disciplinas relacionadas com o saber médico (como as disciplinas de Anatomia e Patologias) e menos com a enfermagem.

⁵²⁹ AMENDOEIRA, José (2006) *Op. Cit.*, pp. 184.

⁵³⁰ AEECB – *Programas do curso geral de enfermagem 1º, 2º, 3º anos*, 1954 (documentos avulso e separados).

A década de 60 trouxe alguma abertura na discussão sobre o que se pretendia da enfermagem e concretamente do seu ensino. Era necessário clarificar o ensino da enfermagem e construir um plano de estudos que não contribuísse para a manutenção do estatuto da enfermagem como auxiliar da medicina. Pelo contrário desejava-se a autonomia académica e profissional e a definição dos planos de estudo podia constituir um bom ponto de arranque. Esta década revelou-se um importante marco no processo de definição da jurisdição da enfermagem e, no caso particular, no ajustamento dos planos de estudo aos interesses do grupo das/os enfermeiras/os do ponto de vista da construção do seu Saber. Passou-se a considerar que “o enfermeiro não é um profissional que executa actos médicos de observação, diagnóstico e terapêutica, mas sim colabora nos mesmos, pelo que, para colaborar necessita compreender os seus gestos e os gestos do médico”⁵³¹. A enfermagem devia apostar numa nova atitude profissional que passava pelo conhecimento produzido a partir da reflexão sobre as técnicas executadas pelos elementos do grupo, ao invés do que acontecia até aí, não passando de meros executores de tarefas.

A reforma de 1965 veio responder a algumas preocupações relacionadas com o Saber da enfermagem na medida em que, por esta altura, já encontramos na direcção de escolas de enfermagem, e nos grupos de estudo constituídos para pensar a enfermagem, elementos do grupo socioprofissional com capacidade para exercer uma maior influência junto das instâncias da tutela (como por exemplo Maria Fernanda Resende).

Os planos de estudo decorrentes da reforma de 1965, no âmbito do ensino da enfermagem, foram influenciados pela O.M.S., pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, pela Fundação Florence Nightingale e pelo C.I.C.I.A.M.S. Esta remodelação resultou de um trabalho prévio onde colaboraram muitos actores que se interessaram pelos problemas da enfermagem e quiseram colaborar⁵³². De acordo com as orientações do Estado, serviram de instrumentos complementares para a construção do plano de estudos os seguintes elementos:

“a) Um inquérito aplicado às escolas de enfermagem em Novembro de 1964; b) apreciação feita pelos directores clínicos e superintendentes de enfermagem dos Hospitais Centrais e Institutos, sobre a competência técnica dos enfermeiros recém-diplomados; c) apreciação feita por todas as escolas de enfermagem, hospitais centrais e institutos sobre os princípios orientadores e planos de estudo para o curso de enfermagem geral; d) apreciação feita por uma consultora da O.M.S., sobre o projecto

⁵³¹ Idem, pp. 187.

⁵³² AEECB - *Directrizes Para o curso geral de enfermagem*, 1965: pp. 2.

de remodelação dos cursos de enfermagem de base (...); e) várias reuniões com os professores responsáveis pela elaboração dos programas teóricos; f) várias reuniões com os enfermeiros monitores que, com a sua experiência, muito contribuíram para a concretização da nova orientação a imprimirem aos estágios”⁵³³

De acordo com a citação anterior, pretendia-se valorizar a enfermagem através de um envolvimento directo dos intervenientes em enfermagem na discussão dos planos de estudo. Consequentemente, afirmava-se aos poucos um domínio próprio da enfermagem a partir das lógicas formativas e dos objectivos que os alunos de enfermagem deviam atingir quando frequentassem o curso. Deste modo a reforma de 1965 valorizou o grupo socioprofissional atribuindo uma maior ênfase à pessoa humana, enquanto objecto de cuidados de enfermagem, à valorização das disciplinas de enfermagem e também a associação com as Ciências Sociais e Humanas que ganhou destaque no processo de consolidação de uma determinada autonomia académica e profissional, resultante desta reforma.

O curso de enfermagem pretendia “proporcionar ao aluno, através dos três anos, uma formação como pessoa e como técnico, que lhe permit[isse] ser considerado, no fim desse período, um profissional apto e eficiente em qualquer campo da enfermagem”⁵³⁴. Os objectivos do curso de enfermagem geral passavam por “dar aos alunos a noção do valor da saúde, da forma como poderá ser mantida e da importância não só do tratamento das doenças, mas especialmente da sua prevenção e dos aspectos de reabilitação, tornando-os conscientes e aptos para o ensino da promoção da saúde”⁵³⁵ o que, no fundo, estava de acordo com o conceito de bem-estar proposto pela O.M.S. no ano de 1947.

Por outro lado, pretendia-se “ensinar aos alunos como cuidar de doentes de todas as idades, como indivíduos e membros de agregados familiares ou profissionais, quer em serviços ou instituições de saúde, quer nas próprias casas”. O objectivo do curso era “ensinar aos alunos como prestar cuidados de enfermagem a doentes agudos ou crónicos em qualquer situação patológica, física ou mental nomeadamente em enfermagem médica e cirúrgica (e respectivas especialidades); enfermagem obstétrica; enfermagem pediátrica; enfermagem psiquiátrica; enfermagem de saúde pública”⁵³⁶.

⁵³³ Idem, pp. 2 e 3.

⁵³⁴ Idem, pp. 4.

⁵³⁵ Idem, pp. 4.

⁵³⁶ Idem, pp. 4.

Para cumprir os objectivos propostos o curso devia, ainda, “proporcionar conhecimentos teóricos e práticos que permitissem alcançar competência técnica, através do desenvolvimento físico, intelectual, emocional, moral e social”; “desenvolver o sentido de responsabilidade”; “desenvolver o interesse pelo estudo e manter actividade intelectual que permita ter consciência dos problemas e saber orientar a sua solução”; “desenvolver espírito de organização e capacidade de trabalho em grupo”; “desenvolver a capacidade de comunicação”; “desenvolver o interesse pelos problemas da comunidade de forma a ajudar o indivíduo, a família e o grupo, a reconhecer as suas necessidades de saúde e utilizar adequadamente os recursos disponíveis para a sua solução”; “desenvolver a capacidade para identificar situações de enfermagem, analisar, planear e avaliar o próprio trabalho, considerando a diversidade de situações, tendências, ou factos objectivos, que requerem apreciação pessoal e profissional”; “desenvolver a capacidade para orientar e dirigir grupos”; desenvolver o espírito de iniciativa, de forma a permitir agir com independência”⁵³⁷.

A tabela que encontramos a seguir demonstra quais eram os objectivos do curso em 1965 e como se encontravam divididos os objectivos a atingir no final de cada ano lectivo. No primeiro ano do curso pretendia-se que o aluno fosse capaz de compreender os princípios em que se baseava a enfermagem e aplicar com destreza algumas técnicas fundamentais ao exercício da enfermagem. O factor psicológico, o problema da doença e o valor da saúde eram outros aspectos realçados no 1º ano do curso. No 2º ano aprofundavam-se os aspectos anteriores e especializavam-se conhecimentos. No 3º ano realçava-se a importância da psiquiatria e da saúde mental e alertavam-se as/os alunas/os para a importância da saúde pública e os respectivos ensinamentos às comunidades.

Tabela 12 – Objectivos que os alunos deviam atingir no decorrer de cada ano lectivo, a partir da reforma do ensino da enfermagem de 1965

Objectivos a atingir no curso de enfermagem geral (1965)		
1º Ano	2º Ano	3º Ano
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e compreender os princípios científicos, sobre os quais se baseia a enfermagem; - Saber aplicar com destreza as técnicas fundamentais de enfermagem (e os aspectos de actividades domésticas que compreendam), necessárias ao seu trabalho; - Saber aplicar os princípios que orientam o trabalho em grupo; - Adquirir bons hábitos de higiene e de trabalho de observação e de estudo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos que lhes permitam reconhecer as necessidades dos doentes e prestar completos cuidados de enfermagem a doentes em situação patológica já mais complexa, especialmente do foro cirúrgico, pediátrico e obstétrico; - Compreender a evolução do indivíduo desde o nascimento e saber aplicar os princípios que conduzem a um desenvolvimento normal; - Compreender e saber começar a aplicar 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e utilizar os princípios básicos da higiene mental; - Compreender as principais alterações psiquiátricas, as suas manifestações mais comuns e saber prestar os correspondentes cuidados de enfermagem; - Conhecer as diferentes técnicas de trabalho de saúde pública e saber aplicá-las de acordo com as necessidades individuais e dos grupos, utilizando os diversos recursos da comunidade para

⁵³⁷ AEECB - *Directrizes Para o curso geral de enfermagem*, 1965: pp. 4 e 5.

<ul style="list-style-type: none"> - Compreender o valor da saúde e a sua responsabilidade na conservação e promoção da própria saúde e da dos membros da comunidade; - Compreender o significado da doença e conhecer os mecanismos patogénicos e os respectivos processos imunológicos; - Compreender as implicações psicológicas da doença e qual deve ser a sua atitude perante elas; - Saber aplicar nos doentes com afecções médicas, os conhecimentos que lhes permitam auxiliar o doente nessa situação; 	<p>os princípios sociológicos e de reabilitação, de forma a poderem contribuir eficazmente para uma boa reintegração dos indivíduos no seu meio e na comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir ajustar-se bem às diferentes situações de enfermagem, de forma a poderem agir com segurança, no trabalho; 	<p>solução dos vários problemas de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos que lhes permitam utilizar os princípios de “ensino” em relação a doentes, outros indivíduos e grupos com quem trabalham; - Compreender a organização dos serviços de saúde do país, nomeadamente dos serviços de enfermagem, para que mais facilmente se possam integrar neles e colaborar; - Consolidar os seus conhecimentos sobre os princípios básicos do trabalho de enfermagem nos seus diferentes aspectos, de forma a poderem realizar a sua actividade profissional com segurança, independência e satisfação.
--	--	---

Fonte: AEECB - *Directrizes Para o curso geral de enfermagem, 1965*

Estes objectivos apelavam ao domínio das técnicas básicas de enfermagem em articulação com as Ciências Comportamentais, Sociais e Humanas e com papel activo e de adaptação que o aluno deveria possuir na compreensão dos diferentes fenómenos relacionados com a saúde.

Do ponto de vista curricular verifica-se uma organização e um equilíbrio maior na articulação dos diferentes saberes que compõem o plano de estudos. Este plano de estudos encontrava-se organizado por períodos de aprendizagem que permitiam às/aos alunas/os, à medida que recebiam formação, especializar o seu conhecimento em diferentes áreas da enfermagem.

No primeiro ano do curso de enfermagem geral, as/os alunas/os frequentavam, nas primeiras 23 semanas, um período denominado de “preliminar” que constituía o primeiro contacto com a escola, os professores, os planos de estudo e a profissão. Este período encontrava-se dividido em 15 semanas de aulas e 8 semanas de estágio preliminar. No que diz respeito às disciplinas ministradas eram as seguintes: Anatomia; Fisiologia; Bioquímica; Microbiologia e parasitologia; Higiene; Patologia Geral; Farmacologia; Alimentação; Psicologia; Deontologia profissional; História da Enfermagem; Enfermagem Geral e Introdução à Enfermagem de Saúde Pública. O aluno era ainda acompanhado de perto por um monitor que devia construir um programa dirigido à orientação do aluno com a vida escolar, com a duração de 20 horas. Este era o período de adaptação, ou não, das/os alunas/os, com um estágio no final. Este estágio consistia no primeiro momento onde o aluno se deparava com a prática clínica. No plano da direcção geral dos hospitais podemos ler o seguinte:

“Aconselha-se mesmo que, durante a teoria antecedente, os alunos sejam integrados lentamente na experiência vivida, quer por meio de visitas a instituições hospitalares ou de saúde pública, quer por períodos de observação, junto de pessoal competente, ou ainda por pequenos estágios para retorno de demonstração de algumas aulas práticas ministradas na escola.

O primeiro contacto do aluno com os aspectos da experiência prática, é da maior importância e por isso deve ser revestido do maior cuidado e interesse por parte dos monitores. Aconselha-se que neste primeiro contacto, o aluno comece por observar o trabalho (se possível) junto de enfermeiras/os bem preparados e aptos que constituam para os alunos um bom exemplo. Não só a técnica como estes profissionais trabalham é importante, como o é muito especialmente a sua atitude positiva perante os problemas da profissão”⁵³⁸.

Em Castelo Branco, onde se seguiam as directrizes nacionais no que diz respeito aos planos curriculares, apostava-se nas visitas de estudo a diferentes instituições de saúde⁵³⁹ como forma de colocar em contacto os alunos com as práticas clínicas. Por exemplo, Ismael Martins refere a este propósito que ao longo de três dezenas de anos de exercício como enfermeiro as visitas de estudo fizeram parte do seu quotidiano académico e profissional. O autor reforça esta dimensão circum-escolar referindo que “(...) foram visitados locais de interesse profissional ou cultural, nomeadamente, laboratórios de medicamentos, empresas de produção alimentar, estações de tratamento de águas de consumo, de lixos de esgotos, bibliotecas e museus, entre outros”⁵⁴⁰.

No primeiro ano do curso as/os alunas/os tinham ainda o período de enfermagem médica com a duração de 21 semanas. Este período define-se pelo aprofundamento de conhecimentos relacionados com a medicina geral e com as doenças infecto-contagiosas. As/os alunas/os frequentavam as seguintes disciplinas: Medicina; Enfermagem médica; Doenças Infecto-contagiosas; Enfermagem de Doenças infecto-contagiosas; Técnicas de ensino audiovisual; Alimentação e Dietética; Psicologia; Deontologia profissional. No final do período deviam frequentar um estágio dividido em duas partes: o estágio de enfermagem médico e o de doenças infecto-contagiosas. Pretendia-se com este estágio repartido, desenvolver a capacidade de observação dos alunos em relação aos doentes; desenvolver a capacidade de análise e de síntese nos alunos; relacionar os conhecimentos teóricos prévios com a prática clínica; aplicar os cuidados de enfermagem atendendo aos diferentes factores a ter em conta na prestação dos mesmos; ajudar a reabilitar os doentes para a sua integração em sociedade e

⁵³⁸ AEECB – *Direcção Geral dos Hospitais – Curso de Enfermagem Geral – 3ª Parte – Orientação de Estágios*, Junho de 1965, pp. 2.

⁵³⁹ Cf. *Processos biográficos dos alunos*.

⁵⁴⁰ AEECB – *Curriculum Vitae de Ismael Martins*, 1990, pp. 16.

despertar a consciência dos alunos para o seu papel como educadores de princípios básicos da prevenção da doença e manutenção da saúde.

No segundo ano do curso frequentavam o “período de enfermagem cirúrgica e especialidade médico-cirúrgicas, durante 27 semanas. O plano de estudos caracterizava-se pelas disciplinas seguintes: Cirurgia; Enfermagem Cirúrgica; Especialidades Médico-Cirúrgicas; Enfermagem de Especialidades Médico-cirúrgicas; Medicina de Reabilitação; Enfermagem de Reabilitação; Dietética e Deontologia profissional. No final deste período os alunos realizavam um estágio cujos objectivos passavam pela compreensão das necessidades dos doentes tratados por meios cirúrgicos; pelo reconhecimento dos princípios gerais dos cuidados de enfermagem; apreender os cuidados de enfermagem específicos desta área; apurar o espírito crítico dos alunos; planear e prestar cuidados completos de enfermagem cirúrgica e adquirir maior destreza no emprego das técnicas de enfermagem.

O momento de aprendizagem seguinte era o período de enfermagem materno-infantil, seguido dos respectivos estágios. As disciplinas do plano de estudos eram: Obstetrícia; Enfermagem Obstétrica; Pediatria; Enfermagem Pediátrica; Iniciação aos Problemas Sociais; Deontologia Profissional. Também aqui o estágio era repartido em dois momentos: o estágio em Obstetrícia e o estágio em Pediatria. Este estágio consistia na aplicação dos cuidados de enfermagem às respectivas áreas de trabalho.

O terceiro ano também era constituído por dois períodos específicos de aprendizagem: o primeiro, relacionado com a enfermagem psiquiátrica e, o segundo, com a enfermagem de saúde pública, seguidos dos estágios. No período da enfermagem psiquiátrica os alunos frequentavam as disciplinas seguintes: Psiquiatria e saúde Mental; Enfermagem psiquiátrica; Iniciação aos Problemas Sociais e deontologia profissional. O estágio em enfermagem psiquiátrica tinha como objectivo o aprofundamento dos conhecimentos, do ponto de vista prático, com os problemas desta natureza. Relativamente ao período de aprendizagem de saúde pública os alunos frequentavam as disciplinas de: Saúde pública; Enfermagem de Saúde Pública; Ensino de Enfermagem; Organização geral e administração dos serviços de saúde e assistência e Deontologia profissional. Os estágios encontravam-se repartidos em três áreas: o estágio em enfermagem de saúde pública com o objectivo claro da integração dos alunos em equipas multidisciplinares; o estágio de ensino de enfermagem onde se devia proporcionar ao aluno uma experiência de ensino da enfermagem de modo a tomar contacto com as técnicas de ensino; e o estágio de administração dos serviços de

enfermagem procurando que os alunos compreendessem as implicações administrativas do seu futuro trabalho.

No final do curso e após os exames finais a escola devia ainda proporcionar aos alunos um estágio hospitalar intensivo, de cerca de 5 semanas com vista a melhor adaptação profissional.

De acordo com José Amendoeira, esta reforma do ensino de enfermagem de 1965, “parecia apostar na transmissão de conhecimentos técnicos concretos e por outro lado, na divulgação de outros saberes relacionados com as Ciências Sociais e Humanas”⁵⁴¹. Este autor refere alguns aspectos que, do seu ponto de vista, foram importantes contributos para o desenvolvimento da enfermagem, nomeadamente: “maior equilíbrio na formação ao longo dos três anos de duração que sempre manteve; maior concentração da atenção na disciplina de enfermagem; melhor integração das matérias teóricas e entre estas e os estágios ou práticas; melhor selecção de campos de estágio e alunos de enfermagem acompanhados de monitores”⁵⁴².

A década de 70 constituiu, do ponto de vista da afirmação do grupo socioprofissional, um dos momentos de transição mais significativos dado que além das transformações curriculares, realizou-se um dos mais importantes encontros de enfermagem. No 1º Congresso Nacional de Enfermagem, em 1973, discutiram-se e estabeleceram-se princípios definidores da profissão de enfermeira/o. De acordo com Lucília Nunes foi a partir deste congresso que se aprofundou a ambição de integrar a enfermagem no Sistema Educativo Nacional e, conseqüentemente, no ensino superior⁵⁴³.

Foi também em meados da mesma década que o curso de Auxiliares de Enfermagem foi extinto, renovando assim a capacidade de influência do grupo e o sentido de união e capacidade de reivindicação do mesmo. A extinção deste curso contribuiu para o desenvolvimento profissional da enfermagem dado que a existência de um nível único de formação possibilitou um maior reconhecimento socioprofissional da actividade e acrescentou capacidade de reivindicação das/os enfermeiras/os que possuíam um conhecimento não apenas de natureza prático como acontecia com as auxiliares.

⁵⁴¹ AMENDOEIRA, José (2006) *Op. Cit.*, pp. 188.

⁵⁴² *Idem.*

⁵⁴³ NUNES, Lucília (2003) *Op. cit.*, pp. 320.

Em 1976 surgiu um novo plano de estudos que veio aprofundar alguns aspectos iniciados com a reforma de 1965 e introduzir uma nova organização geral do modelo curricular para as/os enfermeiras/os. Se até aos anos 70, apesar dos avanços com a reforma de 1965, ainda encontramos sobretudo a enfermagem centrada na doença, a partir de meados dessa década o paradigma alterou-se definitivamente e aprofundaram-se as ideias propostas pela O. M. S.

O plano de estudos do “curso de enfermagem” foi elaborado por um grupo de trabalho nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde, a 20 de Setembro de 1974 “com a finalidade de criar em Portugal um curso único a nível de base”⁵⁴⁴. De modo a compreender melhor as dificuldades no terreno ao nível do ensino, o grupo de trabalho teve em linha de conta “informações colhidas junto de enfermeiros ligados directa ou indirectamente ao ensino, de alguns elementos do grupo de trabalho anteriormente constituído para o mesmo fim e de alunos de enfermagem”⁵⁴⁵.

Dava-se continuidade à luta pela integração do ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, tal como Isaltina Goulart de Azevedo⁵⁴⁶, entre outros, referiu no 1º Congresso Nacional de Enfermagem, pois foi exactamente este um dos pontos considerados como a grande causa da falta de reconhecimento social da profissão. Nessa altura, Isaltina Goulart de Azevedo foi bem peremptória nisso ao salientar a necessidade de apelar “aos vossos governantes, para obtenção do nível superior, para que se abram para vós as portas da Universidade Portuguesa (...)”⁵⁴⁷ e o consequente reconhecimento académico e profissional.

Este aspecto é realçado na introdução realizada em 1976 quando foi reorganizado o plano de estudos. Diz-se nele o seguinte:

“A circunstância de a formação dos enfermeiros, neste país, se ter feito sempre à margem do sistema educativo nacional, é um dos mais responsáveis pelo estagnamento do “status” da profissão. Esta situação não pode continuar, daí o propor-se que a presente estruturação enquadre o Curso de Enfermagem no sistema educativo nacional, reconhecendo assim que a formação humana, científica e técnica dos enfermeiros lhe confere equiparação para prosseguimento de estudos a nível superior”⁵⁴⁸.

⁵⁴⁴ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976, pp. 4.

⁵⁴⁵ *Idem*, pp. 4.

⁵⁴⁶ AZEVEDO, Isaltina Goulart, “O papel do enfermeiro no Mundo Moderno”. *1º Congresso Nacional de Enfermagem*, Lisboa, 12 a 16 de Novembro de 1973.

⁵⁴⁷ *Idem*.

⁵⁴⁸ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976, pp. 4.

As resistências mostraram-se fortes, pois esta reivindicação passou da década de 70 para a seguinte e apenas no final da década de 80 se conquistou definitivamente a integração no Sistema Educativo Nacional e, mais concretamente, no subsistema de ensino superior politécnico.

Mas voltemos às características gerais/princípios básicos da reorganização curricular do curso de enfermagem em 1976:

- 1) O curso encontrava-se estruturado tendo em atenção as características e necessidades nacionais possíveis de detectar e ainda a possibilidade de reconhecimento internacional pelos organismos competentes entre os quais o Conselho da Europa, a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiras e a Organização Internacional do Trabalho;
- 2) A qualidade da formação ao longo do curso devia ser sempre mantida num nível que, permitindo um reconhecimento por parte do MEIC, levasse à equiparação ao curso complementar dos liceus, e conseqüentemente, possibilitasse o prosseguimento de estudos;
- 3) O curso tinha uma estrutura pedagógica teórico-prática organizada para que todo o conjunto teórico-prático tenha uma proporção de 1/3 para 2/3 respectivamente e um total de cerca de 4200 horas considerando a recomendação preconizada no “Acordo do Conselho da Europa sobre a Instrução e a Formação de Enfermeiros”;
- 4) O curso de enfermagem devia manter autonomia técnica, pedagógica e administrativa⁵⁴⁹.

Os seus principais objectivos consistiam em oferecer “uma formação básica polivalente. Esta polivalência deve entender-se como a capacidade de actuar, na comunidade ou junto do indivíduo, a todos os níveis de prevenção, e tendo em consideração as variações na composição etária dessa comunidade e a idade do indivíduo”⁵⁵⁰. Por outro lado, o currículo foi estruturado de modo a “preparar enfermeiras/os não apenas para se enquadrarem na realidade [da época] mas também

⁵⁴⁹ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976, pp. 12.

⁵⁵⁰ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, *Op. cit.*, pp. 8.

para actuarem como agentes de transformação da mesma”⁵⁵¹. Visava também “preparar enfermeiros capazes de trabalhar na comunidade, tomando parte na definição e solução dos problemas da saúde”; “formar enfermeiros capazes de preparar elementos da comunidade de forma a exercerem junto dela uma acção primária de saúde”; e a “preparar enfermeiros na perspectiva de um Serviço Nacional de Saúde, consciencializando-os de que o processo de saúde e a sua planificação são parte integrante da planificação global do país, tendo a resolução dos problemas que se deparam no sector da saúde, de acompanhar a resolução de problemas noutros sectores – economia, educação, etc. – e ser acompanhado por eles”⁵⁵².

A enfermagem encontrava-se, irreversivelmente, em mudança na década de 70. A sua jurisdição alargava-se à comunidade e passava a dar-se muita importância à capacidade de intervenção junto da mesma, tornando a/o enfermeira/o um(a) agente social activo(a). A enfermagem passou a ter em conta um conjunto de variáveis capazes de identificar e analisar problemas da sociedade e, mais importante, resolvê-los através da formação “polivalente” e “multidisciplinar” recebida nas escolas de enfermagem que acompanhavam os processos de mudança. No final do curso, cada aluno devia saber-fazer o seguinte:

- 1) Conhecer os problemas de saúde do país e colaborar na elaboração de hipóteses para a sua resolução;
- 2) Participar como enfermeiro e cidadão na acção sanitária;
- 3) Possuir hábitos de trabalho interdisciplinar, interprofissional e trabalhar com as populações colaborando na definição e resolução de problemas de saúde;
- 4) Saber servir-se de meios de comunicação e de métodos didácticos;
- 5) Saber distinguir entre normalidade e anormalidade nos aspectos biológico, psicológico e social;
- 6) Conhecer as doenças prevalentes no país e a sua fundamentação fisicopsicopatológica de modo a saber identificar e aplicar os cuidados de enfermagem adequados;

⁵⁵¹ Idem, pp. 8.

⁵⁵² Idem, pp. 8.

- 7) Conhecer os riscos específicos de cada indivíduo, família e comunidade, quanto à probabilidade de doença, doença secundária e iatrogénica, retorno à saúde, incapacidade e morte;
- 8) Saber aplicar e colaborar na aplicação de medidas específicas e inespecíficas de prevenção a nível primário, secundário e terciário, utilizando os recursos da equipa a que pertence, coordenando-os com outros, extra, intra e inter-institucionais;
- 9) Conhecer e saber aplicar os métodos de gestão essenciais, necessários à realização dos objectivos anteriores⁵⁵³;

Na reforma de 1976, o plano de estudos encontrava-se organizado em torno de áreas de aprendizagem com objectivos determinados, ao longo dos três anos de curso. De acordo com o plano de estudos:

“Em face da organização deste curso em áreas de aprendizagem com objectivos determinados, os alunos só devem transitar de área desde que provem ter atingido os objectivos da área anterior. Na 1ª área, por ser o início do curso e estar dividida em 3 fases, os alunos só poderão passar à 3ª fase após terem demonstrado aproveitamento no conjunto das duas primeiras”⁵⁵⁴.

Como podemos compreender através da transcrição anterior o nível de exigência da reforma de 1976 aumentou significativamente. Para os alunos transitarem entre os diferentes períodos de aprendizagem deviam ter cumprido os objectivos específicos dos períodos anteriores. Do mesmo modo a articulação entre a teoria e a prática era um ponto importante que não podia ser descuidado pelas escolas e respectivos alunos.

Este plano de estudos representou um ponto de viragem definitivo no entendimento que até então se possuía sobre a missão e campo de acção do profissional de enfermagem. A/O enfermeira/o executora de tarefas já não satisfazia, definitivamente, as aspirações do grupo socioprofissional. Este currículo aprofundava o que já tinha sido iniciado na reforma anterior colocando maior ênfase na saúde e nas ciências humanas. As cinco áreas de aprendizagem em que se dividia o plano de estudos, ao longo do curso, demonstra bem essa tentativa de dar um novo fôlego à enfermagem através das Ciências Comportamentais, Sociais e Humanas.

⁵⁵³ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976, pp. 10.

⁵⁵⁴ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, *Op. Cit.*, pp. 14.

Tabela 13 – A organização, por grandes temas, do curso de enfermagem em 1976.

	Tema central	Duração	Áreas de Aprendizagem
1º Ano	O Homem, a Sociedade e a Saúde	C. 10 meses	1ª Área de aprendizagem (1ª, 2ª, 3ª fases)
2º Ano	O enf ^o e doente com afecções médicas e cirúrgicas	C. 10 meses	2ª Área de aprendizagem
3º Ano	O enf ^o e a criança com afecções médicas e cirúrgicas	C. 3 meses	3ª Área de aprendizagem
	O enf ^o e o indivíduo submetido a factores de desequilíbrio psicológico	C. 3 meses	4ª Área de aprendizagem
	Estágio intensivo	C. 4 meses	5ª Área de aprendizagem

Fonte: AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976

Cada uma destas áreas possuía objectivos específicos que os alunos deviam atingir de modo a transitar para a área de aprendizagem seguinte. Na 1ª área de aprendizagem pretendia-se que os alunos estudassem o meio que os envolvia como forma de compreenderem os indivíduos, os grupos, as relações sociais, entre outros aspectos, desempenhando a psicologia e a sociologia um papel central.

Na 1ª Área de aprendizagem as/os alunas/os deviam interiorizar o seguinte:

- 1) O homem como ser bio-psico-social em todas as etapas da vida;
- 2) A sociedade e as suas estruturas com especial ênfase para as relacionadas com a saúde;
- 3) Algumas agressões a factores de desequilíbrio que levam à doença⁵⁵⁵;

As disciplinas que as/os alunas/os frequentavam nesta área de aprendizagem eram as seguintes: (1ª fase) Enfermagem; Psicologia; Sociologia; Anátomo-fisiologia; Química; Nutrição; Outras actividades; (2ª fase) além das disciplinas anteriores (excepto química) frequentavam Patologia geral; Microbiologia e Parasitologia; Farmacologia; (3ª fase) frequentavam apenas as disciplinas de Enfermagem; Psicologia e Sociologia. No final de todas as fases de aprendizagem da 1ª área constatamos a existência de estágios de modo a melhor integrar o ensino teórico com a prática clínica.

Na 2ª Área de aprendizagem pretendia-se que a/o aluna/o fosse capaz de “planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem individualmente e em grupo a doentes com afecções do foro médico-cirúrgico (onde se incluem as doenças

⁵⁵⁵ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Op. Cit, pp. 16.

transmissíveis) a todos os níveis de prevenção”⁵⁵⁶. As/os alunas/os frequentavam ao longo de todo o ano lectivo as disciplinas seguintes: Enfermagem com integração de patologia, terapêutica e dietética; Psicologia; Sociologia; outras actividades. Também aqui se realizavam estágios no final de cada período lectivo.

O terceiro ano dividia-se em 3 áreas de aprendizagem. Na 3ª Área de aprendizagem “pretende-se que o aluno seja capaz de prestar individualmente e em equipa cuidados de enfermagem a crianças com afecções médicas e cirúrgicas a todos os níveis de prevenção”⁵⁵⁷. Para o efeito frequentava as disciplinas seguintes: Enfermagem com integração de patologia, terapêutica e dietética; Psicologia; Sociologia, outras actividades e um estágio na especialidade respectiva. Na 4ª Área de aprendizagem o objectivo maior a atingir dizia respeito à capacidade da/o aluna/o para “prestar individualmente e em equipa, cuidados de enfermagem ao individuo com perturbações do foro psicológico e todos os níveis de prevenção”⁵⁵⁸. O plano de estudos caracterizava-se pelas seguintes disciplinas: Enfermagem com integração de psicopatologia e terapêutica; Sociologia; outras actividades e o respectivo estágio. A 5ª Área de aprendizagem constituía o momento final e de integração na vida profissional dado que correspondia a um Estágio intensivo: “Pretende-se que o aluno se integre gradualmente no futuro trabalho profissional de modo a que no final do curso seja capaz de assumir a responsabilidade integral dos cuidados de enfermagem que presta”⁵⁵⁹. Possuía as seguintes disciplinas: Organização profissional; Organização e funcionamento de Unidades de Cuidados Intensivos; Outras actividades e um estágio intensivo hospitalar e de saúde pública, acrescentado de uma semana de reflexão.

Do ponto de vista metodológico, o plano de estudos do curso de enfermagem apostava numa formação centrada na aprendizagem do aluno, estabelecendo objectivos concretos que estes deviam alcançar substituindo a “tradicional pedagogia do ensino”⁵⁶⁰. De acordo com o grupo de trabalho que promoveu este plano de estudos, a “pedagogia, centrada na actividade do aluno, exige uma responsabilização e empenhamento dos intervenientes no processo pedagógico que, a serem eficazmente

⁵⁵⁶ AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Op. Cit, pp. 19.

⁵⁵⁷ Idem, pp. 21.

⁵⁵⁸ Idem, pp. 22.

⁵⁵⁹ Idem, pp. 23.

⁵⁶⁰ Idem, pp. 26.

assumidos, afastam os insucessos (...)”⁵⁶¹. Pretendia-se que a aprendizagem fosse activa alterando, deste modo, as relações “magistrais” entre professor e aluno.

Em suma, a metodologia assentava, principalmente, em três aspectos:

- O desenvolvimento de capacidade de análise e crítica;
- O desenvolvimento de actividade criativa;
- A necessidade de trabalhos individuais e de grupo;

Tabela 14 – Objectivos teóricos que os alunos do curso de Enfermagem deviam atingir no final de cada área de aprendizagem.

Áreas de Aprendizagem	Objectivos
1ª Área de Aprendizagem	<p>1ª fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relações individuais e colectivas com o homem integrado na sociedade; - Desenvolver a capacidade de observação; - Adquirir métodos científicos de trabalho; - Detectar necessidades do indivíduo em matéria de saúde; - Sensibilizar-se aos problemas de saúde da comunidade; <p>Trabalhar com grupos existentes na comunidade com vista a uma sensibilização destes aos problemas de saúde;</p> <p>2ª fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obter conhecimentos que possam responder à dúvidas levantadas pela experiência em meio rural e urbano, em matéria de saúde; - Adquirir conhecimentos que permitam conhecer o homem como ser bio-psico-social em todas as etapas da vida; - Conhecer algumas agressões e factores de desequilíbrio que levem à doença; - Conhecer algumas respostas do organismo às agressões; - Compreender a importância de alguns fármacos na prevenção e resposta às agressões; - Adquirir conhecimentos teóricos que lhe permitam colaborar no estudo sanitário dum agregado populacional circunscrito; <p>3ª fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a evolução do ciclo maternal e actuar a nível primário; - Compreender a importância do ambiente em todo o ciclo maternal; - Conhecer o desenvolvimento psico-motor desde o nascimento à idade adulta e as medidas primárias de prevenção; - Compreender a importância do ambiente no desenvolvimento da criança; - Compreender os problemas de saúde inerentes à idade adulta resultantes da relação sócio-profissional; <p>Conhecer os factores bio-psico-sociais que afectam a 3ª idade e os problemas que daí advêm;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender a importância do ambiente na adaptação à velhice;
2ª Área de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as diferentes doenças do foro médico (etiologia, fisiopatologia, sintomatologia, métodos de estudo e tratamento) e necessidades em cuidados de enfermagem a todos os níveis de prevenção; - Conhecer as diferentes doenças do foro cirúrgico (...) e necessidade em cuidados de enfermagem a todos os níveis de prevenção; - Conhecer as diferentes doenças transmissíveis (...) e necessidades em cuidados de enfermagem a todos os níveis de prevenção; - Conhecer as diferentes especialidades médicas e cirúrgicas (...) e necessidades de cuidados de enfermagem a todos os níveis de prevenção;
3ª Área de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Obter conhecimentos teóricos que permitam conhecer as implicações da doença na criança e saber actuar a todos os níveis de prevenção;

⁵⁶¹ Idem, pp. 26.

	<ul style="list-style-type: none"> - Obter conhecimentos teóricos que permitam identificar as alterações do desenvolvimento da criança, relacionando os efeitos da doença com essas alterações; - Obter conhecimentos teóricos que permitam identificar os sinais e a fonte de ansiedade da criança hospitalizada;
4ª Área de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender os conceitos fundamentais do comportamento e relações humanas de modo a poder trabalhar com qualquer indivíduo (criança ou adulto) e com grupos seja qual for o problema psicológico que os afecte; - Adquirir conhecimentos e técnicas que lhe permitam aplicar medidas de prevenção e prestar cuidados directos ao doente mental;
5ª Área de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Integração profissional

Fonte: AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976.

Este plano de estudos pode ser considerado como um ponto de viragem entre o passado e aquilo que se esperava do futuro ao nível da construção de um conhecimento profissional de enfermagem alargado, polivalente, enfim um Saber multidisciplinar, na medida em que absorvia conhecimentos de várias áreas científicas e, assim, construía o seu próprio Saber.

De acordo com Maria Aurora Bessa⁵⁶² este plano de estudos correspondeu a um processo inovador em Portugal dado que, no que diz respeito ao conteúdo, centrou-se na saúde, no indivíduo, na família e na comunidade. Esta reforma promoveu o estudo em torno de grandes áreas de aprendizagem permitindo o alargamento do Saber da/o enfermeira/o, aproximando-a/o das ciências comportamentais, sociais e humanas que ajudaram a reforçar a identidade profissional do grupo, através de processos de reflexão sobre a acção da/o profissional e do objecto de intervenção do grupo: o ser humano.

Para José Amendoeira:

“É a partir do plano de estudos de 1976 que a multidisciplinaridade começa a ser uma realidade, na medida em que a disciplina de enfermagem começa a ter no currículo, um estatuto de diferenciação e autonomia em relação às demais áreas do saber, embora ainda com alguma distância da interdisciplinaridade essencial à complexidade em saúde”⁵⁶³.

Na segunda metade da década de 70, os avanços no domínio da enfermagem continuaram e prolongaram-se para a década seguinte sempre com o objectivo da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Em 1981 iniciou-se o estudo para a integração no sistema educativo tendo sido, em 1985, aprovados os

⁵⁶² BESSA, Maria Aurora (1987), “A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional: sua importância para o desenvolvimento sanitário do país”. *Enfermagem*, 35 (1), Jan. /Fev., pp. 33.

⁵⁶³ AMENDOEIRA, José (2006) *Op. cit.*, pp. 191.

princípios orientadores da referida integração. Este processo foi lento e também teve reflexos no que diz respeito às orientações curriculares.

Em 1986 iniciou-se nova revisão curricular considerando-se, como se diz nos *Planos de estudo e programas*, de 1987 que:

“passados 10 anos de execução e avaliação do actual plano de estudos, considerou-se urgente fazer uma revisão curricular que considerasse não só as sugestões e orientações dadas pelas Escolas de Enfermagem nas avaliações realizadas (...), mas também novos elementos resultantes de uma evolução na sociedade portuguesa, quer a nível técnico-científico, quer a nível político-social”⁵⁶⁴.

Tornava-se necessário adequar os currículos ao novo contexto social e político que caracterizava um Portugal com ambições europeias. Os alunos eram diferentes daqueles que nas décadas anteriores frequentaram o curso de enfermagem. De facto, confirma-se esta ideia quando analisamos as condições de admissão às escolas de enfermagem, onde desde 1979 eram obrigados a possuir o curso complementar dos liceus ou equivalente legal para serem admitidos à frequência do curso de enfermagem.

Também na década de oitenta surgiu uma nova visão sobre a carreira de enfermagem (1981). A CEE estabelecia, para o ensino de enfermagem, orientações que Portugal deveria tomar em linha de conta a partir da sua entrada naquele “novo” espaço socioeconómico. A “filosofia do curso” foi ao encontro de paradigmas que em 1976 já tinham sido convocados, nomeadamente colocar a dignidade do ser humano no centro de todo o processo relacionado com os cuidados de enfermagem. Considerava-se que “a educação é um processo contínuo, activo e progressivo, através do qual o comportamento do indivíduo é modificado pela aquisição e assimilação de conhecimentos, habilidades e atitudes”⁵⁶⁵. Tal como se dizia no plano de estudos de 1987:

“Acredita-se que cada aluno é um ser único, portador de uma cultura particular e uma variedade de experiências que o ajudarão a participar na vida escolar e na profissão de enfermagem, assim como se crê que os alunos seleccionados são indivíduos com potencial académico, interesses e motivações que lhes proporcionarão atingir sucesso pessoal, social e profissional”⁵⁶⁶.

⁵⁶⁴ AEECB – *Curso de Enfermagem geral – Planos de estudo e programas*, 1987 (introdução).

⁵⁶⁵ AEECB – *Curso de Enfermagem geral – Planos de estudo e programas*, 1987.

⁵⁶⁶ Idem.

Do mesmo modo, também se apurava a definição conceptual da Enfermagem, considerando que “é uma arte e uma ciência que, respeitando a dignidade do individuo, visa a promoção, manutenção e/ou aquisição de um estado de equilíbrio físico, mental e social, em conjunto com outras disciplinas de saúde e sociais”⁵⁶⁷. Um saber que se construía na relação entre a Saúde e a Comunidade, procurando o equilíbrio do ser Humano, individual e colectivamente, promovendo o bem-estar e um diálogo interprofissional.

Nesta data defendia-se que a prática de enfermagem envolvia “conhecimentos, habilidades e atitudes relativas às Ciências Básicas, Médicas, Sociais e de Saúde Pública, assim como conceitos de Educação”⁵⁶⁸ tornando a/o enfermeira/o um (a) “membro da equipe de saúde” que “planeia, executa e avalia os cuidados de enfermagem que englobam a prestação de serviços ao individuo, como membro de uma família e de uma comunidade”⁵⁶⁹. Por vezes, cai-se numa manifestação de generosidade que devia servir para mobilizar os profissionais ou sensibilizar a comunidade em geral. É o caso de declarações como a que se segue:

“(…) O Curso de Enfermagem é delineado de forma a preparar enfermeiros que possam actuar na sociedade contemporânea e que sejam capazes de intervir e de se ajustar às mudanças sociais e profissionais no futuro. É assim a obrigação da Escola, preparar Enfermeiros que contribuam para o avanço da profissão e que dêem resposta às necessidades da comunidade e da população”⁵⁷⁰.

Em meados da década de 80, o domínio da enfermagem estava melhor definido. Os currículos reflectiam essa condição sobre o conhecimento que lhes correspondia no plano académico e que resultava de um diálogo constante com diferentes grupos socioprofissionais e os saberes correspondentes.

No plano de estudos de 1987 eram quatro os objectivos gerais que os alunos deviam ser capazes de cumprir no final do curso:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem a indivíduos, família e comunidade, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, utilizando metodologia científica;

⁵⁶⁷ Idem.

⁵⁶⁸ Idem.

⁵⁶⁹ Idem.

⁵⁷⁰ AEECB – *Curso de Enfermagem geral – Planos de estudo e programas*, 1987.

- 2) Colaborar com outros técnicos de saúde e sectores envolvidos no desenvolvimento global e integrado na comunidade;
- 3) Contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem participando na formação permanente dos enfermeiros e na elaboração de estudos relativos ao exercício da profissão;
- 4) Desenvolver uma consciência profissional, colaborando nas organizações profissionais, tendo em vista a evolução da profissão de enfermagem e a melhoria dos cuidados de enfermagem à população;⁵⁷¹

Em suma, tentou proporcionar-se à/ao aluna/o uma participação mais activa e dinâmica no processo de ensino/ aprendizagem, oferecendo-lhe a possibilidade de reflectir sobre a sua própria acção e profissão, de elaborar trabalhos individuais e de grupo e desenvolver a sua capacidade analítica valorizando-se como individuo e, conseqüentemente, ao grupo socioprofissional de que iria fazer parte.

De acordo com José Amendoeira “com esta revisão do plano de estudos parece emergir uma valorização da disciplina de Enfermagem, através da definição de conteúdos específicos quanto às teorias e modelos de enfermagem, pela primeira vez introduzidos de forma explícita”⁵⁷².

De acordo com o plano de estudo:

“Recomenda-se que cada Escola escolha qual a/s Teoria/s ou modelo/s de Enfermagem a seguir e desenvolver com os seus alunos na prestação de Cuidados de Enfermagem. A metodologia científica preconizada ao longo do Curso deverá traduzir-se na prestação de cuidados individualizados, o que inclui o planeamento, execução e avaliação de cuidados”⁵⁷³.

A/o aluna/o devia dominar um conjunto de objectivos em cada ano lectivo. Tal como podemos evidenciar através da tabela seguinte, a/o aluna/o no 1º ano devia primeiro adquirir os conhecimentos teóricos e instrumentos básicos que permitissem a interpretação do seu campo de acção: a enfermagem. No 2º ano já deviam possuir conhecimentos teórico-práticos que aplicassem a doentes com necessidades médico-cirúrgicas, utilizando metodologias próprias da enfermagem. Por fim, no 3º ano devia compreender o seu papel no interior de equipas de saúde multidisciplinares e integrar-se

⁵⁷¹ AEECB – *Curso de Enfermagem geral – Planos de estudo e programas*, 1987, pp. 2 e 3.

⁵⁷² AMENDOEIRA, José (2006) *Op. Cit.*, pp. 192.

⁵⁷³ AEECB – *Curso de Enfermagem geral – Planos de estudo e programas*, 1987.

o melhor possível nessas equipas para desenvolver com sucesso a sua actividade profissional.

Tabela 15 – Objectivos teóricos que os alunos do curso de Enfermagem, em 1987, deviam atingir no final de cada semestre/ano.

Anos	Objectivo a atingir
1º Ano	<p>1º Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar a aquisição de elementos/instrumentos de análise que permitam a compreensão da sociedade; - Aprofundar conhecimentos da Ciências Biomédicas de forma a compreender o binómio Saúde – Doença; - Analisar o contributo das diferentes correntes de Psicologia para a compreensão do ciclo de vida do ser humano; - Analisar o conceito de enfermagem e suas implicações na prestação de cuidados; <p>2º Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interpretar os problemas de saúde existentes na Comunidade/ Sociedade utilizando o contributo das Ciências da Saúde Pública; - Intervir a nível dos Cuidados de Saúde Primários, integrado na equipa de enfermagem, na resolução de problemas de saúde mais frequentes na sociedade/comunidade, com especial ênfase no que se refere à Saúde Materno-Infantil;
2º Ano	<p>1ª Semestre e 2º Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção a doentes com afecções do foro médico-cirúrgico, utilizando a metodologia do processo de enfermagem; - Analisar os factores que intervêm na gestão de cuidados a prestar aos assistidos; - Utilizar os resultados de investigação na prestação de cuidados aos assistidos;
3º Ano	<p>1º Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem à criança doente e sua família, aos diferentes níveis de prevenção, utilizando a metodologia do Processo de Enfermagem; - Participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente do foro psiquiátrico, aos diferentes níveis de prevenção, utilizando a metodologia do Processo de Enfermagem; <p>2ª Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar integrado na equipa de saúde do serviço/unidade, consciencializando-se dos direitos e deveres inerentes ao exercício profissional;

Fonte: AEECB - Plano de estudos do curso de Enfermagem, 1987.

Do ponto de vista curricular as/os alunas/os deviam frequentar no 1º ano as seguintes disciplinas: (1ª semestre) Anatomia e Fisiologia I; Antropologia e Sociologia; Biofísica e Bioquímica; Enfermagem I – Fundamento de Enfermagem; Farmacologia; Microbiologia e Parasitologia; Nutrição; Terapêutica; Psicologia I. Logo no 1º semestre frequentavam um estágio. Neste estágio⁵⁷⁴ as/os alunas/os deviam utilizar instrumentos básicos de enfermagem e realizar actividades e tarefas ligadas à nutrição, hidratação, higiene, repouso, exercício e segurança do assistido. (2º semestre) Anatomia e Fisiologia II; Enfermagem II – Enfermagem de Cuidados de saúde Primários,

⁵⁷⁴ Idem, pp. 59.

Epidemiologia; Introdução à investigação e estatística; introdução à pedagogia; Patologia e terapêutica II; Psicologia II, seguido de dois estágios. Nos estágios os alunos deviam ter contacto com a enfermagem em cuidados de saúde primários devendo conhecer aspectos de natureza demográfica, estabelecer contactos informais com a comunidade, estabelecer relações de ajuda com o objectivo de procurar compreender os problemas de saúde existentes⁵⁷⁵.

No 2º ano do curso frequentavam: (1º semestre) Enfermagem Médico. Cirúrgica e de especialidades; Introdução à administração; Introdução à investigação e estatística II; Patologia e Terapêutica médico-cirúrgica e de especialidades I; Psicologia de grupo I e no final um estágio. Neste estágio pretendia-se que o aluno se integrasse na vida hospitalar e iniciasse a prestação de cuidados de saúde diferenciados⁵⁷⁶. No 2º semestre o plano de estudos era composto pelas seguintes disciplinas: Enfermagem Médico Cirúrgica e de especialidades II; Patologia e Terapêutica Médico-cirúrgica e de especialidades II, seguido de estágio. Aqui o aluno deveria ser capaz de planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem a doente do foro médico e cirúrgico⁵⁷⁷.

No 3º ano o plano de estudo caracterizava-se pelas disciplinas de: (1º semestre) Enfermagem pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Pediatria; Psicologia de Grupo II e Saúde Mental e Psiquiátrica. Era nos domínios da enfermagem pediátrica e de saúde mental que os estágios incidiam. Por fim, no 2º semestre os alunos tinham: integração à vida profissional; Introdução ao estágio com elaboração do respectivo projecto, os respectivos estágios e uma semana de reflexão.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco orientou os seus planos de estudo pelas directrizes propostas pelo Estado. Constatamos nos diferentes Livros de Actas da instituição que a correspondência entre as disciplinas ali referidas e aquelas propostas pelo Estado eram quase sempre as mesmas em todos os planos curriculares desde pelo menos a reforma de 1965⁵⁷⁸.

A afirmação do Saber profissional da enfermagem passou pela introdução de disciplinas, como tivemos oportunidade de constatar anteriormente e no interior do plano de estudos de 1987, que promovessem a investigação nos currículos de enfermagem como estratégia para tornar a/o enfermeira/o num (a) produtor (a) do seu próprio conhecimento. Esta etapa final correspondeu a um verdadeiro momento de

⁵⁷⁵ Idem, pp. 60.

⁵⁷⁶ Idem., pp. 77.

⁵⁷⁷ Idem, pp. 78.

⁵⁷⁸ Devem consultar-se os AEECB - *Livros de Actas do Conselho Escolar* nº 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

autonomia profissional que definiu o Saber que a enfermagem utilizava como um conhecimento de natureza técnico-científica/intelectual articulado, além da medicina, com as ciências comportamentais, sociais e humanas e produtora de conhecimento técnico mas também teórico que valorizava e reforçava a identidade profissional dos indivíduos e do grupo profissional das/os enfermeiras/os.

Foi através deste processo que a Enfermagem se integrou no Sistema Educativo Nacional, nomeadamente no subsistema de ensino superior politécnico, permitindo um maior reconhecimento e credibilidade social da profissão. Estavam abertas as portas para a implementação, em 1996, do REPE e, dois anos depois, da Ordem dos Enfermeiros (1998).

3. A construção de um Saber Multidisciplinar (de fronteira): os cuidados de enfermagem

As escolas de enfermagem através dos seus currículos assumiram ao longo da 2ª metade da centúria passada uma concepção articuladora com diversos Saberes. Foi a partir dessa concepção que a enfermagem se constitui como um Saber multifacetado no seu domínio profissional: os cuidados de enfermagem. Constatamos que a enfermagem enquanto actividade profissional que estabelece diálogos com diversos saberes conseguiu construir uma jurisdição académica polivalente estabelecendo relações com Saberes exteriores⁵⁷⁹, nomeadamente com a Medicina, a Moral e a Religião e as Ciências Comportamentais, Sociais e Humanas constituindo, apoiada nestas, o seu próprio Saber profissional. Ismael Martins realça esta multiplicidade de saberes com os quais a enfermagem se debatia quando refere o seguinte:

“Nós dizíamos muitas vezes que o enfermeiro tinha que ser tudo, às vezes tinha de ser médico, psicólogo, sociólogo, assistente social, às vezes até tinha de ser padre, sacerdote. De maneira que tinha de ter conhecimentos um pouco de tudo, embora não podia ser bom em tudo, é evidente, mas isso ajudava à prestação de cuidados de enfermagem porque ajudava as pessoas a conhecer o ser humano”⁵⁸⁰.

A enfermagem definiu-se como um Saber multi e inter disciplinar que passou, a partir da década de 80, a contar com disciplinas que promoviam a investigação nos planos de estudo, contribuindo, do ponto de vista metodológico, para a construção do

⁵⁷⁹ WEBER, Max (2005), *Conceitos Sociológicos Fundamentais*, Lisboa: Edições 70, pp. 69 e seguintes.

⁵⁸⁰ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 16 (Cf. Anexos).

seu próprio conhecimento profissional. A enfermagem apresenta-se como um Saber de fronteira dado que utilizou outras áreas disciplinares para construir o seu próprio caminho conceptual. Por exemplo, o conceito de bem-estar foi utilizado como plataforma giratória entre as Ciências da Saúde e as Ciências Comportamentais, Sociais e Humanas constituindo, assim, um campo próprio de saberes transfronteiriços e multidisciplinares que ajudaram a construir a identidade da enfermagem portuguesa.

Constatamos a existência de dois eixos articuladores da enfermagem em Portugal: o primeiro eixo, correspondente ao Estado Novo (principalmente até final da década de 60), onde o saber em enfermagem se construiu de acordo com a influência dos saberes da medicina e de uma moral profissional. O segundo eixo (décadas de 70 e 80), onde se assumiu uma dimensão de natureza intelectual, científica e também teórica promovendo a construção do seu próprio saber através de dispositivos curriculares relacionados com as Ciências Sociais, Humanas e do Comportamento e com a investigação em enfermagem.

Em síntese, neste ponto vamos apresentar um conjunto de linhas curriculares estruturadoras do desenvolvimento do saber em enfermagem, em Portugal, através dos programas das disciplinas leccionadas no interior das escolas de formação de enfermeiras/os, optando por uma análise diacrónica no sentido de facilitar a interpretação/análise das fontes de informação e tomando as décadas de 60 e/ou 70 como uma fase de transformação académica e profissional.

3.1. Uma abordagem curricular de natureza médica e moral até à década de 70 (séc. XX)

3.1.1. As disciplinas de natureza médica

As disciplinas que caracterizaram, ao longo da primeira metade do século XX, os planos de estudo do curso de enfermagem encontravam-se na sua maioria associadas ao domínio médico, reflectindo a ideia da enfermagem como auxiliar da medicina. Esta tendência manteve-se, *grosso modo*, até às décadas de 60/70 da centúria de novecentos dificultando a construção de um domínio profissional próprio e a respeitabilidade académica e social ambicionada.

Verificamos que a medicina, no século XX, constituiu o primeiro eixo estruturador dos Saberes relacionados com a Enfermagem e que esta associação, entre a

enfermagem e a medicina, possibilitou algum prestígio para a enfermagem dado que lidava de perto com um Saber socialmente reconhecido⁵⁸¹.

A formação da/o enfermeira/o foi ministrada durante muito tempo num único espaço dominado pela medicina: o hospital. O modelo dessa formação centrava-se no domínio de técnicas médicas (de execução) e colocava a doença no centro das aprendizagens. Nas primeiras décadas do século XX, verificamos que eram valorizados os conhecimentos de Anatomia, Fisiologia ou Cirurgia, entre outros. Esta valorização do conhecimento médico foi acompanhada por uma dimensão moral, transformando, lentamente, o Saber da enfermagem numa *moral professional*.

De acordo com Marie-Françoise Collière “a prática de enfermagem na primeira metade do século XX, vai, a pouco e pouco (...) valorizando a tecnicidade sem, no entanto, a dominar, nem mesmo ter acesso ao processo analítico que gerou a multiplicação das tecnologias médicas. Os cuidados aos doentes passam a ser “a técnica”, e depois, os “cuidados técnicos”. É a doença que os determina e orienta”⁵⁸².

Na década de 50 continuamos a observar, no caso português, o mesmo cenário, ainda que com algumas transformações dado que o modelo formativo que caracterizava os planos de estudo baseava-se nos conhecimentos médicos. Encontramos disciplinas como Patologia Geral, Nutrição e Dietética, Patologia Médica, Patologia Cirúrgica, Farmacologia e Terapêutica, Psiquiatria, Urologia e Venerologia, Obstetrícia, entre outras, deixando um curto espaço curricular para disciplinas como *Técnicas de Enfermagem* e respectivas especialidades.

Os programas destas disciplinas consistiam em descrições sobre cada uma das disciplinas. Por exemplo, a disciplina de Anatomia e Fisiologia iniciava os seus trabalhos definindo o conceito de Anatomia Humana para, depois, fazerem uma “descrição elementar da célula humana e noção de tecido, órgão, aparelho e sistema”⁵⁸³ e, de seguida, passavam à descrição dos diferentes tipos de anatomia (descritiva, topográfica, etc...) e fisiologia.

A enfermagem, devido à influência do modelo médico, continuou a centrar os seus interesses na doença, sem existir uma grande preocupação, do ponto de vista curricular, no Ser Humano portador de doença. Apesar de tudo, considerava-se que “os

⁵⁸¹ COLLIÈRE, Marie-Françoise (2002), *Promover a Vida*, 5ª ed., Lisboa/Porto/Coimbra: Lidel, pp. 107.

⁵⁸² COLLIÈRE, Marie-Françoise (2002), *Op. Cit.* pp. 125.

⁵⁸³ AEECB - *Programa de Anatomia Humana e Fisiologia Humana*, 1954.

conhecimentos centrados na doença constituíam a base da “cultura geral das enfermeiras”⁵⁸⁴.

O currículo era organizado de modo a responder às necessidades da medicina, colocando a enfermagem numa posição subalterna no interior dos planos curriculares. Se tomarmos como exemplo o plano de estudos que em 1954 foi aplicado nas escolas de enfermagem verificamos o enorme peso curricular das disciplinas de natureza médica face às disciplinas de enfermagem.

Considerando o número de disciplinas em cada ano lectivo, relacionado com a área da medicina e com a área da enfermagem, constatamos que a maioria das disciplinas dizia respeito, sobretudo, ao Saber médico. Apenas algumas se caracterizavam directamente como disciplinas de enfermagem, nomeadamente *Técnicas de Enfermagem*. Havia ainda algumas disciplinas relacionadas com as ciências sociais e humanas, como por exemplo a Psicologia.

Esta evidência vem comprovar o que defendemos até aqui. A enfermagem encontrava-se submissa no interior dos seus próprios planos de estudo e o seu espaço curricular situava-se principalmente no domínio das *técnicas de enfermagem*. Não obstante, estas técnicas representaram um conjunto de saberes que deram suporte ao conhecimento da/o enfermeira/o ainda que, de acordo com Marie-Françoise Collière, estes “conhecimentos são mais “absorvidos” para garantir um funcionamento rápido e preciso de auxiliares do médico do que alimentam uma reflexão que vise guiar e enriquecer a acção da enfermeira”⁵⁸⁵.

Lisete Ribeiro argumenta que no interior desta perspectiva, os seres humanos têm sido vistos como formados por um conjunto de sistemas e órgãos cujo funcionamento equilibrado se traduz numa homeostase biológica considerada, então, um estado de saúde, salientando que o objectivo da medicina é, em geral, a cura ou o controlo da doença⁵⁸⁶ ao contrário do caminho que a enfermagem viria a seguir.

Este modelo de aprendizagem, liderado pelo saber médico, permitiu a apropriação de um conjunto de saberes-fazer que deram substância técnico-científica à profissão de enfermagem embora, ao mesmo tempo, transformou a enfermeira numa mera executora de tarefas ou, noutras palavras, uma auxiliar médica. Na opinião de Marie-Françoise Collière, a enfermagem conseguiu encontrar um modo de se valorizar

⁵⁸⁴ COLLIÈRE, Marie-Françoise (2002), *Op. cit.*, pp. 128.

⁵⁸⁵ Idem, pp. 129.

⁵⁸⁶ RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*, Lisboa: Educa/ SEP, pp. 24.

socialmente através da apropriação de técnicas que a medicina lhe ia permitindo aprender e utilizar, do ponto de vista institucional (nas escolas ou espaços de saúde) iniciando-se a construção de uma jurisdição académica da enfermagem, sob a alçada do Estado, e uma identidade reforçada do ponto de vista profissional.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco, inicialmente assumia também a enfermagem como auxiliar da medicina. Na verdade o seu director, José Lopes Dias, acreditava que esta instituição escolar gozaria de grande responsabilidade no auxílio dos médicos e na perseguição aos curandeiros que se encontravam espalhados pela Beira Baixa⁵⁸⁷. Todavia com o decorrer dos anos, e sobretudo depois da oficialização da escola em 1973, optou-se por seguir uma nova concepção da enfermagem nesta instituição. Um modelo que olhava para o Ser Humano como alguém que possuía necessidades que tinham de ser supridas através dos cuidados de enfermagem. Ismael Martins refere-se a esta questão quando diz que depois do 25 de Abril de 1974 existiam principalmente dois modelos seguidos pelas escolas de enfermagem nacionais:

“Havia essencialmente dois modelos nos cursos: 90% ou mais das escolas continuava com o modelo bio-médico, primeiro as cadeiras genéricas, as patologias, as fisiologias, as enfermagens gerais e poucos estágios, ia-se do geral para o particular; havia, no entanto, um número restrito de escolas, na qual se incluía a nossa, que procuravam mais o chamado modelo de acompanhamento humano em que acompanhávamos o ser humano desde a concepção à morte, procurando construir os conhecimentos de acordo com as necessidades das pessoas nas suas diferentes faixas etárias. Começávamos pelos aconselhamentos à grávida, depois os cuidados de enfermagem no bebé, no jovem, adolescente, adulto e isso tanto na enfermagem como na psicologia, ou na sociologia, e dávamos as cadeiras de fisiologia, patologia, etc...mais de acordo com as necessidades do ser humano. Havia esses dois modelos. Na nossa escola seguimos o modelo do acompanhamento do ser humano desde a concepção até à morte”⁵⁸⁸.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco inicialmente seguiu o modelo bio-médico. Depois optou pelo caminho da humanização onde ganharam destaque um conjunto de saberes relacionados com as Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais como teremos oportunidade de mostrar adiante.

⁵⁸⁷ AEECB – Correspondência Expedida - Ofício dirigido ao Inspector da Assistência Social, 1953, pp. 2.

⁵⁸⁸ Vd. Entrevista Realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 14 (Anexos).

3.1.2. Uma abordagem pela via moral

A par dos desenvolvimentos médicos, no século XX, a/o enfermeira/o representou um conjunto de atitudes e valores *atribuídos* pela sociedade à sua actividade profissional. Os valores, sempre presentes na sua formação, surgiram com maior destaque no interior do Estado Novo. Este regime político influenciou a actividade profissional, dando ênfase ao virtuosismo, à obediência e submissão em relação ao Estado e propondo o Catolicismo como modelo axiológico a seguir.

A dimensão moral constitui um importante pilar na fixação de um domínio de conhecimentos, relacionados com os cuidados de enfermagem, na medida em que o estudo dos valores católicos apresentou-se como uma das matérias representadas no interior dos planos de estudo das escolas de enfermagem. Neste ponto, debruçamo-nos sobre a importância das disciplinas que regularam as normas e as condutas da/o enfermeira/o (ex. Religião e Moral, Deontologia, etc...), na construção do seu Saber entre os anos 50 e a década de 70, do século XX.

Segundo Lisete Fradique Ribeiro, embora ao longo dos tempos tenha assumido significados diferentes, desde sempre, a moral – enquanto sistema de normas que regulam as relações entre os indivíduos – foi considerada da maior importância na prática e formação das enfermeiras⁵⁸⁹. A importância da moral, nomeadamente a moral cristã, contribuiu para melhor definir o conhecimento em enfermagem, dado que promoveu a associação entre o acto de cuidar, actualmente base do Saber profissional de enfermagem, e o sentido de dever perante o outro. Os valores promovidos pela Igreja foram importantes na definição de uma crença comum ao grupo das/os enfermeiras/os pois assumiram a ideia de “vocação” para a enfermagem, em articulação com o Estado, muito próxima de uma vocação religiosa.

A enfermagem construiu o seu campo de conhecimentos com base na influência moral, principalmente da Igreja Católica em articulação com o Estado (Novo), promovendo, o ultimo, uma ideologia comum ao grupo, nomeadamente através do sentido de “missão”, “dever”, “abnegação”, “exemplaridade”, “Lealdade”, entre outros princípios que foram características estruturantes do grupo socioprofissional em análise.

As escolas de enfermagem tiveram um importante papel no sentido de veicular este ideal de natureza cristã, quer através dos programas das disciplinas de Deontologia

⁵⁸⁹ RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *op. cit.*, pp. 41.

Moral, de Deontologia Profissional e Ética, quer através de textos publicados⁵⁹⁰ ou da própria disciplina de Religião e Moral.

Estas disciplinas constituíram formas de conceptualização da enfermagem dando enquadramento teórico-abstracto a uma visão tecnicista, próxima do modelo médico, que apresentamos anteriormente, nomeadamente até à década de 70. A partir desta altura a discussão prosseguiu, mas em torno de aspectos mais próximos das Ciências Comportamentais, Sociais e Humanas.

Nos anos 40, do século XX, em resultado da Concordata entre o Estado Novo e a Santa Sé, os planos de estudo de enfermagem passaram a contemplar, no final dessa década, uma disciplina de Religião e Moral. Na Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca em 1949, a disciplina de Moral e Religião constava já dos currículos, propostos pela Comissão Lisboa para todos os cursos de enfermagem ministrados no País, sendo leccionada em todos os anos, durante 1 hora por semana⁵⁹¹. Esta disciplina – Religião e Moral – fez parte dos planos de estudo, oficialmente, até à revisão curricular de 1976. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco a disciplina de Religião e Moral também caracterizou os planos de estudo. Estas disciplinas eram leccionadas por párocos locais que eram indicados para o efeito. O primeiro pároco a leccionar Moral e Religião na Escola albicastrense foi o Padre João da Assunção Jorge, no início da década de 50. Outros párocos lhe seguiram nomeadamente o Cónego Anacleto Pires da Silva Martins ou o Padre João de Oliveira Lopes. Curiosamente os dois últimos leccionavam ainda, respectivamente, disciplinas de Psicologia, Comportamento e Relações Humanas; e Deontologia Profissional⁵⁹².

Em 1954, encontramos-la no planos de estudo nos três anos do curso de enfermagem geral, como disciplina obrigatória, com a duração de uma hora por semana. Em 1965 observamos no plano de estudos que “em todos os períodos devem ser incluídas as aulas de moral, conforme a legislação em vigor”⁵⁹³. Nesta data, as/os alunas/os que frequentavam a disciplina de Religião e Moral não tinham de fazer qualquer exame final devendo, no entanto, assistir às aulas.

Apesar da importância da disciplina de Religião e Moral, na construção de um sistema de crenças e valores comuns ao grupo, outras disciplinas, nas décadas de 50 e 60, também contribuíram para esse sistema de valores e atitudes que a enfermagem

⁵⁹⁰ Idem, pp. 43.

⁵⁹¹ SILVA, Ana Isabel (2008), *Op. cit.*, pp. 481.

⁵⁹² AEECB – *Correspondência Recebida/Expedida*, 1952, 1956, 1960, 1968, 1969.

⁵⁹³ AEECB – Plano de Estudos – Enfermagem Geral, *Op. Cit.*, pp. 11.

tomou como referência, pelo menos até à década de 70 da centúria passada, e promoveu nas escolas de formação de enfermeiras/os.

No primeiro ano do curso de enfermagem geral, de acordo com a revisão do plano de estudos de 1954, podemos verificar a existência de uma disciplina intitulada “Adaptação Profissional e História da Enfermagem” que era ministrada durante 1 hora por semana ao longo do primeiro ano escolar. Esta disciplina dividia-se em duas partes: Adaptação profissional e História da Enfermagem. A primeira – Adaptação Profissional – consistia na formação escolar da/o futura/o enfermeira/o enquadrando-a/o nos princípios profissionais que devia seguir e ser exemplo. Era importante chamar a atenção da/o aluna/o para a sua responsabilidade ao nível dos trabalhos escolares responsabilizando-a/o perante a Escola e os seus colegas. Nesta disciplina abordavam-se questões relacionadas com as virtudes da/o enfermeira/o. Um dos principais pontos do programa intitulava-se “CARACTERÍSTICAS DESEJÁVEIS A UMA ENFERMEIRA”⁵⁹⁴. Em 1954, à enfermeira era pedido que fosse saudável física, moral, mental e emocionalmente; devia, ainda, ser “mentalmente desenvolvida”, “tecnicamente competente”, além de, necessariamente, “ser digna de confiança e saber inspirar confiança”. Ao mesmo tempo, devia “ter expediente e ser equilibrada; ser prudente; ser colaboradora, ser simpática, ser bem-educada; ser culta [e] obter satisfação pessoal do trabalho”⁵⁹⁵. Centrava-se, também, a atenção na responsabilidade escolar, na importância do segredo profissional e na hierarquia profissional, de modo a que cada um soubesse o lugar que ocupava nas organizações e na própria sociedade.

Na segunda parte da disciplina – História da Enfermagem – estudava-se o processo de desenvolvimento da “arte de cuidar” ao longo da História. Iniciava-se o estudo da enfermagem “entre os povos primitivos” realçando-se, depois, a enfermagem nas civilizações pré-clássicas, passando de imediato para o estudo da “enfermagem no princípio da era cristã”. A partir deste ponto, o programa chamava a atenção para a relação da enfermagem com as ordens monásticas, com as cruzadas, as guerras e as epidemias no período medieval. A enfermagem na época moderna era outro ponto do programa onde se valorizava o desenvolvimento dos hospitais e os progressos científicos da medicina. Ao mesmo tempo, chamava-se a atenção para a importância da “caridade cristã” no interior da enfermagem destacando S. Vicente de Paulo e as Filhas

⁵⁹⁴ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral*, 1954, pp. 13. (Transcrição destacada, como aparece no programa).

⁵⁹⁵ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral*, 1954, pp. 13.

da Caridade e “S. João de Deus e a sua obra”. O terceiro ponto dizia respeito ao período onde começava o processo de afirmação do grupo profissional das/os enfermeiras/os, nomeadamente o papel de Florence Nigthingale “e a sua influência na enfermagem de todo o mundo”. Os conflitos mundiais também eram abordados, tentando “compreender a sua repercussão na enfermagem mundial”. O quarto e último ponto do programa de História da Enfermagem, abordava as “organizações de enfermagem existentes” levando as/os alunas/os a estudar o papel da Cruz Vermelha Internacional; da Fundação Internacional Florence Nigthingale; do Conselho Internacional de Enfermeiras; da Organização Mundial de Saúde; da Fundação Rockefeller e, também, traçando a evolução das escolas de enfermagem em Portugal⁵⁹⁶.

A História da Enfermagem, em 1965, assumiu a posição de disciplina conquistando um espaço autónomo em relação às questões ligadas à deontologia profissional. O programa⁵⁹⁷, em traços gerais, manteve-se o mesmo de 1954, havendo apenas uma clarificação do ponto de vista dos objectivos e dos métodos pedagógicos aplicados no interior desta disciplina. Considerava-se que era necessário uma visão na perspectiva sociológica e dos movimentos sociais e da saúde; tornar conhecidas as figuras históricas e a contribuição que nos legaram, com os seus ideais, as suas obras e o seu exemplo; apreciar os princípios científicos e sociais que criaram a profissão de enfermagem e, por fim, ajudar o aluno a adaptar-se à profissão e a interessar-se por aumentar a sua cultura⁵⁹⁸.

A transcrição seguinte consta do programa de História da Enfermagem e apela ao conhecimento dos diferentes saberes e ao seu percurso histórico como mecanismo de projectar no futuro, neste caso, a enfermagem. Podemos ler o seguinte:

“Devemos lembrar-nos que a verdade histórica é a melhor forma do aluno apreender o presente e confiar no futuro. Temos de procurar que se estudem as descobertas e os factos que contribuíram ou orientaram o progresso da medicina e da enfermagem. É um dever incutirmos em cada aluno a convicção de que tudo é bom, nobre e grande na actividade humana, e progressivo, tem uma evolução. Diz Castiglione na História da Medicina que “nenhum progresso se realiza bruscamente; mas antes é resultado dos esforços de numerosas gerações; cada um dos nossos conhecimentos está ligado

⁵⁹⁶ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programas*, 1954, pp. 14.

⁵⁹⁷ Em linhas gerais o programa mantém a mesma estrutura ainda que mais aprofundada. Acrescenta-se logo no primeiro ponto a relação da enfermagem com a vocação. No final termina-se, igualmente com as organizações internacionais de enfermagem.

⁵⁹⁸ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programas*, 1965, pp. 51.

estritamente ao passado e, sem o conhecimento desse passado, nenhuma ciência pode ser verdadeiramente compreendida”⁵⁹⁹.

No fundo, aquilo que se pretendia era potenciar um sentimento de missão com profundidade histórica que permitisse chamar a atenção às/aos alunas/os sobre a forma como os saberes se construíram ao longo dos tempos. Os conteúdos desta disciplina surgem, mais tarde, integrados nos Fundamentos de Enfermagem (1987) revelando a importância do estudo das profissões para o desenvolvimento identitário das mesmas.

Em 1965 encontramos outras disciplinas que ajudavam os alunos a compreender o sentido da sua actividade profissional e as características do grupo que estavam prestes a integrar. É o caso da disciplina de Deontologia Profissional que fazia parte dos períodos de aprendizagem em que se dividia o plano de estudos resultante da reforma do ensino da enfermagem de 1965. Esta disciplina, no conjunto dos períodos de aprendizagem, tinha um tempo global na ordem das 70 horas⁶⁰⁰. Era leccionada ao longo do curso e dividida pelos períodos de aprendizagem⁶⁰¹.

O programa representava o sentido ideológico da enfermagem portuguesa no interior do Estado Novo, encontrando-se dividido em três partes principais. Olhemos, em primeiro lugar, para as considerações prévias do mesmo relacionado com a definição dos princípios, objectivos e métodos que presidiram ao funcionamento desta disciplina.

De acordo com a nota introdutória do programa, este tinha o “carácter especial” de ser formador de consciências e orientador de atitudes. Estamos perante um dispositivo que permitiu ao grupo profissional participar de uma ideologia comum, imposta pelo Estado em articulação com a Igreja Católica, mas que dava força ao grupo, sentido à sua “missão” e permitia ao mesmo tempo a sua defesa e legitimação enquanto grupo emergente.

Os princípios norteadores do programa de Deontologia Profissional, propostos de acordo com a reforma de 1965, baseavam-se na “Moral Cristã e no Direito Natural”⁶⁰² que serviam de suporte, do ponto de vista de um sistema de valores, ao grupo das/os enfermeiras/os. Este programa potenciava a relação de submissão da

⁵⁹⁹ Idem..

⁶⁰⁰ Deviam ser leccionadas: no período preliminar – 15h; no período de enfermagem médica – 10h; no período de enfermagem cirúrgica – 10h; no período de enfermagem materno-infantil – 10h; no período de enfermagem psiquiátrica – 10h; e no período de enfermagem de saúde pública – 15h.

⁶⁰¹ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Deontologia Profissional*, 1965, pp. 47.

⁶⁰² Idem.

enfermagem à medicina salientando que “tem presente a Ciência Médica já que a Enfermagem visa, em última análise, a colaboração no acto médico”.

Relativamente aos objectivos gerais propunha-se que informasse as/os alunas/os “futuros profissionais de enfermagem, acerca dos principais preceitos de Moral que devem ter presentes no exercício da sua profissão”. Ao mesmo tempo, era objectivo desta disciplina “formar ainda a consciência e a vontade dos alunos com vista a que os seus futuros comportamentos, as suas atitudes profissionais, venham a reger-se pelos citados preceitos” e, por fim, “conseguir ainda que os alunos, desde já, se comportem também segundo os citados preceitos”⁶⁰³. O que estava em causa era a regulação do comportamento das/os alunas/os e a constituição de uma determinada ordem de valores comuns que orientassem os futuros profissionais no sentido de uma conduta adequada do ponto de vista moral, profissional e social naquela época.

Para que estes objectivos fossem atingidos estava previsto que os métodos pedagógicos a utilizar deviam passar pelo cruzamento entre o “ensino informativo” e os meios que “levando em conta o conhecimento da dinâmica dos grupos procuram a modificação de atitudes”⁶⁰⁴.

A intervenção do Estado e o modelo axiológico proposto pela Igreja Católica exerceram poder sobre o perfil desejado para este grupo socioprofissional, logo a partir das escolas de enfermagem e dos planos de estudo.

Na primeira parte do programa de Deontologia Profissional intitulada “reflexões de base” os alunos discutiam uma definição de deontologia profissional, tentando compreender o seu fundamento e a importância das questões morais. Estava previsto o estudo dos contributos da Religião, da Filosofia, da Ciência e da Técnica na construção da Moral, assim como as relações da Moral com “as estruturas fundamentais (família, mundo do trabalho, nação)”⁶⁰⁵. Entre outros valores eram estudados princípios morais como a Verdade, a Responsabilidade, a Cooperação, a Justiça ou a Caridade.

Na segunda parte do programa – problemas gerais – os alunos estudavam assuntos relacionados com direitos e deveres. Eram realçados os direitos do doente, a dignidade da profissão médica e de enfermagem, as funções do profissional de enfermagem, a boa formação da/o enfermeira/o (qualidades e virtudes necessárias do ponto de vista moral, intelectual e físico), os limites morais em Medicina e Cirurgia e

⁶⁰³ Idem.

⁶⁰⁴ Idem.

⁶⁰⁵ Idem, pp. 48.

em Psicologia aplicada e Psiquiatria, os valores morais da higiene mental, de Saúde pública, e aflorados aspectos relacionados com a sexualidade e com a prostituição. Além destes assuntos eram referidos os direitos e deveres da enfermagem “para com o doente ou pessoa que necessita de cuidados; para com a família daquele; para com o médico; para com os colegas; para com os outros membros da equipa de cuidados e para com as organizações onde presta serviços”⁶⁰⁶. Ora, a/o enfermeira/o encontrava-se debaixo de um conjunto de regras que apelavam á moral cristã e ao direito natural que deviam cumprir⁶⁰⁷. Também a revista de enfermagem “Servir”, tutelada pela Igreja, apelava ao exercício da enfermagem de acordo com princípios cristãos.

A terceira, e última, parte do programa de Deontologia Profissional intitulava-se “Questões Especiais”. Nesta parte pretendia-se realçar aspectos mais próximos da actividade prática da enfermagem. A questão do segredo profissional, a importância das prescrições, as questões relacionadas com a morte, o eugenismo, os estupefacientes, a fecundação artificial, o aborto e a gravidez ectópica, terminando com questões relacionadas com a cobrança de honorários e a questão do charlatanismo.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, até à década de 70, as questões de natureza moral e religiosa foram sempre leccionadas por um pároco que seguia as directrizes impostas nos planos de estudo. Exemplo marcante da presença de um professor de religião e moral foi a do Cónego Anacleto Pires da Silva Martins que esteve durante as décadas de 50 a 70 na instituição.

Em suma, estamos perante um conjunto de conhecimentos que foram ministrados no interior das escolas de enfermagem, sobretudo entre as décadas de 50 e 70, que contribuíram para uma maior definição de um sistema de valores que só mais tarde foi colocado em crise e, ao mesmo tempo, deu substância a um grupo profissional cujo papel era meramente de executor de técnicas, reforçando a sua identidade. Pese embora a intervenção do Estado e a influência da Igreja Católica na definição dos planos de estudo e respectivos programas, estas disciplinas promoveram a reflexão sobre as práticas de enfermagem, sobre as condutas da/o enfermeira/o, enfim sobre a profissão de enfermagem. Abriram portas a uma aproximação que se consolidou na década de 70 em relação às Ciências Comportamentais, Sociais e Humanas que ajudaram a credibilizar este Saber e a ganhar uma consciência de grupo.

⁶⁰⁶ Idem, pp. 49.

⁶⁰⁷ Idem, pp. 47.

3.2. O contributo de novos saberes na definição da enfermagem: décadas de 70 e 80

3.2.1. A aproximação às Ciências Comportamentais: a Psicologia

Na década de 70, do século XX, clarificava-se definitivamente “a distinção entre ser enfermeiro e ser outro profissional da área da saúde”⁶⁰⁸. A aproximação às Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais veio reforçar o sentido da humanização da técnica e da profissão de enfermagem. Com efeito, estamos perante uma estratégia de apropriação de um conjunto de conhecimentos diversificados que ajudaram a estabelecer uma jurisdição articulada com outros saberes, nomeadamente a medicina, deixando de olhar para o doente como um “conjunto de órgãos” mas antes a pensar nele de forma global, dinâmica e não centrada na doença⁶⁰⁹.

Neste ponto propomos tomar como exemplo-chave a disciplina de Psicologia, que assumiu um importante papel no interior dos planos de estudo das escolas de enfermagem, principalmente, a partir da década de 70, do século XX embora já se encontrasse presente anteriormente.

Na década de 50 o psiquiatra Prof. Barahona Fernandes escrevia sobre as virtudes da psicologia. Defendia a obrigatoriedade do estudo da psicologia médica na psiquiatria infantil e da Higiene Mental nos cursos de Medicina e de Enfermagem, realçando que esta podia ser a base para a prevenção de doenças e também uma forma de prevenir reacções psicológicas anormais pela melhor compreensão e educação da criança no lar, na escola e pela vida fora⁶¹⁰. Construía-se, aos poucos, uma área que a enfermagem soube potenciar, sobretudo, a partir da década de 70: a prevenção e a promoção da saúde.

À medida que avançamos no tempo parece que a psicologia, e outras *ciências do psi*, ganham espaço discursivo no interior das revistas da especialidade. Em 1959, encontramos um artigo que remete para a importância do *Psi* no processo de compreensão da situação do doente, quando este se encontra hospitalizado, e na necessidade de comunicar com o mesmo. Apontava-se como processo metodológico a seguir pelos profissionais de saúde em relação ao ser humano doente as seguintes técnicas e estratégias terapêuticas comunicacionais:

⁶⁰⁸ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.*, pp. 190.

⁶⁰⁹ Cf. RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Op. Cit.*

⁶¹⁰ “Estudo de psicologia nos cursos de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº 5, 1954, pp. 101.

“É necessário deixar falar primeiro o doente e escutá-lo atentamente, tendo o cuidado de o mandar sentar e de lhe fazer compreender que se está inteiramente ao seu dispor – ele sabe perfeitamente se o interlocutor, enquanto o escuta, está pensando nele ou no vizinho. Quem escuta um doente deve compreender totalmente o que ele diz e compreender, até, o que está para além das simples palavras. A intuição e a experiência podem apreender o que o doente espera de outrem, intensamente, sem que a maior parte das vezes tenha consciência disso”⁶¹¹.

Estamos perante uma competência profissional que foi muito valorizada e desenvolvida no último quartel do século XX, que diz respeito à capacidade de Saber-Comunicar e interagir com o doente, quando este se encontra numa situação de fragilidade, mobilizando os conhecimentos relacionados com a mente recorrendo à psicologia e/ou à psicanálise.

A partir da década de 60, encontramos na *Revista de Enfermagem* e na *Revista Servir* um conjunto significativo de artigos que se reportam a esta temática e à importância do desenvolvimento da psicologia no interior do grupo em análise. Diamantino Martins argumentou que era “necessário conhecer a psicologia para compreender mais perfeitamente os doentes e mais perfeitamente actuar sobre eles através do psiquismo, tanto inferior como superior”⁶¹². Avançou com uma noção de psicologia atribuindo-lhe o significado de “estudo da alma”. Os métodos da psicologia⁶¹³, principalmente experimental, deviam ser interiorizados pelas/os enfermeiras/os de modo a responderem aos problemas do ser humano com uma visão global e não apenas parcelar. No fundo, o ser humano devia ser considerado em todas as suas vertentes e devia ser alvo de um “estudo triangular”, isto é que envolvesse os aspectos físicos, psicológicos e o próprio contexto envolvente do indivíduo doente.

Na revista *Servir* surgem alguns artigos com o mesmo objectivo de valorizar a psicologia, e as suas técnicas, como um importante conhecimento auxiliar da enfermagem. O quotidiano da/o enfermeira/o passava a estar cada vez mais preenchido cuidando, além do corpo, da mente do doente, através de “técnicas psico-sociais” reflectindo sobre cada caso individualmente. O seu papel de interacção com o ser humano doente consistia em “acalmar esta angústia e permitir a aceitação da sua

⁶¹¹ ROUSSET, SUZY, “Alguns problemas psicológicos do doente hospitalizado”. *Revista de Enfermagem*, nº 36, Dezembro de 1959, pp. 257.

⁶¹² MARTINS, Diamantino, “Algumas noções de Psicologia para a Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº 6, Vol. 2, 1962, pp. 297.

⁶¹³ O autor fala de alguns métodos que os enfermeiros devem apreender e utilizar no seu dia-a-dia, nomeadamente a Introspecção ou Observação Interna; a Extrospecção ou observação externa; os testes para avaliar a vida psicológica de cada um; a psicanálise como “método de investigação do inconsciente” e técnica psicoterápica; entre outros.

situação [de doente] dando-lhe a certeza de que é cuidado e protegido, isto sem confundir esta acção sedativa com uma promessa de cura cujo papel inconsciente seria o de acalmar as nossas próprias dúvidas”⁶¹⁴.

O desenvolvimento deste conhecimento de raiz psicológica centrou-se não apenas nos doentes mais “comuns”, mas também ganhou alguma especificidade valorizando-se, entre outros, a relação da/o enfermeira/o com a criança doente⁶¹⁵, com indivíduos com problemas de natureza mental ou com alcoólicos.

A psicologia proporcionou à enfermagem um conjunto de novas técnicas e saberes que lhe permitiram engrandecer a sua jurisdição académica e profissional que se situava até aí, *grosso modo*, no domínio da técnica médica e de uma moral profissional. De facto, a psicologia, na segunda metade do século XX, permitiu aprofundar o *acto de cuidar* que passava a ser não apenas dirigido ao corpo, mas a tudo aquilo que o envolvia, sobretudo no que diz respeito à mente. De acordo com Ismael Martins, enquanto professor e director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/dr. Lopes Dias, a psicologia era uma das suas preocupações “porque era pouco usual nos cursos antigos”. Todavia, enquanto defensor de uma enfermagem humanizada que tentou promover no interior da instituição escolar refere o seguinte sobre esta matéria:

“Dava-se muito pouco ou quase não se falava na psicologia, falava-se na psiquiatria um pouco, da psicologia pouquíssimo, sociologia nem pensar. Mas como nós pensávamos principalmente no Ser Humano, a pessoa humana em todas as suas vertentes, em todas as suas idades e etapas da vida e achávamos que a psicologia, também a sociologia, mas principalmente a psicologia era uma disciplina base. Foi uma das minhas grandes preocupações em convidar psicólogos para virem dar as aulas”⁶¹⁶.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco norteou-se por princípios que valorizavam o ser humano desde a concepção até à morte. Na medida do possível, e das directrizes emanadas da tutela, tentava-se cumprir este grande objectivo institucional.

Vejamos as características da disciplina de psicologia nas escolas de enfermagem desde o princípio da segunda metade da centúria passada até aos anos 80. Estas características também se aplicam à Escola de Enfermagem de Castelo Branco dado que seguia as directrizes nacionais do ponto de vista curricular.

⁶¹⁴ “Relações Humanas com o Doente – Bases Psicológicas Necessárias”. *Servir*, nº 25, s.d. (trabalho apresentado no VI Congresso Mundial do C.I.C.I.A.M.S e publicado na *Servir*)

⁶¹⁵ “Necessidades psicológicas da criança hospitalizada”. *Revista Servir*, vol. 15, nº1, 1967.

⁶¹⁶ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 15 (Anexos).

Em meados da década de 50 (1954) a disciplina de psicologia já estava presente nos planos de estudo das escolas de enfermagem⁶¹⁷. Esta disciplina tinha a duração de 2 horas semanais e era leccionada no 1º ano do curso de enfermagem geral. O programa encontrava-se dividido em 5 partes principais. A primeira parte dizia respeito à introdução de conhecimentos que pudessem ajudar a definir a própria psicologia. No mesmo sentido, eram apresentadas técnicas psico-sociais de forma a que as/os alunas/os fossem capazes de distinguir “entre fenómenos psíquicos e fisiológicos” e compreender a “relação de interdependência que existe entre estes fenómenos”⁶¹⁸. Nesta primeira parte eram ainda discutidas questões relacionadas com estados de consciência e de atenção.

A segunda parte do programa intitulava-se “Vida Cognitiva”. As/Os alunas/os estudavam temas relacionados com a “Sensação” e com a “Percepção”. A “memória”, a “imaginação”, as ideias e as suas relações, assim como os “juízos” e o “raciocínio” eram assuntos abordados neste programa.

A terceira parte – “Vida afectiva” – consistia, em primeiro lugar, na definição conceptual de “afectividade”. Depois, as/os alunas/os estudavam a natureza, “fins e efeitos” do prazer e da dor seguido, entre outros, das emoções, sentimentos e paixões.

Na quarta parte – “Vida Activa” – estudavam os comportamentos relacionados com o quotidiano, nomeadamente aspectos “naturais” como, por exemplo, a prática do voluntarismo.

O programa de psicologia terminava com o estudo da “personalidade”. Neste ponto as/os alunas/os eram levadas/os a reflectir sobre o conceito de personalidade psico-somática, sobre o seu carácter, o temperamento e o modo como o ser humano evoluía, do ponto de vista da sua personalidade, desde os primeiros anos de vida até à velhice. Aqui, relacionava-se a psicologia com a medicina e com a enfermagem, servindo a doença como plataforma giratória entre diferentes áreas profissionais que se encontravam relacionadas.

A reestruturação curricular de 1965 manteve a psicologia nos planos de estudo das escolas de enfermagem. Esta disciplina encontrava-se distribuída pelos dois primeiros períodos de aprendizagem: o período preliminar e o período de enfermagem

⁶¹⁷ Não ignoramos que por esta altura já algumas escolas de enfermagem ministravam a disciplina de Psicologia. Consideramos, porém, que a sua afirmação no interior da matéria em análise aconteceu a segunda metade da centúria de novecentos e particularmente consolida-se nas décadas de 60 e 70.

⁶¹⁸ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Psicologia*, 1954.

médica. Cada um destes períodos de aprendizagem possuía 20 horas lectivas dedicadas ao estudo da psicologia.

O programa desta área disciplinar era, em traços gerais, o mesmo em relação àquele que apresentamos anteriormente para a década de 50, do século XX. A grande diferença consistia na clarificação dos conteúdos e numa organização curricular concreta, onde os tempos a utilizar em cada ponto que constam no programa se encontram definidos. De qualquer dos modos, este programa assumia quatro elementos principais como objectivos a cumprir, nomeadamente:

- “1. – Ajudar os alunos a obterem uma melhor compreensão dos indivíduos e de si próprios pelo conhecimento do desenvolvimento psicológico normal.
2. – Ajudar os alunos a obterem um melhor aproveitamento de todo o plano educativo da Escola, pela aquisição dos princípios básicos de aprendizagem, de forma a orientá-los no seu estudo.
3. – Ajudar os alunos a prestarem completos cuidados de enfermagem, por uma mais perfeita compreensão da unidade psico-física.
4. – Ajudar os alunos a melhorarem as suas relações com os outros indivíduos, pela compreensão dos factores que influenciam o comportamento”⁶¹⁹.

Procurava-se centrar a aprendizagem na/o aluna/o de modo a definir melhor o domínio dos cuidados de enfermagem e da importância da psicologia. Porém, se a psicologia ganhou importância para a enfermagem ao longo das décadas de 50 e 60 foi nos decénios seguintes que isso mais se fez notar do ponto de vista curricular.

Em 1976 o peso da disciplina de psicologia passava de 40 horas, resultado da reforma de 1965, para 105 horas no total do “Curso de Enfermagem”. A disciplina encontrava-se distribuída por quase todas as áreas de aprendizagem em que se dividia o plano de estudos. Assim, as/os alunas/os tinham 55 horas de Psicologia na 1ª fase da, primeira Área de aprendizagem – “O Homem, a Sociedade e a Saúde” – seguido de 20 horas na 3ª fase da mesma área. Na segunda Área de Aprendizagem – “O enf. e o doente com afecções médicas e cirúrgicas” – que correspondia ao 2º ano do curso, à disciplina foram atribuídas 10 horas no primeiro período e 5 horas no segundo e terceiro períodos (o que perfaz um total de 20 horas). No último ano de curso, nomeadamente na terceira Área de Aprendizagem, as/os alunas/os frequentavam 10 horas de psicologia. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco esta disciplina foi ministrada durante vários anos por docentes formados em teologia. Recordamos o Cónego Anacleto Pires

⁶¹⁹ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Psicologia*, 1965, pp. 39.

da Silva Martins que desde a década de 60 vinha dedicando o seu saber em disciplinas como a Psicologia ou Comportamento e Relações Humanas. Mais tarde, na década de 80, encontramos docentes formados em filosofia que leccionavam a disciplina de Psicologia. A título de exemplo referimos o professor João dos Santos Pires (1985). Este autor defendia que o enfermeiro devia assumir uma atitude psicopedagógica que considerasse a pessoa como um todo, em cada momento concreto, quaisquer que fossem os sintomas. Referia ainda que o enfermeiro tinha de assumir o papel de educador, sobretudo se trabalhasse em determinados serviços, e aqui as técnicas da psicologia ou da pedagogia podiam constituir valiosos instrumentos⁶²⁰.

Na reforma dos planos de estudo de 1976 verificamos que os principais objectivos da disciplina de Psicologia eram os seguintes: “compreender os indivíduos pelo conhecimento do desenvolvimento psicológico e compreender-se a si próprio” promovendo um diálogo para o interior de cada um; visava “adquirir conhecimentos relacionados com os princípios básicos de aprendizagem para melhor compreensão das suas dificuldades e dos indivíduos ou grupos com quem contacta”; no mesmo sentido, tinha como objectivo “compreender os factores que influenciam o comportamento humano e distinguir os conflitos, motivações afectivas, emoções e sentimentos dos indivíduos”; o último objectivo desta disciplina era o de “compreender o modo de ser individual e grupal dos indivíduos”⁶²¹. Neste plano de estudos encontramos referências às teorias desenvolvidas por Piaget ou Sptiz que provavelmente serviam de base para o estudo da própria disciplina. Estas ajudaram as/os enfermeiras/os a compreender a forma como se deviam relacionar com os diferentes públicos, desde as crianças aos mais velhos, credibilizando cada vez mais o grupo socioprofissional através desta articulação dos saberes nas escolas de formação.

Em 1987, com a integração da enfermagem no Sistema Educativo Nacional em vista, o plano de estudos foi reformulado e a psicologia contou com um reforço das horas lectivas. Assim, de 105 horas que a reforma de 1976 propunha, o plano de estudos, de 1987, aumentou a carga horária da disciplina, na globalidade do curso, para 150 horas lectivas. Deste modo, no 1º ano do curso de enfermagem, os alunos frequentavam as disciplinas de Psicologia I e II, divididas pelos dois semestres, com 60 e 30 horas, respectivamente. No 1º Semestre, do 2º e 3º anos do curso, os alunos

⁶²⁰ PIRES, João, “Os Contributos da Psicologia e da Sociologia na Formação do Enfermeiro para a Humanização dos Cuidados”. *Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem*, Castelo Branco, 21, 22, 23, e 24 de Setembro de 1988, pp. 220/221 (Mesa Redonda).

⁶²¹ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Psicologia*, 1976, pp. 40.

frequentavam as disciplinas, específicas, de Psicologia de Grupo I e II, com 30 horas cada uma.

Os programas das disciplinas de Psicologia I e II abordavam aspectos relacionados com a psicologia do desenvolvimento apresentando uma “perspectiva histórica e sociológica da infância através dos tempos”; passando, depois, para os factores de desenvolvimento, como por exemplo o factor biológico, ambiental, estrutural e, de seguida, para a compreensão específica da infância nos seus diferentes períodos (primeira infância, segunda infância, terceira infância). Posto isto, passava-se para o estudo dos “factores condicionantes da aprendizagem” seguindo para o desenvolvimento de teorias relacionadas com a “Pré-adolescência”; a “adolescência” e o desenvolvimento emocional; a “juventude” e a sua relação com o sexo, o amor, o casamento, a actividade profissional e algumas questões relacionadas com a competição, a cooperação e “a problemática da intimidade e da solidão”; depois, o estágio “adulto” e a “problemática psico-social da idade adulta”; e, por fim, a “velhice”, onde se abordavam aspectos relacionados com “o envelhecimento do organismo e as suas consequências psicológicas e sociais”⁶²² que se deviam ter em conta num processo de cuidados de enfermagem.

Existiu uma aposta clara na psicologia como elemento chave de ligação entre a enfermagem e os seus públicos, introduzindo-se nos planos de estudo, as disciplinas de Psicologia de Grupo que tinham como objectivo, no caso da Psicologia de Grupo I, aprofundar os conceitos e as dinâmicas de grupo, as questões relacionadas com a mudança e a resistência à mesma, os fenómenos psico-sociais, a estrutura formal e informal dos grupos, os tipos de grupos, as redes de comunicação, a interacção, os processos de tomada de decisão e a constituição de grupos de trabalho.

A disciplina de Psicologia de Grupo II, apontava principalmente para aspectos mais práticos de interacção, através da psicoterapia, entre os indivíduos ou entre a pessoa e os grupos⁶²³. Destacamos, apenas, que era neste ponto que se abordavam as questões que tinham a ver com a relação de ajuda humanista, na perspectiva de Rogers, para com o outro. Eram também promovidos conhecimentos de “técnicas simples de terapia de grupo” nomeadamente a dramaterapia, a musicoterapia, a ludoterapia e a ergoterapia. Os últimos pontos abordados no programa diziam respeito a questões

⁶²² AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Psicologia*, 1987, pp. 40.

⁶²³ No programa podemos verificar que se abordava: a terapia analítica; a análise transaccional; a gestaltterapia e a socioterapia.

relacionadas com o “stress e a sua importância”, o “grupo como facilitador de crescimento” e a “linguagem do corpo”.

Para reforçar a importância desta disciplina no contexto das aprendizagens nas Escolas de enfermagem e, em particular, na Escola de Enfermagem de Castelo Branco/dr. Lopes Dias, recorremos a uma intervenção promovida pela enfermeira Maria Augusta Magalhães, professora desta escola, no âmbito das comemorações dos 40 anos da escola albicastrense (1988). Refere a autora que o crescente aumento da importância da psicologia no interior dos planos de estudo de enfermagem evidencia que “o Homem passou a ser encarado como um ser bio-psico-social e a acção da Enfermagem a processar-se tendo em vista o atendimento do indivíduo são ou doente, família e comunidade, relativamente às suas necessidades humanas básicas, afectadas”⁶²⁴. A autora reforça a importância da Psicologia quando salienta que o trabalho do enfermeiro é o ser humano e refere que:

“As componentes biopsicológicas do Homem reciprocamente se inter-relacionam e influenciam, de modo que quando há alteração numa das partes, a outra reage, adaptando-se ou não à situação. Algumas vezes essas alterações traduzem-se através de atitudes pouco correctas, mas a formação do Enfermeiro deve levá-lo a:

- Compreender sem se ofender;
- Ajudar sem mostrar ressentimentos;
- Actuar, lembrando-se que ao doente tudo deve ser desculpado, atendendo que ele está a viver uma situação que o fere, o revolta e desespera”⁶²⁵.

Maria Augusta Magalhães salienta ainda que a inclusão deste tipo de disciplinas nos cursos de enfermagem (onde inclui a Sociologia) tem como objectivos a: “Aquisição de elementos/instrumentos de análise que permitam a compreensão da sociedade; - Análise do contributo de diferentes correntes de Psicologia para compreensão do ciclo de vida do ser humano”⁶²⁶. Concluiu, na sua intervenção, que a psicologia e as outras ciências sociais e humanas contribuíram decisivamente para o avanço da enfermagem e sobre este assunto refere:

“A inclusão das disciplinas de Psicologia e Sociologia no curso de Enfermagem, foi sem dúvida um contributo precioso na formação do enfermeiro que na prestação de cuidados tem presente a grandeza e complexidade do ser humano, permitindo-lhe

⁶²⁴ MAGALHÃES, Maria Augusta, “Os Contributos da Psicologia e da Sociologia na Formação do Enfermeiro para a Humanização dos Cuidados”. *Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem*, Castelo Branco, 21, 22, 23, e 24 de Setembro de 1988, pp. 215 (Mesa redonda).

⁶²⁵ Idem.

⁶²⁶ MAGALHÃES, Maria Augusta, *Op. Cit.*, pp. 216.

planear acções específicas para cada caso, podendo estas traduzir-se em Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem”⁶²⁷.

Ora, estamos perante uma disciplina que contribuiu significativamente para que a enfermagem pudesse absorver um conjunto de técnicas relacionadas com acto de cuidar. Saber comunicar, escutar, interagir, avaliar comportamentos, distinguir grupos, entre outros, tornaram a enfermagem num Saber relacional com autonomia profissional relativa. Reforçou-se uma identidade socioprofissional dado que o seu campo de conhecimentos, que envolvia técnicas médicas, valores religiosos, regras e condutas impostas pelo Estado, assim como técnicas relacionadas com a mente, soube construir uma jurisdição académica a que deu o nome de *Cuidados de Enfermagem*. Estes foram e continuam a ser aplicados ao Ser Humano como um todo e resultam da interacção entre diferentes domínios do conhecimento.

3.2.2. A relação com as Ciências Sociais e Humanas: a Sociologia, a Antropologia e Pedagogia

As Ciências Sociais e Humanas revelaram-se importantes na definição dos planos de estudo e no reforço identitário da enfermagem em Portugal. A aproximação da enfermagem a estas áreas do saber permitiu enquadrar, do ponto de vista reflexivo, as técnicas de natureza médica que o grupo aplicava na prática. Tornou-se possível a valorização de uma profissão submissa a um paradigma tecnicista, comandada até aos anos 60/70 pelos médicos, permitindo produzir conhecimento sobre a sua própria actividade e, principalmente, conhecer metodologias que ajudaram a valorizar o domínio de Saberes que a enfermagem chamava para si, nomeadamente a vertente dos *Cuidados* à vida. Para sustentar este ponto, vamos realçar a importância das disciplinas de Sociologia, Antropologia e Pedagogia a partir da década de 70, do século XX, e da leitura dos programas ministrados nas escolas de enfermagem nestas áreas do Saber.

Em meados da década de 50 encontramos algumas referências relacionadas com o estudo das Ciências Sociais e Humanas. No plano de estudos de 1954 surgia uma disciplina intitulada “Noções de vida social e da organização da assistência”. Esta disciplina era ministrada no 3º ano do curso e dividia-se em duas partes. Uma que dizia respeito às relações sociais do ser humano; e outra que era composta pela organização dos sistemas de assistência na época. Interessa-nos, para o caso em análise, a primeira.

⁶²⁷ MAGALHÃES, Maria Augusta, *Op. cit.* pp. 217.

O programa da disciplina de “Noções da vida social (...)” tinha como objectivo o estudo do homem como “ser social” assim como os quadros sociais em que se integrava ou os grupos – primários⁶²⁸ ou extensos⁶²⁹ – a que pertencia.

O segundo aspecto dizia respeito à “influência do desenvolvimento das técnicas industriais na sociedade contemporânea”. Este ponto iniciava-se com a revolução industrial inglesa, passando pela constituição dos caminhos-de-ferro, a criação do proletariado moderno, as concentrações urbanas, a mobilidade das populações e, entre outros, a “necessidade do fortalecimento dos valores morais”⁶³⁰.

Na terceira parte do programa abordava-se o estudo de questões estatísticas que se prendiam com a “população” nomeadamente as taxas de natalidade e mortalidade e a análise das “pirâmides de idades”.

Por fim, discutia-se “a pobreza e a doença” e as relações “entre os estados de pobreza e a propagação das doenças”, bem como o papel da assistência social no caminho da promoção de práticas de “profilaxia social; melhoria das condições morais, económicas e sanitárias da população”⁶³¹.

Nesta década as escolas de enfermagem mostravam compreender o seu papel na resolução de um conjunto de problemas de saúde da época. Todavia essa compreensão deveria ultrapassar o domínio estrito da prática médica e cruzar esses dados com aspectos de natureza conceptual que permitissem uma leitura mais aprofundada entre, por exemplo, a relação dos factores socioeconómicos com a doença. Iniciava-se, assim, um novo entendimento sobre o papel que a/o enfermeira/o deveria assumir como “agente activa[o]” na resolução destes problemas.

Em 1965 encontramos no plano de estudo duas disciplinas intituladas “Iniciação aos problemas Sociais” com a duração total de 10 horas cada uma, nos períodos de aprendizagem de enfermagem materno-infantil e psiquiátrico, no 2º e 3º anos do curso. Agora já não se incluíam conteúdos relacionados com a organização e a administração dos serviços de assistência, ganhando autonomia ainda que com pouco peso no conjunto do currículo.

⁶²⁸ A família, a aldeia, a escola, os grupos de jogos e de vizinhança, etc.

⁶²⁹ Incluía-se aqui a profissão, a cidade, etc.

⁶³⁰ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Noções de vida e da organização da assistência*, 1954.

⁶³¹ Idem.

Pretendia-se com o estudo desta disciplina [Iniciação aos problemas sociais] que os alunos fossem capazes de analisar as realidades sociais que os envolviam. Os principais objectivos eram os seguintes:

“ Ajudar os alunos a aperceberem-se da natureza e importância das relações humanas na vida dos grupos e sociedade e bem assim do fenómeno das forças subjacentes à interacção social;

Proporcionar conhecimentos gerais acerca de diferentes tipos de sociedades e grupos humanos que habilitem os alunos a melhor se situarem nesse sociedade e grupos e a discernirem as adaptações necessárias daí decorrentes para o exercício futuro da sua profissão;

Facultar aos alunos as noções básicas indispensáveis do trabalho de grupo contribuindo deste modo para uma melhor integração dos futuros profissionais de enfermagem em equipas de trabalho e bem assim habilitando-os para uma actuação em grupo;

Dar aos alunos uma visão geral acerca da situação e problemas sociais contemporâneos do País e do Mundo e deste modo concorrer para o alargamento dos seus horizontes culturais;”⁶³².

Com a reforma do plano de estudos de 1965, as escolas de enfermagem alteraram gradualmente a sua forma de estar em sociedade. Pediam aos alunos que se tornassem elementos dinâmicos no interior da comunidade onde estavam integrados. Para isso, deviam conhecer o meio envolvente e agir de acordo com conhecimentos que ultrapassavam as técnicas médicas e que permitiam compreender o Ser Humano a partir de vários pontos de análise (social; económico etc...).

Em 1976 a disciplina de Sociologia fazia parte de todos os anos do curso e de quase todas as áreas de aprendizagem. No 1º ano os alunos assistiam a 55 horas desta disciplina, no 2º e 3º anos frequentavam 30 horas cada. A soma destes tempos correspondia a 115 horas lectivas.

No programa desta disciplina pretendia-se que as/os alunas/os adquirissem elementos de análise necessários que permitissem a compreensão da sociedade; conhecimentos que permitissem relacionar os fenómenos sociais com a saúde dos indivíduos e da comunidade e que esses conhecimentos se articulassem com outros saberes para ajudar na solução dos problemas de saúde⁶³³. Era a construção de um conceito de bem-estar comunitário que se encontrava em causa. Um bem-estar que não era, exclusivamente, sinónimo da utilização de técnicas médicas no doente mas também de um conjunto de variáveis relacionadas com o meio que podiam influenciar na

⁶³² AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Iniciação aos problemas sociais*, 1965, pp. 152.

⁶³³ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – Programa de Sociologia*, 1976, pp. 44.

resolução de determinados problemas de saúde provocados por questões individuais e/ou sociais.

Os conteúdos deste programa remetem-nos para o estudo da organização social, da cultura, dos grupos, da estratificação social, das associações ou da população e da ecologia. Por outro lado, as metodologias propostas no interior desta disciplina permitiam aprofundar o estudo do doente/utente por parte da/o enfermeira/o, na medida em que apropriava-se de um conjunto de técnicas e métodos que ajudavam a analisar o doente/utente como um todo.

As noções de universo e amostra, as entrevistas, a construção de questionários, a recolha, tratamento e interpretação de dados, assim como a estatística, permitiram à enfermagem olhar o Ser Humano como objecto teórico-prático onde se cruzavam diferentes variáveis a ter em conta no aprofundamento das relações entre a saúde/doença e o meio envolvente aos mesmos. Neste sentido, os *Cuidados de Enfermagem* ganharam novos contornos através da utilização de metodologias científicas propostas pelas Ciências Sociais e Humanas.

Ainda no 1º ano, na 2ª fase de aprendizagem, os alunos dedicavam-se ao estudo de “algumas áreas especiais” tais como a família, a religião, o desenvolvimento, as comunidades rurais, os sistemas políticos e económicos. Terminavam o 1º ano do curso referindo-se às noções de papel e estatuto.

No 2º ano, e 2ª área de aprendizagem, a disciplina tinha como objectivo específico “compreender a influência social da doença no homem; compreender que a doença é um acidente na vida do indivíduo que altera temporariamente o seu papel social; e, compreender a necessidade de uma reintegração do indivíduo doente na sociedade o mais rapidamente possível”⁶³⁴. Caminhava-se para um conceito de enfermagem cada vez mais próximo do Ser Humano, envolvendo as técnicas médicas com outros entendimentos e constituindo, desse modo, uma jurisdição académica com maior nível de abstracção valorizando a identidade profissional dos indivíduos do grupo em análise.

Na 3ª e 4ª áreas de aprendizagem, a Sociologia era estudada em cruzamento com áreas específicas como a doença na criança ou os problemas de saúde mental e o modo como a sociedade lidava com os mesmos.

⁶³⁴ Idem, pp. 46.

Em 1987, ao contrário do que aconteceu com a Psicologia, a Sociologia viu reduzida a sua componente lectiva. Porém, reforçaram-se outras áreas do Saber com que a enfermagem se relacionou do ponto de vista científico como a Antropologia e a Pedagogia. Do mesmo modo, foram incluídas outras disciplinas direccionadas especificamente para a produção de conhecimento académico, que resultaram, em boa parte, dos conhecimentos absorvidos na disciplina de sociologia (investigação).

No 1º ano do curso de enfermagem o plano de estudos incluía uma disciplina intitulada “Antropologia e Sociologia” cuja duração era de 60 horas e a disciplina de “Introdução à Pedagogia”⁶³⁵ com 30 horas. No caso específico da componente relacionada com a Sociologia, do ponto de vista programático, esta situava-se em torno de aspectos mais abstractos que aqueles que eram propostos na reforma do plano de estudos de 1976. Deste modo, encontramos nos conteúdos programáticos as questões da sociologia da acção, nomeadamente o estudo da teoria dos sistemas, segundo o modelo de Touraine, o sistema organizacional e a análise organizacional, o sistema político-constitucional e a análise da historicidade e as questões relacionadas com as lógicas de reprodução social. No mesmo sentido, salientavam-se “enfoques sociológicos relevantes para o campo da intervenção social” tais como a sociologia da família ou a mudança social. Reservava-se, no programa, uma pequena parte onde se abordavam os aspectos antropológicos, do ponto de vista epistemológico, na vertente cultural, nomeadamente as questões da linguagem, o parentesco, os rituais, as festas e a religião⁶³⁶.

No que diz respeito à disciplina de “Introdução à Pedagogia”⁶³⁷ pretendia-se realçar a importância de uma das áreas que as/os enfermeiras/os deviam desenvolver nomeadamente a educação para a saúde, fornecendo ferramentas à enfermagem para consolidar uma esfera de acção que também passava pela interacção com o meio envolvente. De acordo com o psicólogo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco João dos Santos Pires (1988) as/os enfermeiras/os deviam assumir a condição de

⁶³⁵ Em 1965 encontramos referência, a este propósito, à disciplina de Técnicas de ensino de audiovisuais e à disciplina de Ensino de Enfermagem. A última tinha como objectivos: levar os alunos a sentirem maior responsabilidade “de ensinar” no decorrer de todo o trabalho de enfermagem; chamar a atenção dos alunos, para as características que devem ser cultivadas para se obterem melhores resultados no ensino; levar os alunos a conhecerem os diversos métodos que podem ser utilizados no ensino; indicar aos alunos os métodos mais utilizados no ensino, cursos de enfermagem; e, por fim, preparar os alunos para uma melhor participação no ensino de indivíduos e grupos em relação a problemas de saúde.

⁶³⁶ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem – Programa de Antropologia e Sociologia*, 1987, pp. 28.

⁶³⁷ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem – Programa de Introdução à Pedagogia*, 1987, pp. 45.

educadores no campo da saúde⁶³⁸. Esta disciplina tinha como objectivo, o estudo do processo de ensino/aprendizagem, a formação do adulto, a aposta numa educação permanente e numa educação em serviço, salientando-se a importância do instrumento curricular, a constituição de objectivos de aprendizagem, de estratégias de ensino, dos meios auxiliares facilitadores do processo de ensino/aprendizagem, assim como o “planeamento, programação, execução e avaliação de actividades de Educação para a Saúde” como referimos anteriormente. As/Os alunas/os preparavam uma sessão lectiva onde se organizavam conteúdos em função de objectivos gerais e específicos que deviam ser atingidos através de estratégias e materiais previamente seleccionados e construídos de modo a que a mensagem se tornasse eficaz.

Reforçamos a ideia de que foi a aproximação a outros saberes que ajudou a definir melhor o campo de acção da enfermagem e a encontrar novas áreas de intervenção, embora nunca esquecendo a importância do Saber técnico proveniente da medicina, adoptando metodologias científicas produzidas a partir das Ciências Sociais e Humanas e, conseqüentemente, reforçando a sua identidade profissional e credibilidade social.

Em suma, verificamos, mais uma vez, que a enfermagem se construiu em diálogo e negociação com outros Saberes constituindo, assim, uma jurisdição académica mais abstracta e relacional. Deste modo, a partir da análise curricular reafirmamos que a enfermagem se constituiu como um Saber inter e multi disciplinar cujo processo de construção do conhecimento se situa num campo de fronteira entre Saberes, mobilizando cada um deles individualmente ou vários simultaneamente sempre que necessário encontrando assim o seu domínio profissional apelidado de *cuidados de enfermagem*.

3.2.3. A produção do Saber em Enfermagem: a investigação

Ao longo dos últimos pontos deste capítulo temos vindo a analisar, a partir dos currículos, a relação entre saberes como forma de valorização da enfermagem no sentido do alargamento da autonomia académica deste saber em construção. Como já

⁶³⁸PIRES, João, “Os Contributos da Psicologia e da Sociologia na Formação do Enfermeiro para a Humanização dos Cuidados”. *Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem*, Castelo Branco, 21, 22, 23, e 24 de Setembro de 1988, pp. 222 (Mesa Redonda).

dissemos, a aproximação a outros Saberes, além das técnicas médicas, permitiu a apropriação de um conjunto de instrumentos metodológicos e conceptuais que ajudaram a definir a área de conhecimentos da enfermagem como um Saber especializado, relacional e com um determinado grau de autonomia profissional e organizacional.

Neste ponto pretendemos mostrar a importância de algumas disciplinas específicas, ministradas nas escolas de enfermagem, para a construção de um “Saber produtivo”. Estas disciplinas permitiam às/aos alunas/os, por um lado, aprender a investigar e, por outro lado, estimulava-se a produção do seu próprio conhecimento académico e da actividade profissional com a qual tomavam contacto através das práticas clínicas.

A introdução destas disciplinas parece-nos o culminar de um processo que se desenvolveu ao longo da segunda metade do século XX. O ponto de viragem aconteceu com a reforma do plano de estudos de 1987 ao introduzirem-se as disciplinas de “Introdução à Investigação e Estatística” I e II. Estas disciplinas encontravam-se no 1º e 2º anos do curso de enfermagem e a sua carga horária era de 45 horas cada.

No caso da disciplina de “Introdução à Investigação e Estatística I” pretendia-se que às/os alunas/os compreendessem a enfermagem como ciência social. Pedia-se que trabalhassem aspectos relacionados com a pesquisa em ciências sociais e, especificamente, a pesquisa em enfermagem, assim como a evolução histórica da investigação em enfermagem. Além destas orientações curriculares estava previsto trabalharem as prioridades em investigação e “técnicas de resolução de problemas”⁶³⁹.

A segunda parte da disciplina debruçava-se sobre questões práticas relacionadas com a população, com universos e amostras, medidas de tendência central ou medidas de dispersão.

Na disciplina de Introdução à Investigação e Estatística II, o programa encontrava-se estruturado em quatro pontos fundamentais. Aqui as/os alunas/os aprendiam a orientar as suas pesquisas e a compreender os “conceitos e terminologia utilizada em investigação”, “tipos de pesquisa”, a “estrutura de um trabalho de investigação” e, ainda, “alguns aspectos deontológicos”. Assistimos a uma novidade no que diz respeito a este programa nomeadamente a aproximação da enfermagem às tecnologias informáticas que permitiam tornar mais eficientes os processos de investigação.

⁶³⁹ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem – Programa de Introdução à Investigação e Estatística I*, 1987, pp. 44.

O que se pretendia com a introdução destas disciplinas era iniciar a investigação em enfermagem e levar as/os futuras/os enfermeiras/os, apoiando-se num conjunto de instrumentos metodológicos, a produzir o seu próprio conhecimento que valorizaria a identidade profissional de um grupo emergente a partir das lógicas de formação escolar e no decorrer da actividade profissional. Segundo Ismael Martins estas disciplinas, no caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/dr. Lopes Dias e de acordo com a sua perspectiva pessoal, assumiram alguma importância apenas como elementos introdutórios à investigação científica. De acordo com o autor, a verdadeira investigação em enfermagem havia de concretizar-se nos cursos de especialização em enfermagem. Ismael Martins descreve o funcionamento destas disciplinas, dado que ele próprio fora professor das mesmas em alguns momentos, e diz:

“Eu próprio dei algumas dessas cadeiras, era um bocadinho de investigação teórica genérica, fundamental, do que investigação aplicada. Para além de alguns conhecimentos genéricos que se davam dos princípios da investigação, púnhamos os alunos a fazer um limitado trabalho de investigação. Por exemplo, saber quantos doentes com pneumologia apareceram durante um ano numa determinada enfermaria? Coisas assim muito limitadas. Ou, quantos enfermeiros aplicavam este método de trabalho ou aquele? Normalmente os alunos quando elaboravam um plano vinham sempre com coisas muito avançadas e ambiciosas e nós cortávamos...mas isso era mais como introdução porque a investigação seria desenvolvida mais nas especializações”⁶⁴⁰.

A investigação em enfermagem tornou-se uma peça central no processo de afirmação do próprio Saber tornando-se um discurso presente em alguns dos mais importantes encontros deste grupo. Na década de 70, por exemplo, Wanda Aguiar Horta apresentava uma proposta no *I Congresso Nacional de Enfermagem* que permitia constituir uma base científica para a enfermagem pois, segundo a autora, “decorriam conceitos, proposições e princípios que a fundamentavam como ciência, com um método científico próprio (o processo de enfermagem) e instrumentos básicos”⁶⁴¹ constituindo-se uma «teoria da enfermagem».

Na opinião da autora brasileira a enfermagem era “uma ciência aplicada, saída hoje da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente”⁶⁴². Wanda Aguiar Horta defendeu que “em vinte e cinco anos de vida profissional temos

⁶⁴⁰ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 16 e 17.

⁶⁴¹ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. Cit.*, pp. 219.

⁶⁴² AEECB - Comunicação apresentada ao *I Congresso Nacional de Enfermagem* – Comunicação Livre, pp. 2.

acumulado observações, aprendido, estudado, refletido, enfim temos vivido a enfermagem. Isto nos levou a procurar desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo específico, sua metodologia científica”⁶⁴³. Criava-se, em Portugal, um caminho que, mais tarde, foi aprofundado nas escolas de enfermagem, através da constituição das disciplinas que caracterizamos anteriormente.

É esta uma das autoras que defendia uma teoria das necessidades humanas básicas, onde a enfermagem tinha um papel da maior importância na resolução dessas necessidades. Ao mesmo tempo promoveu a enfermagem no interior de equipas multidisciplinares, referindo que “a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio, pela assistência ao homem no atendimento das suas necessidades básicas, procura sempre reconduzir o homem a situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”⁶⁴⁴.

Para melhor definir esta sua posição apresentou um conjunto de “conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência da enfermagem” nomeadamente a própria definição de enfermagem que, segundo Wanda Aguiar Horta, “é a ciência e a arte de assistir o ser humano [entendido como indivíduo, família e comunidade] no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”⁶⁴⁵. Neste sentido, a assistência ao ser humano em enfermagem significaria “fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais”.

Destes conceitos decorrem “algumas proposições” definidoras do trabalho da enfermeira que, segundo Wanda Aguiar Horta, podiam ser categorizadas em três campos de acção distintos:

- 1) Área específica – assistir no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência pelo ensino do auto-cuidado;

⁶⁴³ Idem.

⁶⁴⁴ Idem, pp. 4.

⁶⁴⁵ Idem, pp. 5.

- 2) Área de interdependência ou de colaboração – a sua actividade na equipa de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde;
- 3) Área Social – dentro de sua actuação como uma profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe.

A enfermagem encontrava-se estruturada de acordo com alguns princípios que lhe davam forma, nomeadamente: a enfermagem devia respeitar e manter a unicidade, autenticidade e individualidade do Homem; devia ser prestada ao Homem e não à sua doença ou desequilíbrio; todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; devia reconhecer o Homem como membro de uma família e de uma comunidade; a enfermagem devia, ainda, reconhecer o Ser Humano como elemento participante activo no seu auto-cuidado.

Wanda Aguiar Horta propôs um conjunto de momentos articulados que deviam ser seguidos pelo grupo profissional no sentido de afirmar a *cientificidade* deste Saber direccionado para o Ser Humano, a que deu o nome de “processo de enfermagem”. Este processo constituía uma metodologia possível para trabalhar com os públicos que necessitavam de apoio às necessidades humanas básicas de vida.

O primeiro passo do processo de enfermagem⁶⁴⁶ consistia no Histórico de Enfermagem – “roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a enfermeira) do ser humano e que tornam possível a identificação de seus problemas”; depois, o Diagnóstico de Enfermagem – “a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermeira, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão”; o terceiro passo, consistia no plano assistencial – “a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido”; o quarto passo, era o plano de cuidados – “implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a acção da equipa de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”; a quinta fase do processo consistia na evolução de enfermagem – “relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional”; e, por fim, a

⁶⁴⁶ Idem, pp. 7.

sexta fase, o prognóstico de enfermagem – “estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução da enfermagem”.

Ora, estamos perante uma “teoria da enfermagem” que foi proposta em Portugal na década de 70 e que teve reflexos do ponto de vista curricular em muitos aspectos. Desde logo, o entendimento que a enfermagem tomou em relação ao colocar o Ser Humano no centro do seu interesse, ao invés do que acontecia anteriormente, alterou a percepção em relação à própria enfermagem e ao seu estatuto socioprofissional.

A autora defendia que este processo de enfermagem era dinâmico e que o seu conjunto transformava a enfermagem numa ciência. Referia ainda que era uma urgência integrar a enfermagem no interior do ensino superior de modo a valorizar a própria área do Saber e as suas técnicas e métodos. Algo que aconteceu em Portugal no final da década seguinte.

Na verdade, estamos perante uma estratégia profissional que tinha, nas décadas de 70 e 80, como objectivo fazer da enfermagem uma área do Saber autónoma embora articulada com muitas outras. José Amendoeira refere que esta discussão continua a marcar a actualidade, apesar de já nas décadas de 70 e de 80, se defender “que o ensino de enfermagem deveria ser de nível superior e mesmo universitário, na medida em que é aí que pode acontecer a legítima produção de saberes, que confirmam à enfermagem o estatuto de área científica”⁶⁴⁷. Os métodos e técnicas adquiridos pelas/os enfermeiras/os deviam fazer parte dos processos de investigação, por um lado, mas também encontrar-se presentes no dia-a-dia destes profissionais de saúde. Com efeito José Amendoeira salienta que:

“A compreensão das formas como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano, tem-se constituído um desafio constante, na medida em que se considera existir uma importância crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais, que a partir de uma base interactiva, vão muito além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado (disciplinar – transversal/transdisciplinar)”⁶⁴⁸.

O que se encontrava em causa era a possibilidade da enfermagem se constituir como uma área do Saber autónoma com metodologias próprias e um campo de estudos

⁶⁴⁷ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. Cit.*, pp. 220.

⁶⁴⁸ *Idem*, pp. 221.

definido. As escolas de enfermagem representavam o local onde as/os alunas/os, aspirantes a enfermeira/o, podiam iniciar as suas reflexões sobre uma “consciência de grupo” correspondente à prática profissional. O aprofundamento reflexivo/abstracto era importante para se atingir o objectivo do reforço da posição socioprofissional. De modo a dar suporte á ambição de possuir investigação em enfermagem Maria Augusta Magalhães e José Manuel Preto Ribeiro, ambos professores da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, chamavam a atenção no final da década de 80 para a importância de registar tudo o que acontecia no quotidiano da/o enfermeira/o como um acto comunicacional da maior importância para o reforço da posição científica e profissional do grupo⁶⁴⁹.

As disciplinas de Introdução à Investigação e Estatística I e II representam esta vontade de se definir melhor o Saber da Enfermagem mas, sobretudo, constituem um mecanismo que incentivava à produção de conhecimento para a sua própria área, seguindo teorias escolhidas previamente por cada instituição de ensino, tornando esta estratégia um caminho para a autonomia e afirmação da enfermagem no futuro.

Para terminar este ponto, a introdução destas disciplinas nos planos de estudo constituem também marcas da maturação do Saber da enfermagem que se desenvolveu na segunda metade do século XX e que na década de 90 e seguintes, resultado dos avanços das décadas de 70 e 80, foi possível aprofundar constituindo-se os cursos de licenciatura, mestrado e doutoramento em enfermagem, reflectindo a importância da investigação como estratégia de legitimação deste Saber.

4. O conhecimento e a prática clínica

4.1. Um breve percurso pela primeira metade do século XX

Os domínios profissionais, bem como as identidades socioprofissionais, constroem-se a partir das lógicas formativas em articulação com as dinâmicas de trabalho. Andrew Abbott defende que é na situação concreta de trabalho em articulação com o conhecimento que as jurisdições profissionais encontram o seu espaço próprio e, conseqüentemente, uma identidade profissional reforçada⁶⁵⁰.

⁶⁴⁹ MAGALHÃES, Maria Augusta e RIBEIRO, José Manuel Preto, “Importância dos Registos Para a Individualização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem”. *Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem*, Castelo Branco, 21, 22, 23, e 24 de Setembro de 1988, pp. 93.

⁶⁵⁰ Cf. ABBOTT, Andrew (1988) *Op. Cit.*

Desde final do século XIX, quando foram criados os primeiros cursos de enfermagem em Portugal, que as administrações hospitalares definiram o seu funcionamento teórico relegando o ensino prático para segundo plano. A articulação entre o ensino teórico e prático não se encontrava bem definido, fazendo com que as/os alunas/os, em contexto de trabalho, apenas assistissem e executassem um conjunto diminuto de tarefas.

Os Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José (1901) referiam que para o curso ordinário de enfermagem a componente prática do ensino devia ser efectuada em enfermarias a designar pela administração, de acordo com a conveniência dos serviços hospitalares e do professor, podendo os doentes, em caso de necessidade, ser conduzidos para a sala de aula⁶⁵¹.

Quanto ao curso completo de enfermagem, que era constituído pelo curso ordinário mais um ano de prática, no que diz respeito à orientação no terreno era referido do seguinte modo:

“A Administração designará quaes as enfermarias em que os alumnos serão aggregados aos empregados effectivos, e onde lhes será distribuído o serviço ordinário em partilha com esses empregados.

Os alumnos ficam em completa subordinação ao regímen dos demais empregados na execução do serviço e na disciplina.

Ficam também em completa subordinação educativa ao professor do curso, que por elles olhará constantemente chamando-os às boas normas da pratica, e ministrando-lhes na aula, em dias alternados com os dos dias lectivos do curso ordinário, todos os conhecimentos complementares da doutrina e de pratica, de economia hospitalar, escripturação da enfermaria, e regímen dos serviços e dos doentes hospitalizados, etc.

(...)

Os alumnos serão com frequência transferidos de umas para outras enfermarias, para bem confrontarem as praticas com diversos clínicos (...).

(...)

A Administração fica com o direito de aproveitar o serviço dos alumnos, de quem tenha boa informação, a favor do serviço da enfermaria quando tenha de conceder licenças de descanso aos empregados effectivos”⁶⁵².

No ensino prático as/os alunas/os tinham pouca autonomia dado que o professor deveria acompanhar “constantemente” os seus “discípulos” e complementar os seus conhecimentos sempre que necessário. Por outro lado, estes Estatutos realçavam a dependência face ao saber médico no início do século XX.

⁶⁵¹ Cf. *Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José e Anexos*. Aprovados por Decreto de 10 de Setembro de 1901, pp. 558.

⁶⁵² *Idem*, pp. 559.

Na década de 20 os regulamentos das escolas de Coimbra e de Lisboa também incluíam algumas orientações sobre o ensino prático dos alunos, realçando-se sobretudo uma continuação da dependência das escolas face às administrações hospitalares. Esta relação organizacional conduzia a problemas na colocação das/os alunas/os nas práticas clínicas. Costa Sacadura defendia a obrigatoriedade dos estágios tendo encontrado muitas dificuldades e entraves para implementar essa política na Escola Profissional de Enfermeiros que dirigia nos anos 20.

A articulação teórico-prática foi relegada para um segundo plano ao longo da primeira metade do século XX. Não existia uma preocupação muito grande em articular a componente prática do ensino da enfermagem com a dimensão teórica desenvolvida nas escolas de enfermagem. Esta ausência de preocupação nesta articulação deveu-se, em grande medida, ao facto das escolas se encontrarem ligadas directamente às administrações hospitalares⁶⁵³.

Do ponto de vista curricular o ensino prático não foi valorizado, na primeira metade de novecentos. Realçava-se apenas preocupação com os aspectos teóricos dos cursos de enfermagem. Em relatório apresentado e enviado, em 1954, à Inspeção de Assistência Social descrevia-se o cenário da primeira metade do século XX no que diz respeito à orientação da prática clínica das alunas enfermeiras:

“De 1918 a 1941 o ensino prático – o ensino na enfermaria e junto do doente pode afirmar-se quasi não haver existido. As alunas na sua grande maioria pobres como Job, sem vestuário capaz, sem alimentação (algumas vi perder redondamente os sentidos por fome) vagueavam perdidas pelas enfermarias como verdadeiros corpos estranhos. Traziam consigo um modesto canhenho em que modestamente consignavam as suas actividades, a sua pobríssima aprendizagem. Em tantos que li, depois de já ser Director da Escola, as notas aí consignadas eram deste teor: «vi dar um clister», «ajudei a fazer uma ou mais camas», «vi fazer um penso», etc. Era tudo quanto a aluna abandonada afirmava ter aproveitado. E não mentia aliás. Estas cadernetas eram rubricadas pela Enfermeira-Chefe ou por que as suas vezes fazia e eis tudo. Nem a Enfermeira-Chefe, nem a ajudante nem qualquer das outras enfermeiras se preocupavam o mínimo com a aluna. Não saberiam ensinar-lhe com certeza muito; mas o que, sobre esse aspecto, poderiam fazer não o faziam mesmo»⁶⁵⁴.

Na década de 40 a excepção a esta realidade era constituída pelas Escolas de Enfermagem de S. Vicente de Paulo e Escola Técnica de Enfermeiras, onde os estágios

⁶⁵³ SOARES, Maria Isabel (1997), *op. cit.*, pp. 72.

⁶⁵⁴ Relatório 50 AR1 – Ofício nº 233/54 em papel timbrado da Escola de Enfermagem Artur Ravara, de 21 de Julho de 1954, dirigido ao Sr. Inspector Chefe da Assistência Social, pelo Director da EEAR – Dr. Luís Adão. Citado a partir de AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.* pp. 432.

eram muito valorizados apostando numa nova dinâmica formativa articuladora da teoria e da prática para o ensino da enfermagem:

“Os estágios são organizados, coordenados com a parte teórica, realizados em serviços seleccionados, de acordo com as necessidades de aprendizagem das alunas, orientadas por enfermeiras professoras, que faziam parte do corpo docente da Escola e eram responsáveis pelo ensino da matéria de enfermagem”⁶⁵⁵.

Em suma, a primeira metade do século XX caracterizou-se, com as excepções identificadas, pela despreocupação em relação ao ensino prático, quando existia, e pela subserviência deste ensino em relação às administrações hospitalares, das quais dependiam as escolas de enfermagem que eram controladas pelos médicos. Foi a partir da década de 40, principalmente com a intervenção do Estado no ensino da enfermagem, que começou a ser valorizado o ensino teórico-prático e a ganhar novos contornos esta articulação no interior dos planos de estudo. Debrucemo-nos, então, sobre as experiências clínicas como os estágios, os seus objectivos e a forma como se encontravam integrados, com a componente teórica nos currículos da segunda metade do século XX (até final dos anos 80).

4.2. Articulação teoria/prática nos planos de estudos: décadas de 50 – 80.

Até à década de 40 os estágios não eram uma preocupação na formação das/os enfermeiras/os. Na década seguinte, o modelo de aprendizagem alterou-se, passando a valorizar a articulação teórico-prática do ensino. Recuperamos, em parte, um relatório da Inspeção de Assistência Social datado de 1949, citado por Maria Isabel Soares, onde se realçava esta alteração de modelo formativo:

“O ensino da técnica e uma perfeita organização dos estágios, consideram-se (...) de primacial importância no ensino da enfermagem (...). Se há matéria que necessita de ser apreendida, conscientemente e à margem de um ensino exclusivamente livresco, essa é a técnica. Como complemento da sua aprendizagem exige-se o maior cuidado na organização dos estágios, práticos, indispensáveis mesmo a uma regular formação profissional”⁶⁵⁶.

⁶⁵⁵ Ibidem, pp. 73.

⁶⁵⁶ Citado a partir de SOARES, Maria Isabel (1997), *op. cit.*, pp. 72 e73.

Na década de 50 os estágios encontravam-se já definidos no interior dos planos de estudo. Na apresentação da reforma curricular de 1954 referia-se a questão do ensino prático do seguinte modo:

“Na ordenação das disciplinas do Curso Geral considerou-se o 1º ano como um ano de preparação mais teórica, que sirva de introdução ao 2º, tornando-o o núcleo teórico do curso, e deu-se ao 3º ano um aspecto mais prático, aligeirando-o de aulas e ensino teórico, para intensificar as disciplinas de cultura profissional, os estágios e a prática de enfermagem. De acordo com estas ideias sobrecarregou-se o 1º período, do 1º ano com mais aulas teóricas, não havendo estágios neste período, e pelo contrário suprimiram-se praticamente as aulas no 3º período, do 3º ano, para dar tempo à prática de enfermagem e à preparação para os exames de Estado, que se tornaram de maior responsabilidade. Acresce que é neste período que os alunos fazem velas, que aliás terminam obrigatoriamente no fim de Maio, para afastar do exame final esse trabalho de maior dureza”⁶⁵⁷.

De facto, esta reforma apontava para uma maior articulação e definição entre o domínio teórico e prático do ensino da enfermagem ao longo do curso geral, cuja duração era de três anos lectivos.

Neste ponto vamos descrever, na generalidade, a relação entre os tempos escolares reservados para a componente teórica e prática do ensino da enfermagem entre a década de 50 e a de 80 da centúria passada. Para isso continuaremos a utilizar como fontes de informação privilegiada os currículos aplicados no interior das instituições formativas nesse período.

Na reforma dos planos de estudo que estamos a analisar (1954) os estágios surgiam logo no primeiro ano, embora apenas a partir do 2º período. Isto é, no ano de entrada no curso as/os alunas/os realizavam o estágio no 2º e 3º períodos com uma duração semanal de 24 horas, em ambos os períodos lectivos.

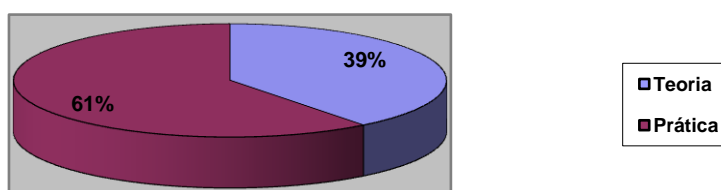
No segundo ano as alunas frequentavam o estágio com a mesma duração das práticas clínicas anteriores durante todo o ano lectivo. O mesmo acontecia no 3º ano com a diferença de que as horas dedicadas ao estágio aumentavam, passando de 24 para

⁶⁵⁷ AEECB – *Relatório* [apresentando o novo plano de estudos dos cursos de enfermagem e auxiliares], pp. 1 e 2. Este relatório foi enviado de Lisboa a 07 de Outubro de 1954 e foi assinado pelo Inspector chefe da Assistência Social, Fernando José de Magalhães Cardoso; pelo Director da Escola de Enfermagem D. Ana José Guedes da Costa, Dr. Frazão Nazaré; pelo professor das Escolas de Enfermagem Rainha Stª Isabel e Dr. Ângelo da Fonseca, Dr. João Lobato Guimarães; pelo professor da Escola de Enfermagem Artur Ravara, Dr. João Teles Amaro; pelo professor da Escola de Enfermagem das Casas de S. Vicente de Paulo, Dr. Horta e Costa; pela Directora da Escola de Enfermagem das Casas de S. Vicente de Paulo, Irmã Sousa Prego; pela Monitora-Chefe da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, D. Madalena Taveira; e, pela Monitora-chefe da Escola de Enfermagem Artur Ravara, D. Irene Ribeiro.

30 horas semanais no 1 e 2º períodos. No último período deste ano o estágio era, novamente, de 24 horas.

Em 1954 a articulação entre a dimensão teórica do curso e o ensino prático encontra-se ilustrada pelo gráfico circular seguinte que construímos para o efeito:

Gráfico 22 – Relação teoria/prática, em horas semanais, no plano de estudos de enfermagem de 1954.



Fonte: AEECB – Plano de estudos do curso de Enfermagem Geral, 1954

Realçamos que o número de horas dedicadas à componente prática do curso era significativamente superior ao tempo dedicado ao domínio teórico. A análise curricular sugere o reflexo de uma realidade profissional que caracterizava a/o enfermeira/o como executor(a) de tarefas sem compreender o seu sentido (das tarefas), dificultando a aprendizagem e a produção de novos conhecimentos e, conseqüentemente, assimilando o estatuto de “auxiliar do médico”. Ismael Martins reforça a ideia anterior quando refere que os valores da enfermagem nesta época estavam “ligados ao serviço médico, à prestação de cuidados médicos e o enfermeiro de certa maneira transforma-se de caritativo, samaritano, em auxiliar do médico”⁶⁵⁸. Esta característica proveniente da 1ª metade do século XX dificultava a afirmação do Saber da enfermagem e do próprio grupo profissional.

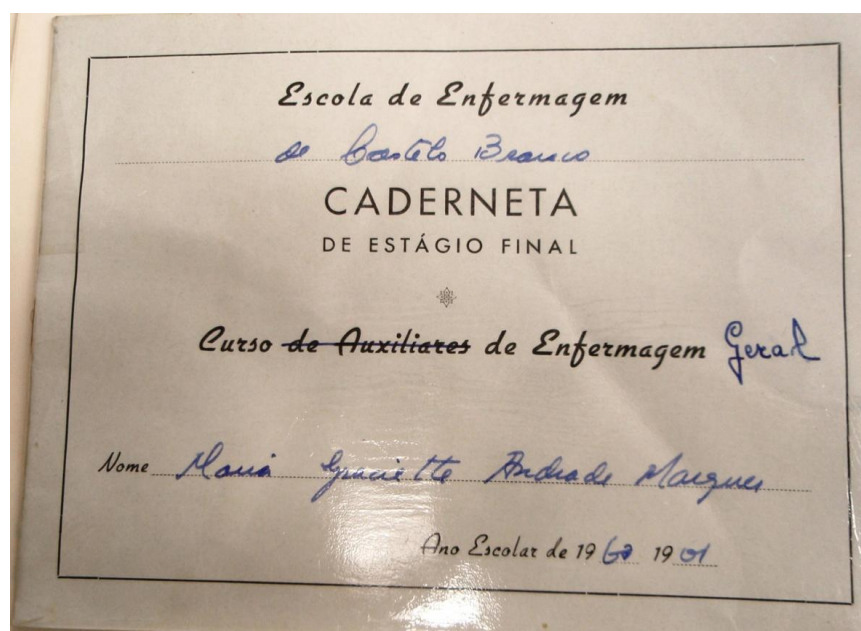
No entanto, apesar do estatuto de dependência face aos saberes médicos, podemos referir que essa relação resultou numa apropriação de conhecimentos técnicos que ajudaram a lançar as bases para o desenvolvimento de uma identidade de natureza profissional relacional permitindo, gradualmente, um maior reconhecimento social.

Na década de 50 a identidade da/o enfermeira/o construiu-se em torno de uma dinâmica experiencial que o Ministério do Interior imprimiu nos cursos de enfermagem. José Amendoeira defende que “era no decurso da prática que uma rapariga se tornava

⁶⁵⁸ Vd. Entrevista ao Enfermeiro Ismael Martins (Anexos), pp. 3.

uma enfermeira competente”⁶⁵⁹. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco os estágios realizavam-se em diversos locais. Encontramos alunos dos cursos desta instituição nos Hospitais Cívicos em Lisboa, no Sanatório Sousa Martins, na Guarda, no Sanatório do Lumiar, no Sanatório da Flamenga, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, no Instituto Maternal ou no Hospital do Fundão. A maioria dos alunos que frequentavam estes campos de estágio pertenciam ao curso de auxiliares de enfermagem dado que o número de alunos era muito maior do que os do curso geral de enfermagem. Os últimos ficavam mais perto da Escola de Enfermagem de Castelo Branco nomeadamente no Hospital da Misericórdia, no Dispensário de Puericultura ou em instituições de saúde mais próximas da escola⁶⁶⁰.

Ilustração 7 – Capa de caderneta de Estágio Final utilizada na Escola de Enfermagem de Castelo Branco nos cursos de auxiliares e de enfermagem geral



Fonte: AEECB – Processo biográfico de aluna, 1960/61.

A partir desta década pode referir-se inequivocamente que o saber da/o enfermeira/o, na sua essência, situava-se num contexto de prática profissional⁶⁶¹ do ponto de vista de uma educação formal que passou a valorizar as experiências clínicas.

Na década seguinte (anos 60) iniciava-se uma nova reflexão sobre a organização dos planos de estudo e, conseqüentemente, a procura de uma maior definição dos

⁶⁵⁹ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.* pp. 208.

⁶⁶⁰ AEECB – Correspondência Expedida – Ofícios de 8 de Setembro de 1956; 06 de Setembro de 1957; 7 de Setembro de 1957; 28 de Agosto de 1958; 10 de Setembro de 1958; 2 de Agosto de 1961; 14 de Novembro de 1962 ou 29 de Julho de 1963 (Ofícios enviados com listagens de alunos para os locais referidos no texto).

⁶⁶¹ Cf. ABREU, Wilson Correia de (2001), *Op. cit.*, pp.137.

estágios no interior dos currículos onde os saberes mobilizados pela enfermagem pudessem ter uma orientação prática e de contacto com as realidades organizacionais e profissionais como mecanismo socializador do grupo em relação aos novos elementos.

A experiência clínica na formação da/o enfermeira/o constituía uma das principais preocupações que circulavam no seio do grupo. Encontramos algumas referências na revista *Servir*, nomeadamente um artigo intitulado “*O estágio: sua finalidade e importância*”⁶⁶². Neste artigo apresentava-se uma definição de estágio que, apesar de extensa, recuperamos para ilustrar o nosso discurso e para mostrar a importância do mesmo na formação das/os alunas/os enfermeiras/os.

“O estágio é a aplicação prática dos conhecimentos científicos adquiridos na Escola. Realiza-se através de experiências clínicas feitas gradual e progressivamente. É mediante o contacto com o doente que a aluna integra os seus conhecimentos teóricos das técnicas que se demonstraram nas aulas. Existe pois uma íntima ligação entre a teoria e a prática. Esta garante a assimilação daquela.

O ensino teórico é fundamental e é sobre ele que se baseia o estágio. Sem preparação teórica não seria possível organizar um bom estágio. Todavia não é suficiente, é apenas o fundamento, uma base sobre a qual se constrói a personalidade da enfermeira. A construção é feita através do estágio.

É pelo contacto directo com os doentes, sob uma vigilância e orientação adequadas, que a aluna aprende a reconhecer e a interpretar sintomas, a desenvolver a sua compreensão, a aperfeiçoar a execução das técnicas de enfermagem, a prever as necessidades do doente. Além das necessidades imediatas deste, habitua-se a pensar no seu bem-estar futuro, a valorizar o ponto de vista da saúde e a associar o seu ensino com os cuidados de enfermagem.

Valioso campo de aprendizagem é o estágio pois fornece uma oportunidade educativa óptima, melhor que nenhuma outra, de valorização e amadurecimento da futura profissional. Porém, deve ter-se presente que todas as oportunidades de aprender que são dadas à aluna dentro de um estágio, jamais devem sobrepor-se às necessidades do doente. Indispensável é portanto que a aluna compreenda que todos os trabalhos, até os mais elementares, se realizam em função do doente e têm valor educativo.

Só assim o estágio dá à futura enfermeira uma visão inteligente e estruturada das suas funções”⁶⁶³.

Os estágios representavam, segundo esta perspectiva, um momento de verificação dos conhecimentos adquiridos na escola que possibilitavam um conjunto alargado de experiências, mas também constituíam um importante elo socializador do ponto de vista profissional. Nas instituições de saúde o bem-estar do doente já devia ser

⁶⁶² ESPERANÇA, Maria de N.S. da (1965), “O Estágio: sua finalidade e importância”. *Servir*, vol. 13 (4), pp. 4 e seguintes.

⁶⁶³ ESPERANÇA, Maria de N.S. da (1965), *op. cit*, pp. 5.

encarado como a principal preocupação da/o aluna/o de enfermagem. Esta perspectiva colocava a prática como “a teoria transformada em acção”⁶⁶⁴.

Por outro lado, as experiências clínicas das/os alunas/os de enfermagem revelavam-se da maior importância na medida em que possibilitavam um primeiro contacto com outros actores no domínio da saúde com os quais, de outro modo, apenas se cruzariam quando integrassem o mercado de trabalho.

“O estágio é o lugar onde a aluna vai formar a sua personalidade de enfermeira. Deve oferecer-lhe a melhor garantia de uma adaptação eficiente à actividade profissional para a qual se está a preparar.

A formação profissional da aluna, ao mesmo tempo que consolida os conhecimentos científicos, corporiza a realização de um ideal social, que visa o bem-estar físico, moral e social do indivíduo ou do grupo.

Ao entrar no estágio a aluna toma contacto com um quadro complexo de relações humanas e sociais, no qual estão integrados o doente e sua família, o Corpo Clínico, o pessoal de Enfermagem, pessoal dos Serviços Auxiliares, pessoal Menor, etc.

Passa a fazer parte de uma equipa e a partilhar das suas responsabilidades sociais o que muito contribui para a sua formação (...)”⁶⁶⁵.

Procurou-se valorizar os estágios na actualização do plano de estudo de 1965. Esta reforma propôs que os estágios fossem desenvolvidos paralelamente com as aulas permitindo a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos nas experiências clínicas.

A reforma do ensino de enfermagem de 1965 previa a existência de 11 práticas clínicas: no 1º ano, o estágio de enfermagem preliminar (8 semanas); o estágio de enfermagem médica (10 semanas); e, o estágio de enfermagem de doenças infecto-contagiosas (3 semanas); no segundo ano, o estágio de enfermagem cirúrgica, incluindo sala de operações (12 semanas); o estágio de enfermagem de especialidade médico-cirúrgica (7 semanas); o estágio de enfermagem obstétrica (6 semanas e meia); e, o estágio de enfermagem pediátrica (6 semanas e meia); no terceiro ano, os alunos realizavam o estágio de enfermagem psiquiátrica (7 semanas); o estágio de enfermagem de saúde pública (10 semanas); o estágio de ensino de enfermagem (4 semanas) e, por fim, o estágio de administração dos serviços de enfermagem (4 semanas), seguido de um estágio hospitalar intensivo (5 semanas).

A articulação entre a teoria e a prática foi pensada de modo a que pudesse haver “uma maior ligação e relação entre o ensino dado na escola e o estágio”⁶⁶⁶.

⁶⁶⁴ Ibidem, pp. 7.

⁶⁶⁵ Ibidem, pp. 7.

⁶⁶⁶ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – princípios orientadores*, 1965, pp. 7.

Considerava-se que os estágios deviam decorrer “sob a orientação dos monitores que t[ivessem] ensinado a correspondente matéria teórica de enfermagem”⁶⁶⁷. A título de exemplo colocamos parte de um relatório de estágio elaborado por um monitora da Escola de Enfermagem de Castelo Branco sobre uma das suas alunas:

“Durante o tempo em que frequentou a Escola mostrou-se dedicada ao trabalho e interessada, esforçando-se por aproveitar todas as oportunidades práticas que lhe foram oferecidas. É ordenada e “desembaraçada” no trabalho. Sem grande facilidade de contacto, lucra em ser conhecida. Revelou relativo auto-domínio. Mostrou prazer em ser útil aos outros. Foi sempre pontual e uniformizou bem”⁶⁶⁸.

A transcrição anterior evidencia um conjunto de características que as enfermeiras deviam possuir nas suas práticas clínicas. Destacam-se elementos relacionados com a dedicação e o contacto com o doente, mas também mostra-se a importância de ser “desembaraçada” apelando à destreza manual.

De forma a melhorar a articulação teoria/prática “incluir-se-á nos estágios aulas de demonstração, conferências e discussões de planos de cuidados de enfermagem”⁶⁶⁹ estimulando-se a reflexão sobre a prática clínica e a produção de conhecimentos sobre essas experiências.

Esta reforma previa que, durante 1/3 do estágio, as/os alunas/os pudessem trabalhar apenas de manhã e ter de tarde as aulas teóricas (ou vice-versa) necessárias relacionadas com a especialidade clínica onde se encontrassem⁶⁷⁰. Durante 2/3 do estágio as/os alunas/os deviam trabalhar em tempo integral na instituição onde se realizava o mesmo, possuindo um horário de acordo com o número de horas de trabalho do pessoal de enfermagem que ali prestasse serviço.

No começo de qualquer estágio, ao longo dos 3 anos de curso, as/os alunas/os deviam ter uma introdução ao estágio realizada pela/o monitor(a) responsável, “devendo versar sobre:

- a) Objectivos específicos do estágio;
- b) Considerações gerais sobre o local de estágio;
- c) Trabalho teórico e prático a realizar, sua orientação;
- d) Métodos de ensino a utilizar;

⁶⁶⁷ Idem.

⁶⁶⁸ AEECB – Documentação avulsa – “Apreciação final” da Enfermeira Carrondo.

⁶⁶⁹ Ibidem.

⁶⁷⁰ Havia ainda a hipótese de durante a semana os alunos terem dois dias de aulas completos e os restantes de estágio.

- e) Horário do estágio;
- f) Meios de avaliação;⁶⁷¹.

As/Os alunas/os no decorrer das suas experiências clínicas deviam considerar a possibilidade de efectuar visitas domiciliárias de modo a “adquirirem uma visão mais larga do doente na família e na comunidade, e analisarem concretamente as consequências socioeconómicas da doença”⁶⁷².

Esta visão alargada, como já referimos noutros pontos, contribuiu para uma maior definição da actividade profissional da enfermagem na medida em que permitiu gradualmente libertar-se suficientemente da corrente tecnicista, associada ao modelo médico, e passar a olhar o indivíduo de uma forma global e não apenas centrada na doença em si mesmo. Aos poucos libertava-se das imposições formativas de natureza médica.

No interior de cada estágio as/os alunas/os eram obrigadas/os a apresentar pelo menos um trabalho teórico cuja complexidade deveria aumentar à medida que o curso ia avançando. Do mesmo modo, estavam previstas horas em que as/os alunas/os reuniam com os seus orientadores no sentido de melhorar constantemente as práticas clínicas. Considerava-se, ainda, a hipótese das/os alunas/os efectuarem uma prova prática no final de cada estágio “que pode ser constituída por um dia de trabalho do aluno”⁶⁷³.

A avaliação do estágio podia assentar em torno de quatro elementos:

- a) O trabalho diário;
- b) O trabalho ou trabalhos escritos apresentados;
- c) A atitude em grupo;
- d) A prova prática de fim de estágio;

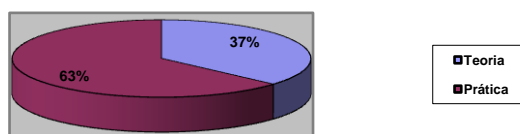
A relação entre a componente teórica do curso e as experiências clínicas das/os alunas/os no currículo, em termos de semanas de trabalho, demonstram que se continuava a apostar na vertente prática. Torna-se mais clara esta ideia se observarmos o gráfico circular seguinte:

⁶⁷¹ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – princípios orientadores*, 1965, pp. 13.

⁶⁷² *Idem*.

⁶⁷³ *Idem*, pp. 14.

Gráfico 21 – Relação teoria – prática do curso de enfermagem geral no seu conjunto (em semanas) (1965).



Fonte: AEECB – Plano de estudos do curso de Enfermagem Geral, 1965.

O curso na década de 60, com a introdução de novas cadeiras, a diminuição da carga horária de algumas disciplinas relacionadas com o saber médico como as patologias face às técnicas de enfermagem, continuava na dependência da aplicabilidade do seu conhecimento, isto é o curso continuava a caracterizar-se através de uma forte componente prática prolongando a ideia da/o enfermeira/o como executor(a) de tarefas, tal como na década anterior, embora com algumas alterações decorrente das reformas.

Neste sentido José Amendoeira defende que até à década de 70 “era evidente a orientação quanto à fonte do conhecimento bem como à forma como se pretendia que o mesmo fosse «apreendido» e posteriormente utilizado a partir dos estágios que os estudantes realizavam numa perspectiva de orientação biomédica da formação, e onde a componente prática era sobrevalorizada em relação à teórica, bem como o contexto hospitalar em detrimento do contexto domiciliário ou comunitário”⁶⁷⁴. Na sequência do que referimos, encontramos um processo de reclamação de nota do ano de 1971 junto do processo biográfico de uma aluna. Julgamos importante utilizá-lo para retratar o quotidiano da prática clínica. Podemos ler o seguinte:

“Foi-me entregue uma doente de nome: Maria Isabel Ramos Moita, de 67 anos de idade, com o diagnóstico de cancro do intestino. A doente tinha feito colostomia, tinha sutura no hipogastro (região infra-umbilical) e estava com três drenos no períneo (2 de cauchat e 1 de reverdiu).

Ao 1º contacto com a doente verifiquei que a roupa da cama estava em mau estado (suja de fezes e liquido seroso), um dreno de cauchaut estava caído no leito, a ligadura estava no nível das cochas, a colostomia estava a descoberto, o penso da sutura todo levantado dum lado e todo conspurcado de fezes.

O meu 1º passo foi verificar o T.P.R. Seguidamente cortar a ligadura e com a tesoura juntar todas aquelas compressas caídas e penso da sutura e deitar num bacio que estava debaixo duma cama ao lado. Da sala de trabalho trouxe numa aparadeira flamejada, uma compressa grande, esterelizada, peguei-lhe com a mão pela parte exterior e pelas

⁶⁷⁴ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.* pp. 211.

pontas e coloquei-a sobre a sutura ainda não desinfetada. À volta da colostomia fiz uma breve lavagem com uma manípula e soro fisiológico morno.

Mudei depois o lençol, antes de começar a prestar os cuidados de higiene à doente, pois estes estavam em mísero estado. Verifiquei que a compressa que tinha colocado sobre a sutura, tinha caído para o lado, coloquei-a novamente sobre a sutura e prendi-a com duas tiras de adesivo; não liguei muito à assepsia visto a ferida estar ainda por desinfetar e até bastante conspurcada de fezes.

No início, ainda na reunião da manhã, a sr^a enfermeira Chefe de Serviço disse-me que a doente podia ir à Sala de pensos; mas como esta era pouco espaçosa e estava ocupada por uma doente que estava a fazer congelação dum membro, e ainda por pessoas que entravam e saíam constantemente – indaguei junto da sr^a enfermeira se poderia prestar todos os cuidados à doente na cama. Esta imediatamente me disse que sim, tanto mais que os drenos caíam com facilidade.

Reuni todo o material para o banho geral e executei-o segundo a técnica que aqui me foi ensinada. Seguidamente fiz a cama ocupada com mudança de alguma roupa. Quis nesta altura dar o pequeno-almoço à doente, mas não aceitou, referiu que só o tomaria depois dos pensos executados.

Preparei o carro de pensos e levei-o para junto da doente. Isolei a unidade com biombo, pois estava numa enfermaria com mais 7 ou 8 doentes e era necessário expô-la bastante. Pedi colaboração a uma Enfermeira do serviço que me serviu de ajudante. Comecei a executar os pensos seguindo a técnica e seguindo a prescrição do médico. Comecei 1^o pelo mais sujo (colostomia). Depois dos pensos executados fui preparar a medicação após ter conferido os cartões pela folha de prescrição médica e pelo livro de registos (...).

Preparei os dois soros com as respectivas ampolas e fui imediatamente puncionar a veia da doente, e por o soro fisiológico que era o que estava prescrito 1^o. Desloquei o glicorado isotérmico em cima da mesa-de-cabeceira com o respectivo cartão, o qual coloquei após o 1^o ter corrido, aproveitando a mesma veia.

Arrumei depois a unidade da doente. De tarde, medi-lhe a T.A. (por não ter tido tempo durante a manhã), mostrei-lhe o saco da colostomia, a maneira como se aplicava, retirava e limpava e os cuidados a ter. Consultei todo o processo da doente. Esta foi bastante simpática e colaboradora. Fiz os registos um pouco antes da saída (...)”⁶⁷⁵.

Como tivemos oportunidade de compreender esta aluna já possuía um conjunto alargado de conhecimentos que deveria aplicar em contexto clínico. Foi-lhe distribuído um doente ao qual dedicou o seu tempo, atenção, destreza e técnicas relacionados com os cuidados a ter com o ser humano. Este constitui um retrato interessante, na 1^a pessoa, de um dia no interior de um campo de estágio no início da década de 70.

A década de 70 trouxe algumas novidades no que diz respeito à aproximação da enfermagem a outros saberes, como as Ciências Comportamentais ou Sociais e Humanas, traduzindo-se numa valorização de si mesma e numa identidade profissional mais definida e forte que realçava os cuidados de enfermagem como a principal área de intervenção desta/e profissional de saúde.

⁶⁷⁵ AEECB – *Registo biográfico da aluna (...)* (processo), 1971.

A articulação entre as dimensões teórica e prática também se modificou, caminhando para um equilíbrio maior entre ambos, que começou a permitir gradualmente a produção de conhecimento sobre a acção através, entre outros, da introdução de “semanas de reflexão”⁶⁷⁶.

A reforma do ensino da enfermagem de 1976 dividiu o curso em cinco áreas de aprendizagem onde, em todas elas, cabia, pelo menos, um estágio. Assim, na 1ª área de aprendizagem, que correspondia ao 1º ano, os alunos frequentavam 3 semanas de estágio em contexto de experiência em meio rural e urbano, seguido de 1 semana de reflexão cruzada com os conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas. Nestas semanas de experiências em meio rural e urbano, os objectivos passavam pela observação das condições de vida da população com a finalidade de compreender os factores que podiam influenciar a saúde; devendo, além disso, aperceber-se do grau de sensibilização da população em matéria de saúde e detectar os recursos da comunidade e seu aproveitamento pela população.

Ainda nesta 1ª área de aprendizagem os alunos frequentavam mais 11 semanas de estágio cujo objectivo já não era o de elemento observador, mas sobretudo de elemento prestador de cuidados. Nestas semanas de estágio, principalmente nas últimas 10 semanas, o objectivo principal era prestar cuidados de enfermagem durante todo o ciclo maternal (excepto no que se refere à assistência ao parto); prestar cuidados primários de saúde à criança em todas as fases de desenvolvimento; prestar cuidados de enfermagem aos idosos, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de higiene e conforto; e, aperceberem-se dos contextos e relações dos diferentes serviços de saúde de uma comunidade.

Na 2ª área de aprendizagem, no 2º ano, as/os alunas/os frequentavam 24 semanas de estágio na totalidade. Pretendia-se que prestassem cuidados de enfermagem a doentes com afecções médicas (incluindo as doenças transmissíveis e as especialidades); prestassem cuidados a doentes com afecções cirúrgicas (incluindo especialidades); fossem capazes de planear, individual ou colectivamente, os cuidados de enfermagem aos doentes do foro médico-cirúrgico; prestassem os cuidados de enfermagem aos mesmos doentes; avaliassem os cuidados de enfermagem prestados e que fossem capazes de compreender que o planeamento e execução de cuidados de

⁶⁷⁶ Estas semanas de reflexão constituem elementos importantes do ponto de vista pedagógico, pois resultam da experiência clínica.

enfermagem se encontram inseridos num contexto mais amplo de gestão da unidade de trabalho e da instituição.

O terceiro ano encontrava-se dividido em três áreas de aprendizagem (a 3ª, 4ª e 5ª). Os estágios desenvolviam-se durante 32 semanas. Nestas experiências clínicas as/os alunas/os deviam prestar cuidados de enfermagem à criança em todas as situações de doença e a todos os níveis de prevenção; desenvolver atitudes e relações com o doente mental (criança ou adulto) individualmente e em grupo de forma a promover no doente alterações que ajudem a sua recuperação ou diminuição dos sintomas patológicos; criar, modificar e manter um ambiente terapêutico intra e extra instituição; aprender a utilizar terapêuticamente as relações interpessoais que possam criar-se entre o doente, equipa e grupo de doentes; reconhecer situações que influem no comportamento do homem a nível individual, familiar, grupal e da comunidade; consciencializar-se dos problemas da marginalização social dos doentes mentais; conhecer os recursos da comunidade para prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes mentais; e, por fim, no estágio intensivo que realiza “pretende-se que o aluno se integra gradualmente no futuro trabalho profissional de modo a que no final do curso seja capaz de assumir a responsabilidade integral dos cuidados de enfermagem que presta”⁶⁷⁷.

Para complementar as experiências clínicas, principalmente o estágio intensivo no último ano, foi introduzida uma semana de reflexão cujo objectivo principal era o seguinte:

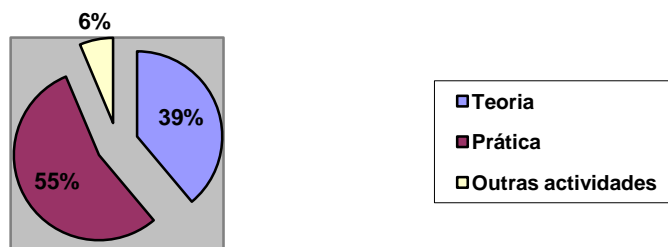
“A semana de teoria destina-se à sistematização da teoria sobre cuidados intensivos e também para introduzir conhecimentos sobre organização e funcionamento de unidades de cuidados intensivos. Espera-se ainda que nesta semana sejam focados alguns aspectos mais evidentes sobre serviços de saúde pública. A última semana do curso será de reflexão e de preparação para a entrada no mundo do trabalho”⁶⁷⁸.

O gráfico seguinte permite uma leitura mais objectiva sobre a articulação da teoria com a prática clínica no interior deste plano de estudo:

⁶⁷⁷ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – princípios orientadores*, 1976, pp. 23.

⁶⁷⁸ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral – princípios orientadores*, 1976, pp. 24.

Gráfico 22 – Ilustração da relação teoria – prática no plano de estudos de 1976 (semanas)⁶⁷⁹.



Fonte: AEECB – Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral, 1976.

A leitura do gráfico anterior permite-nos realçar o ligeiro avanço, em comparação com os gráficos precedentes da componente teórica face à prática clínica. Este dado deveu-se à valorização crescente que as ciências comportamentais, sociais e humanas tiveram na década de 70 passando a contar com um conjunto de horas significativo nos planos de estudo⁶⁸⁰, como já referimos atrás. Não obstante, o curso continuou a caracterizar-se pela enorme dimensão prática. No entanto, uma prática mais atenta e utilizadora de outros saberes, além das técnicas médicas, que permitiram à enfermagem aprofundar a sua própria noção de *cuidar* numa perspectiva mais humanista e menos tecnicista. A influência da psicologia norte-americana, nomeadamente de Carl Rogers, destaca-se na construção deste grupo socioprofissional e do seu conhecimento académico.

Quando percorremos o arquivo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco encontramos um documento de 1976 onde se retratam alguns problemas que aconteceram com uma aluna no estágio final. De acordo com a correspondência trocada entre a Comissão Instaladora da Escola, o Instituto Nacional de Saúde e as Monitoras correspondentes, uma das alunas da escola, no estágio do período de enfermagem pediátrica, manifestou um fraco rendimento. O documento evidencia através do testemunho das Monitoras de Estágio Maria Cesarina Guerra de Moraes D`Oliveira Belo e Maria Augusta de Magalhães que a aluna cometia:

⁶⁷⁹ As duas semanas de reflexão que constam no plano de estudos foram incluídas na componente teórica, dado que acontecem em contexto de prática pós-clínica. De realçar que optamos pelos dados impressos no documento e não pelos dados manuscritos.

⁶⁸⁰ Ver, neste capítulo, o ponto onde tratamos das Ciências Comportamentais e Sociais e Humanas.

“descuidos frequentes nos cuidados de higiene às crianças, erros na preparação e troca de biberons, ficando completamente descontrolada e incapaz de falar sempre que lhe é chamada a atenção para qualquer facto mais grave, apesar das tentativas de esclarecimento e correcção feitas pela monitora do estágio, esta, em entrevista individual de 21/7/1976, manifestando-lhe a dificuldade em a classificar justamente e tentando ajudá-la sugeriu uma apreciação complementar, que consistiria, num dia de estágio normal observada também pela outra monitora do período, com o que a aluna concordou. (...) Esta faltou ao estágio, aparecendo mais tarde, desfardada, alegando que “se tinha deixado dormir”. Horas depois, colegas de curso e de quarto, conversavam e comentavam no bar da escola que “a Conceição não foi ao estágio porque não quis” visto que fora “por elas acordada” ao que a mesma terá respondido que “se estava nas tintas para as monitoras e para o estágio, que não tinha nada com isso e que as monitoras resolvessem como quisessem”.

Em conclusão a aluna (...) reprovou por não ter demonstrado durante o estágio de enfermagem pediátrica as condições necessárias, nem técnicas nem de relações humanas, que lhe possibilitassem aproveitamento positivo (...)”⁶⁸¹.

O testemunho anterior mostra que existiam problemas no interior dos estágios e conecta-se com o sentido de responsabilidade que os diferentes actores educativos deviam possuir num contexto relevante desta natureza. Destaca-se, além da falta de sentido de responsabilidade, a pouca capacidade de aplicação da teoria na prática pela aluna e, ainda, as condições necessárias do ponto de vista das relações humanas manifestando desrespeito pelos seus compromissos e pelas suas monitoras de estágio.

A reorganização curricular permitiu a introdução de tempo para “outras actividades” acabando por ser uma novidade da reforma de 1976. Neste domínio contavam-se principalmente palestras, conferências e outros trabalhos desta natureza que as/os alunas/os deviam desenvolver. Além destas actividades verificamos a existência, nos seus processos biográficos, de indicações relacionadas com visitas de estudo realizadas, entre outras, a serviços de saúde. “Outras actividades” também representou uma forma de socialização profissional da/o aluna/o tomando contacto com normas, valores e atitudes próprias da enfermagem e caminhando, do ponto de vista pedagógico, para uma intervenção maior da/o discente no seu processo de ensino/aprendizagem. Em Portugal, a década de 70 marcou um ponto de viragem no sentido da valorização da enfermagem na medida em que apostou no desenvolvimento de teorias e processos a que nos referimos anteriormente neste capítulo. Também os planos de estudo sofreram alterações na década seguinte.

⁶⁸¹ AEECB – Correspondência Recebida/Expedida – *Ofício dirigido à Comissão Instaladora (pelas monitoras)*, 11 de Dezembro de 1976 (sublinhado no original).

Na década de 80 aprofundou-se a valorização do próprio saber de enfermagem apostando numa articulação maior entre a teoria e a prática clínica. Esta articulação crescente entre a teoria e a prática que se vinha engrandecendo, sobretudo depois da reforma de 1976, ajudou a integrar o ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, nomeadamente no subsistema do ensino superior politécnico, dado que respondia aos quesitos necessários do ponto de vista dos princípios relacionados com o Saber-Fazer de acordo com os quais fora criado o ensino superior politécnico português.

Como resultado de todo este processo em 1987 aconteceu a reforma do ensino que permitiu à enfermagem adquirir a chancela de curso superior e, conseqüentemente, conquistar credibilidade e respeitabilidade socioprofissional para o grupo. O plano de estudos que saiu da reforma de 1987 encontrava-se organizado em 6 semestres lectivos onde se encontravam as práticas clínicas (estágios). Na totalidade estamos a referir-nos a 10 estágios, acrescentados de uma semana de reflexão no final do curso.

No 1º semestre, do 1º ano, as/os alunas/os deveriam realizar um primeiro estágio cujo objectivo era sobretudo de contacto com a realidade “podendo ser feito de forma integrada ao longo da Teoria, ou organizado de forma contínua, de acordo com o que a Escola achar mais adequado”⁶⁸². Nesta experiência clínica pretendia-se que “o aluno utiliz[asse] os instrumentos básicos de enfermagem, realizando actividades e tarefas essencialmente ligadas a algumas necessidades básicas do assistido, nomeadamente: de nutrição, de hidratação, de higiene, de repouso, de exercício e de segurança”⁶⁸³. Preferencialmente, o estágio deveria ser realizado em Centros de Saúde Integrados ou em Serviços Hospitalares. No fundo o que se pretendia era “a discussão e análise de situações encontradas” do ponto de vista da articulação da teoria com a prática.

No segundo semestre, os alunos realizavam o II e III estágios que deveriam ser efectuados após o período teórico. Estagiavam em Centros de Saúde e Serviços de Obstetrícia onde “o aluno prestará cuidados de enfermagem de Saúde primários”⁶⁸⁴. Neste estágio a/o aluna/o devia procurar compreender o meio que rodeava a instituição de saúde, conhecer alguns aspectos de natureza demográfica, assim como os recursos existentes na área e as relações da instituição de saúde com outros sectores da comunidade. Esta relação que a aluna deveria procurar constituir com a sociedade permitia-lhe “identificar problemas, planear, executar e avaliar cuidados de

⁶⁸² AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem – estágios*, 1987, pp. 9.

⁶⁸³ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem – estágios*, 1987, pp. 59.

⁶⁸⁴ *Idem*, pp. 60.

enfermagem” e compreender “a importância de um verdadeiro trabalho de equipa”⁶⁸⁵. Neste estágio as/os alunas/os deveriam realizar actividades relacionadas com a educação para a saúde, orientação e aconselhamento de indivíduos e famílias ou a prestação de cuidados ambulatoriais “através de visitação domiciliária”⁶⁸⁶.

No 2º ano do curso frequentavam 3 estágios, os estágios IV, V e VI. O estágio IV valorizava a vida hospitalar e a prestação de cuidados de saúde diferenciados. As directrizes do curso realçavam que as/os alunas/os deviam realizar o seu estágio onde não se prestassem cuidados altamente diferenciados, como por exemplo nas consultas, serviços de internamento e de assistência domiciliária. O objectivo era sobretudo o de ajudar a aluna a “compreender as actividades desenvolvidas pela instituição hospitalar, enquanto estabelecimento integrado no Sistema de Saúde do País”⁶⁸⁷.

Os estágios V e VI diziam respeito ao desenvolvimento de competências no domínio da enfermagem médica, cirúrgica e de especialidades. Aqui, a/o aluna/o deveria assumir uma “atitude científica” isto é planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem a doentes desta natureza. Valorizava-se a capacidade de comunicar no interior da equipa, bem como a preocupação da/o aluna/o em compreender o funcionamento dos serviços ou as patologias de maior incidência e prevalência no local de estágio. À/Ao aluna/o ainda era pedido que realizasse acções de educação para a saúde aos assistidos e família permitindo ao ser humano doente um processo de integração social mais facilitado.

Por fim, no 3º ano as/os alunas/os realizavam os estágios VII, VIII, IX e X. No estágio VII pretendia-se que “o aluno estabeleça uma relação de ajuda com a criança e família, que lhe permita colher os dados prioritários relativos à situação de doença existente, qualquer que seja o grupo etário a que a criança pertença e conseqüentemente programar as acções de enfermagem adequadas aos problemas identificados”⁶⁸⁸. No mesmo sentido, era pedido à/ao aluna/o que “não perca de vista a inserção da criança no seu contexto familiar e se possível no contexto comunitário, razão pela qual se preconiza a utilização da Visita Domiciliária (...)”⁶⁸⁹.

No estágio VIII o objectivo passava pelo desenvolvimento de uma relação de ajuda com o doente de saúde mental e psiquiátrica com a família “reconhecendo

⁶⁸⁵ Ibidem.

⁶⁸⁶ Ibidem.

⁶⁸⁷ Ibidem, pp. 77.

⁶⁸⁸ AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem – estágios*, 1987, pp. 96.

⁶⁸⁹ Idem.

situações que influenciam o comportamento do homem a nível individual ou grupal, e que planeie, execute e avalie os cuidados de enfermagem prestados”⁶⁹⁰.

O objectivo dos estágios IX e X passava, principalmente, pela integração à vida profissional. Aqui, a/o futura/o profissional devia aos poucos “assumir a responsabilidade dos cuidados de enfermagem que presta”⁶⁹¹. Nestas experiências clínicas o exercício pré-profissional das/os discentes devia caracterizar-se pela autonomia adquirida ao longo do curso. Do mesmo modo, devia definir objectivos e construir um projecto de estágio de acordo com metodologias científicas. Era valorizada a sua boa integração no contexto das equipas de saúde multidisciplinares. Tal como em estágios anteriores, recomendava-se que as/os alunas/os realizassem acções de educação para a saúde e que participassem em acções de educação em serviço.

Ismael Martins realça a ideia de que uma boa integração dos alunos em contexto de estágio era necessária e desejável. Neste sentido, enquanto director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias, tentou estabelecer relações de proximidade com diferentes técnicos em diversos serviços abrindo o caminho aos alunos que iam frequentar as práticas clínicas e ajudando no seu processo de socialização profissional⁶⁹². Refere o seguinte:

“A nossa preocupação, tanto minha como de todos os outros professores, era de lhes inculcar que não fossem com medo para os estágios porque eles não sabiam o que iam a fazer, iam a aprender. Primeiro não actuavam, só viam actuar e sempre que não estivessem seguros perguntavam aos monitores de estágio, mas a ideia era assim: Não vão a tremer para os estágios”⁶⁹³

Esta preocupação que os professores, em particular os monitores, sentiam em relação aos seus estagiários pode ser objectivada num pequeno relato que Ismael Martins realçou como exemplo:

“Olhe, tive uma aluna aqui da zona do Fratel que nos primeiros dias que foi para o estágio, quando ela me estava a ver tremia por todos os lados, tremiam as seringas, tremia tudo, quando ela não me via, mas eu a observava, trabalhava lindamente. Falei com ela e disse: “mas olhe lá mas sabe fazer isto não sabe? Tem medo de mim? Não tenha medo, eu só a classifico no fim do estágio, não é agora, Vós estais a aprender e

⁶⁹⁰ Ibidem, pp. 97.

⁶⁹¹ Ibidem, pp. 98.

⁶⁹² Vd. *Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins*, pp. 6 (Cf. Anexos).

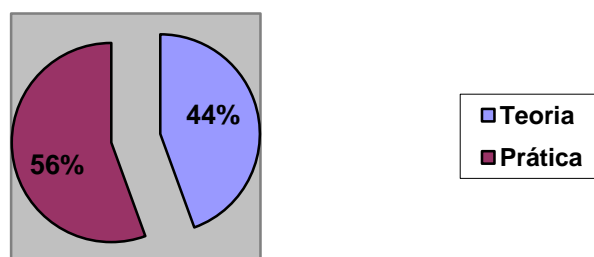
⁶⁹³ Idem, pp. 10 (Cf. Anexos).

quando tiver duvidas venha ter comigo”. Mudou totalmente, perdeu o medo. Ou seja, tudo isto era baseado nas relações pessoais em que investíamos”⁶⁹⁴.

Estes estágios eram seguidos de uma semana de reflexão sobre a prática clínica onde era realizado um balanço geral do curso, eram discutidos assuntos relacionados com a escola e outros assuntos que as/os alunas/os achassem convenientes, no sentido de melhorar continuamente as práticas clínicas no futuro e de dar significado às dificuldades e inconvenientes encontrados pelas/os alunas/os ao longo da sua aprendizagem.

A relação dos tempos dedicados à teoria e à prática clínica, em 1987, nas escolas de formação de enfermeiras/os era a seguinte:

Gráfico 23 – Relação teoria – prática no plano de curso de 1987 (semanas)⁶⁹⁵.



Fonte: AEECB – *Plano de Estudos do Curso de Enfermagem Geral, 1987*

Verificamos que, em termos comparativos, e de acordo com a ilustração que apresentamos para a reforma de 1976, a prática clínica continuou a ser valorizada nos planos de estudo. Todavia, salientamos que a componente teórica do curso, no caso particular da reforma de 1987, traduzia um claro interesse na promoção da dimensão teórico-abstracta do mesmo. A promoção da teoria permitia a produção e o desenvolvimento de novos conhecimentos que podiam tornar a enfermagem cada vez mais “profissional” no que diz respeito ao acto de cuidar.

A enfermagem construiu uma estratégia de desnaturalização de um saber empírico, transformando-o num Saber formal, auxiliado por outras ciências, relacional e, conseqüentemente, com uma natureza científica, dado que obedece a princípios

⁶⁹⁴ Idem.

⁶⁹⁵ A semana de reflexão colocou-se no interior do campo teórico.

organizadores do conhecimento de que aos poucos se foi apropriando de vários Saberes como demonstramos neste capítulo.

É este equilíbrio entre a abstracção e o conhecimento experiencial que, de acordo com a perspectiva de Andrew Abbott⁶⁹⁶, deveria ser construído pela enfermagem como mecanismo de valorização de uma actividade que possui conhecimento profissional que o distingue das outras actividades. A relação equilibrada entre ambos permitiu o desenvolvimento da enfermagem enquanto Saber, assim como a constituição de uma jurisdição académica e profissional própria caracterizada pela diversidade, embora relacional e permeável a outros saberes, do acto de cuidar.

Após a integração do ensino da enfermagem no subsistema do ensino superior politécnico as escolas passaram a poder conceber os seus currículos, mediante algumas directrizes emanadas pelo Estado, adaptando-os às realidades envolventes. Todavia, o momento que se encontra nos bastidores desta transformação é a integração no Sistema Educativo Nacional (1988) reclamada desde, pelo menos, a década de 70 do século XX.

Com esta conquista, por parte do grupo em análise e em associação a outras que conseguiu já na década de 90 (REPE e OE) a identidade profissional das/os enfermeiras/os saiu claramente reforçada, projectando-se a sua importância e valor na sociedade actual. Construiu-se, como defende José Amendoeira, um saber de natureza técnico-intelectual que apostou num reconhecimento do Saber da enfermagem através da academia, isto é através da aquisição da chancela de habilitação do ensino superior⁶⁹⁷.

Considerações Finais

O domínio de um determinado conhecimento especializado, por norma associado a instituições específicas de formação, com tempos de aprendizagem relativamente longos e treinos específicos em relação às tarefas a cumprir na relação entre a escola e o mundo do trabalho, constitui um aspecto relevante para a construção de uma identidade e jurisdição reforçadas de um grupo profissional⁶⁹⁸. No decorrer deste capítulo procuramos apresentar o processo de construção do conhecimento

⁶⁹⁶ Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.*

⁶⁹⁷ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.* pp. 245.

⁶⁹⁸ Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*

académico/profissional da enfermagem portuguesa ao longo do século XX, com especial destaque para a segunda metade daquela centúria.

Quando nos referimos a um conhecimento profissional estamos a pensar num Saber com um determinado grau de complexidade capaz de ser “dominado” apenas por um grupo de especialistas (Experts). O conhecimento constitui, de acordo com vários autores⁶⁹⁹, uma fonte de poder profissional na medida em que permite a ampliação ou o reforço dos diferentes domínios profissionais. Outros autores⁷⁰⁰ referem a importância da existência de um conhecimento académico/profissional, com características específicas, nomeadamente um determinado grau de abstracção, para o reforço das jurisdições profissionais e conseqüentemente da identidade socioprofissional do grupo.

Outro aspecto relevante prende-se com a capacidade de um determinado grupo produzir o seu próprio conhecimento. Esta característica foi introduzida nos planos de estudo para as escolas de formação de enfermeiras/os portuguesas ainda na década de 80, todavia só muito lentamente obteve os seus resultados, provavelmente já na última década de noventa e no novo milénio. A produção de conhecimento permite um reforço das jurisdições profissionais e das identidades de grupo, na medida em que se constroem linguagens próprias e codificadas em torno de um objecto de estudo comum que constituirá a arena onde será aplicado o seu Saber. Estas linguagens ou códigos comuns internos ao grupo permitem tornar mais forte a jurisdição e a identidade profissional do grupo, tornando-se este menos permeável a incursões externas, por exemplo, de outros grupos profissionais estabelecidos ou em ascensão.

A enfermagem portuguesa, de acordo com os planos de estudo que analisamos, ao longo do século XX pode dividir-se em três momentos diferenciados. O primeiro momento em que não há propriamente um saber teórico-prático organizado profissionalmente, mas um conjunto de conhecimentos agregados em função das necessidades das administrações hospitalares e caracterizados já por uma forte influência médica; um segundo momento, a partir das décadas de 30/40 onde os planos de estudo reflectem um carácter submisso à medicina e ao Estado, embora mais organizados, e com tendência para gradualmente os profissionais de enfermagem assumirem funções técnico-práticas no ensino, deixando a “intelectualidade” para os médicos, reclamando na década de 60 a direcção do ensino da enfermagem por

⁶⁹⁹ Cf. Entre outros autores: FREIDSON, Eliot (1986), *Op. cit.*

⁷⁰⁰ Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *Op. cit.*

enfermeiras/os; um terceiro momento, quando a enfermagem, em verdadeiro processo de emergência socioprofissional, não esquecendo os saberes técnicos apreendidos anteriormente e a sua essência prática secular, socorre-se de outros Saberes como as Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais para dar outra envolvimento aos cuidados de enfermagem realçando a importância da compreensão global do Ser Humano para o cumprimento de uma jurisdição profissional relacional com importância e credibilidade social.

As Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais permitiram-lhe aprender a produzir o seu próprio conhecimento e, mais importante, a reflectir sobre a sua própria acção, ganhando assim, na década de 80, um novo fôlego que havia de ser a base para a construção de um verdadeiro conhecimento académico nas décadas seguintes, por exemplo ao nível de oferta formativa pós-graduada.

Os planos de estudo evidenciam aquilo que acabamos de defender. O estudante de enfermagem deixa de ser, gradualmente, um elemento passivo na aprendizagem e tornou-se cada vez mais um elemento interventivo no seu próprio processo de ensino/aprendizagem.

É por tudo isto que a partir da década de 70 começamos a encontrar um conjunto alargado de referências a teorias da enfermagem que as escolas haviam de adoptar e aplicar nos seus diferentes contextos. A enfermagem estava num processo de “amadurecimento” muito avançado e isso permitiu-lhe a transformação das suas escolas em escolas superiores e a inclusão no Sistema Educativo Nacional, nomeadamente no subsistema de ensino superior politécnico.

Decorrente de todos estes processos que acabamos de referir podemos defender que a enfermagem tornou-se um saber multidisciplinar, procurando construir o seu próprio conhecimento de natureza profissional e formar os seus especialistas nesse conhecimento que são os cuidados de enfermagem. A enfermagem é um Saber profissional baseado em conhecimentos diversificados, aplicados aos utentes/doentes em contextos diversos, que procura, antes de intervir, compreender o Ser Humano na sua globalidade e não apenas “tratar” o que se encontra em fragilidade naquele momento.

Para concluir, é verdade que o conhecimento profissional da enfermagem encontra as suas origens no senso comum, nos saberes práticos e seculares, na tradição oral, etc..., mas com o surgimento de um processo de escolarização desses saberes, nomeadamente a partir do século XIX, conseguiu construir uma jurisdição própria com

carácter relacional e independente simultaneamente, onde a articulação entre os saberes teóricos e práticos ao longo da segunda metade de novecentos tenderam a harmonizar-se. Neste processo, a organização dos estágios constitui uma porta aberta para a circulação do conhecimento entre a dimensão formativa e a dimensão do trabalho, importante para o agrupamento profissional gradualmente se engrandecer perante a Sociedade e outros grupos com quem estabelecia relações interprofissionais, embora sempre com o Estado muito presente em todas as suas acções.

Capítulo IV

As Normas e os Valores: entre a escola e a profissão

Introdução

O presente eixo de análise do modelo teórico que propusemos para este trabalho procura compreender a forma como o grupo socioprofissional das/os enfermeiras/os procedia à socialização dos novos elementos, de acordo com determinadas normas e valores, no interior das escolas de formação de enfermeiras/os e em contexto de trabalho ao longo do século XX, em particular na segunda metade de novecentos. Do ponto de vista temporal assumimos a década de 70, do século XX, como um período de transformação das estruturas organizacionais e da dimensão axiológica do grupo. Ambas contribuíram para a construção de uma maior respeitabilidade e uma identidade profissional reforçada da enfermagem em Portugal. Propomos uma análise diacrónica de modo a compreender melhor os processos interactivos e dinâmicos que acabamos de identificar. Neste sentido procuramos responder às seguintes questões: Que estruturas administrativas e pedagógicas governavam as instituições de formação de enfermeiras/os? Que valores circulavam no interior das instituições escolares e na actividade profissional? E o que se passou no caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco? É a estas questões que tentaremos dar resposta enquadrando-as com os estudos, a legislação e toda a documentação que conseguimos encontrar para o caso albicastrense que assumimos como exemplo.

A socialização dos indivíduos pode ser entendida como um processo dinâmico cujo objectivo principal passa pela apropriação de um conjunto de hábitos, normas, atitudes e valores, através da formação, que permitem a um determinado individuo identificar-se com os pares no interior de um grupo profissional⁷⁰¹. As normas, hábitos e valores encontram-se dependentes de algumas variáveis como o espaço e o tempo em que os indivíduos circulam, as estruturas de governo das instituições escolares ou os saberes e os códigos que procuram interiorizar. Essa interiorização encontra-se em conexão com a dimensão social na medida em que acontece por referência ao conjunto de “coleção de regras”⁷⁰² que interessa, neste caso, ao Estado transmitir através de dispositivos próprios e interiores das instituições formativas. Deste modo, de acordo com Claude Dubar podemos considerar que:

⁷⁰¹ Cf. RAMIÓ JOFRE, Anna (2005), *Valores y actitudes profesionales – Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.

⁷⁰² THÉVENOT, Laurent (1984), “Rules and Implements: Investment in forms”. *Social Science Information*, 23, 1, pp. 1 e 2.

“O processo individual de socialização não se desenvolve num vazio cultural: activa formas simbólicas e processos culturais (...) que fazem da socialização não só um aspecto do processo de desenvolvimento individual, mas também a pedra angular de todo o funcionamento social”⁷⁰³

Ao analisar a documentação recolhida, principalmente a partir da legislação e de fontes arquivísticas de natureza documental, percebemos que o processo de socialização das/os futuras/os enfermeiras/os pode ser interpretado como um processo interactivo duplo. O primeiro processo pode apelar-se de “organizacional”; o segundo de “axiológico”. Os dois processos, em articulação, ajudam a estruturar o conceito de socialização de acordo com o estudo que estamos a desenvolver.

Deste modo podemos considerar, segundo Ana da Costa e Silva, que existe uma relação de proximidade entre as dimensões organizacional e axiológica no desenvolvimento dos grupos e na constituição de uma consciência de grupo logo a partir das escolas de enfermagem. Esta autora refere mesmo que “a organização apresenta-se como um sistema cultural na medida em que, constituindo-se como uma estrutura de valores, de normas, de formas de pensar, orienta a conduta do indivíduos e procura responder aos seus apelos e desejos”⁷⁰⁴.

O processo de socialização organizacional é um processo associado às escolas de enfermagem. É no seu interior que inicialmente, e ao longo de todo o processo formativo, os diferentes actores se relacionam e respeitam as normas impostas pela organização, na dependência do Estado, nomeadamente os diferentes regulamentos institucionais. Trata-se de uma obediência hierárquica aos órgãos que assumiam o governo das instituições e respeito pelos códigos de conduta formativa e institucional moldados pelo Estado e objectivados nas estruturas escolares. O conhecimento dessas estruturas de governo e os papéis que desempenharam ao longo de um determinado período revelam-se de grande importância para uma compreensão global da enfermagem e dos indivíduos que compunham este universo académico e profissional contribuindo para uma definição identitária mais clara.

João Barroso salienta que no campo formativo os “modos de ensinar” e aprender e os “modos de organizar e gerir a escola” encontram eco no estudo das formas de

⁷⁰³ DUBAR, Claude (1997), *A Socialização – A Construção das Identidades Sociais e Profissionais*, Porto: Porto Editora, pp. 36.

⁷⁰⁴ SILVA, Ana Maria Carneiro da Costa e (2005), *Formação e Construção de Identidades – Um Estudo de Caso centrado numa equipa multidisciplinar*, Dissertação de doutoramento apresentada á Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia, Braga, pp. 190.

funcionamento das organizações⁷⁰⁵. Procuramos compreender os modos como se encontravam organizadas as escolas de enfermagem e saber quais eram as estruturas que definiam as orientações do quotidiano escolar das/os alunas/os. Do mesmo modo observamos algumas estruturas escolares – Lares de Alunas de Enfermeiras - que possibilitavam objectivamente uma maior socialização institucional e um entrosamento com os princípios axiológicos que circulavam no interior do grupo a partir da lógica formativa e organizacional.

O processo de socialização axiológica remete-nos para a dimensão da sociedade e dos valores que circulam no seu interior, tornando-se relevante compreender a sua entrada na rota das estruturas organizacionais, como as escolas de enfermagem, influenciadas pela dimensão Estatal que, por sua vez, se articula com os campos formativo e profissional. A coesão do grupo constrói-se através da definição de um conjunto de normas e valores que sustentam objectivos, causas e reivindicações comuns e que, por sua vez, ajudam a reforçar a identidade profissional daquela “comunidade” junto da Sociedade e do próprio Estado, na medida em que são valores geralmente aceites por todos. Estes valores não são elementos estáticos. Caracterizam-se pela sua dinâmica e pela variável espaço-tempo que os envolve no interior das escolas de enfermagem⁷⁰⁶.

António Nóvoa quando se refere à importância do estudo das dimensões éticas ou deontológicas dos grupos profissionais é claro ao defender que:

“O exercício de uma profissão depende de normas e comportamentos éticos que orientam a prática profissional e as relações entre os próprios praticantes, entre os últimos e os outros actores sociais. O código deontológico pode ser formal ou informal, porém é portador de valores de carácter ideológico ou moral, concebidos para defender e melhorar o status social e prestígio do grupo profissional. Tal como o conhecimento, a ética não é imutável; pelo contrário, encontra-se em constante mutação, acompanhando por um lado, a evolução do conhecimento e, por outro lado, as mudanças nas relações entre o grupo profissional e as classes sociais”⁷⁰⁷.

As normas e os valores constituem elementos centrais do ponto de vista da orientação dos indivíduos dentro e fora do âmbito escolar. Do mesmo modo, as estruturas organizacionais, como as escolas de enfermagem, permitem a circulação de

⁷⁰⁵ Cf. BARROSO, João (2003), “Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*, Vol. 1, Porto: Porto Editora, pp. 43.

⁷⁰⁶ RAMÍO JOFRE, Anna (2005), *Op. Cit*, pp. 191.

⁷⁰⁷ NÓVOA, António (1989), *Op. cit.* pp. 53 e 54.

determinados valores que se articulam com a ideia de pertença a um grupo profissional, depois da formação académica.

Em suma, propomos mostrar que as normas e os valores assumem um papel de destaque no processo de socialização e identificação das/os enfermeiras/os portuguesas/es. A construção de identidades, a partir das lógicas formativas, tem muito a ver com a disposição organizacional e axiológica dos futuros grupos profissionais.

1. A organização e gestão das escolas de enfermagem (1881-1988)

1.1. As estruturas administrativas e de gestão na primeira metade do século XX

Ao longo da primeira metade do século passado verificamos que as escolas de enfermagem surgiram umbilicalmente ligadas aos hospitais. As escolas funcionavam como mais uma dependência dos hospitais geridas, de igual forma, pelos administradores/directores hospitalares. Exemplos desta realidade que descrevemos foram as escolas dos Hospitais da Universidade de Coimbra (1920) e do Hospital Real de S. José⁷⁰⁸ (1901).

Relativamente ao último, pode ler-se nos *Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José* que a instituição “funcionará sob a direcção e a expensas da Administração do Hospital Real (...) nos edificios hospitalares a seu cargo”⁷⁰⁹. Em todas as matérias relacionadas com a escola de enfermagem era a administração do hospital que tomava decisões. O director desta escola era nomeado pela Direcção dos Hospitais Civis de Lisboa, de entre os directores de serviço desses hospitais⁷¹⁰.

Em 1920 o cenário, no caso de Coimbra, era idêntico. O *Regulamento da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra* (HUC) mostra a relação de proximidade entre a administração dos HUC e a escola. Lê-se neste documento que seria o director dos hospitais a presidir aos actos mais relevantes da escola. Estamos perante um modelo organizacional da assistência em Portugal que tomou como referência a instituição hospitalar. Deste modo considera-se que as escolas se encontravam na dependência dos serviços hospitalares dado que inicialmente a finalidade das escolas era:

⁷⁰⁸ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.* pp. 25 e seguintes.

⁷⁰⁹ *Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José*, D.G. nº 204, 12 de Setembro de 1901.

⁷¹⁰ Também existia um Secretário cujas funções eram exercidas por um professor, auxiliado por um enfermeiro com conhecimento de dactilografia (SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. cit.* pp. 38).

“(…) a habilitação de pessoal de enfermagem e, em especial, a dos indivíduos que desejem ingressar no quadro de enfermagem dos hospitais respectivos, para os quais o diploma do curso será condição expressa de provimento. (...) a escola é um serviço do Hospital, incluindo regras de admissão e promoção dos diplomados no quadro dos hospitais, e estabelecendo outras que sujeitam os alunos que frequentam a escola, fundamentalmente, às exigências do serviço hospitalar, secundarizando os interesses de aprendizagem tanto teórica como prática. As regras de funcionamento a que os alunos se devem conformar são o prolongamento da obediência hierárquica praticada nos serviços hospitalares”⁷¹¹.

Não obstante a subordinação das escolas de enfermagem às instituições hospitalares que se manteve, em linhas gerais, ao longo de toda a primeira metade do século XX, verificamos a existência de alguns avanços pedagógicos nas escolas de enfermagem. Na década de 20 em Coimbra, por exemplo, foi introduzido um novo órgão pedagógico: o Conselho Escolar. Este órgão, presidido pelo director dos hospitais, era constituído pelos professores da escola de enfermagem. Devia reunir regularmente no princípio e no final de cada um dos períodos em que se dividia o ano escolar e “sempre que a sua reunião seja convocada por determinação da direcção dos Hospitais ou por pedido de qualquer dos professores”⁷¹². A missão do Conselho Escolar era a de rever anualmente os programas do respectivo curso de enfermagem da instituição, a organização dos respectivos trabalhos, assim como “a distribuição de todos os serviços e trabalhos escolares e dos exames”⁷¹³. Para a concretização de tudo o que foi referido, o Conselho Escolar deveria reunir no princípio de cada ano e proceder à “conveniente distribuição” do trabalho pelos professores.

A relação “conflituosa” entre as administrações hospitalares e as escolas de enfermagem tende a terminar na década de 40 com o crescente interesse do Estado na regulação da enfermagem. O Estado promoveu, gradualmente, o afastamento das administrações hospitalares dos espaços formativos. Durante o Estado Novo assistimos à afirmação da autonomia destas instituições escolares, embora sob a dependência do Estado e especificamente do Ministério do Interior/Saúde e Assistência, e a alterações significativas no modo de funcionamento interno das Escolas de enfermagem, possibilitando a construção de uma nova concepção identitária, credenciada, na

⁷¹¹ SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.* pp. 37.

⁷¹² *Regulamento da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra*, D.G. nº 33, 16 de Setembro de 1920.

⁷¹³ *Idem.*

enfermagem portuguesa. Que órgãos de governo possuíam as Escolas de Enfermagem no Estado Novo e como se articulavam com a dimensão axiológica?

1.2. A gestão e administração das escolas de enfermagem no Estado Novo (até 1970): o Director e o Conselho Escolar.

A incursão do Estado na organização do ensino da enfermagem promoveu algumas alterações no quadro organizacional das escolas de enfermagem. Assistimos a uma gradual complexificação desta organização face ao que existia nas escolas até à década de 40 do século XX. De facto, as estruturas organizacionais como as escolas de enfermagem passaram a assumir-se, no interior do Estado Novo, como o contexto privilegiado de, por um lado, formação técnica e, por outro lado, de construção de um sistema de valores e de normas que permitiam dar substância a um grupo profissional em emergência construindo uma moral profissional a partir das organizações escolares e dos seus órgãos directivos que vigiavam os comportamentos e a conduta dos actores educativos. Esta articulação entre organização e sistema de valores encontra-se em permanente mutação, dependendo de variáveis como o espaço-tempo em que realizamos a análise. Como já referimos anteriormente, a organização constitui-se como um sistema cultural em articulação com sistemas normativos que deviam ser seguidos, nomeadamente, pelas/os alunas/os, desenvolvendo um conjunto de hábitos e comportamentos que permitem uma socialização efectiva daqueles elementos no futuro grupo profissional que vão representar e fazer parte. É neste sentido que Ana Costa e Silva refere que “a organização integra, também, um sistema simbólico que inclui mitos unificadores e ritos de iniciação, de passagem e de realização cuja função é sedimentar a acção dos seus membros e significar as suas práticas e a sua vida, mobilizando-os pelo orgulho do trabalho a realizar”⁷¹⁴.

Para ilustrar o que referimos anteriormente, tomamos como fontes os principais diplomas legislativos construídos pelo Estado Novo entre os anos 40 e 70 da centúria passada. Recorremos a regulamentos e estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco de modo a permitir objectivar melhor a recepção das orientações legislativas e a alguns testemunhos orais relacionados com a Escola de Enfermagem albacastrense.

A década de 40 trouxe um conjunto de novidades relacionadas com o ensino da enfermagem. Entre elas, realça-se a formalização do processo de credenciação dos

⁷¹⁴ SILVA, Ana Maria Carneiro da Costa e (2005), *Op. cit.* pp. 190 e seguintes.

enfermeiros portugueses (1942) e a reorganização do ensino da enfermagem (1947) introduzindo-se novos cursos com o objectivo principal de combater a falta de enfermeiras/os que existia em Portugal. Ismael Martins realça este facto quando refere o seguinte:

“A partir de 1940 começa a haver pelo Estado uma certa uniformização, uma certa exigência, nos júris, nos exames, nos conteúdos programáticos, nas durações mínimas de cursos, nos cursos em si, e mais concretamente em 1942 saiu um célebre primeiro decreto-lei no dia 31 Dezembro de 1942, se não estou em erro o decreto-lei nº 32612, que foi o primeiro a ter exigências para o exercício da enfermagem em Portugal e que proibiu prestadores de serviço de enfermagem que não tivessem certificados por uma escola, coisa que já Florence Nithingale quase um século antes tinha defendido. Todo aquele que queria ser enfermeiro tinha de passar por uma escola de enfermagem. Em Portugal só em 1942”⁷¹⁵.

Na sequência desta reforma (1947), foi constituída a Escola de Enfermagem de Castelo Branco de cariz particular (1948). Nos seus primeiros estatutos verificamos, tal como salientamos para o caso dos estatutos de 1920 da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra⁷¹⁶, a existência de apenas dois órgãos relacionados directamente com a administração da escola: o Director e o Conselho Escolar. Estes órgãos mantiveram-se com as mesmas funções até ao início da década de 70 (1973), momento em que se levou a efeito uma profunda reforma das estruturas de governo destas instituições decorrentes do processo de reforço identitário da enfermagem na sociedade portuguesa e no caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco decorrentes do processo de oficialização da própria escola.

O Director da escola albicastrense tinha como principais tarefas a orientação e fiscalização do ensino e, ainda, a direcção de todos os serviços que a escola oferecia aos seus alunos. Cabia-lhe também o dever de submeter ao Subsecretariado de Estado da Assistência Social, tutelado pelo Ministério do Interior⁷¹⁷, os regulamentos, os programas e “as instruções que julgarem necessárias e convenientes à eficiência do ensino e ao bom funcionamento dos serviços a seu cargo”⁷¹⁸, agindo na dependência do próprio Estado.

⁷¹⁵ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 13 e 14 (Anexos).

⁷¹⁶ Decreto nº 6: 493 de 16 de Setembro de 1920. Importa referir que nesta altura era o director dos hospitais que presidia ao Conselho Escolar. Este, por sua vez, era “constituído pelos professores da escola” e tinha como competência “a revisão anual dos programas do curso da Escola, a organização dos trabalhos e a distribuição de todos os serviços e trabalhos escolares e dos exames (...)”.

⁷¹⁷ A partir de 1958 é criado o Ministério da Saúde e da Assistência, passando a tutelar as escolas de enfermagem.

⁷¹⁸ Decreto-Lei nº 36219 de 10 de Abril de 1947 (art.42).

Além da importante missão de articular o quotidiano da instituição educativa com a atitude inspectiva e interventora do Estado, os directores deviam elaborar os planos de estudo dos cursos professados na escola, os programas dos exames, organizar os horários e distribuir o serviço pelos professores e monitores. No caso dos professores e monitores que regiam os cursos, o director devia submeter os seus nomes ao escrutínio do Ministério do Interior. Também cabia ao director, a contratação de professores e monitores, assim como o respectivo despedimento “quando não convenham ao serviço”⁷¹⁹. De acordo com Ismael Martins quem mandava na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, enquanto instituição particular, era o seu fundador, Dr. José Lopes Dias. A propósito do referido recorda um episódio:

“Eu saio de uma vigilância de estágio no velho hospital da misericórdia de Castelo Branco, que era junto à escola, para falar com ele, porque eu sabia as horas que ele ia mais ou menos à escola, e de alguma maneira questionei-o e procurei “encostá-lo à parede”: “Sr. Director eu não consigo dar conta de tantos estágios, temos de arranjar mais gente para a escola porque os alunos são muitos”...e ele como era muito inteligente e sabido nestas coisas, ele fumava, gostava de fumar, puxa por um maço de cigarros e diz-me assim: “Quer um cigarro Ismael?” eu disse: “Não, sr. Director, obrigado!”. E continuei a insistir na necessidade de mais pessoal. Ele volta outra vez: “Quer um cigarro Ismael?”...Eu comecei a pensar “mas porque é que está a insistir nisto se sabe que não fumo?”. E o Dr. Lopes Dias diz: “é que você está a pedir-me monitores e eu não os tenho para lhes dar, está a pedir-me ajudantes e não tenho, se quer um cigarro eu tenho para lhe dar se quer ajudantes eu não tenho”. Portanto, era ele que dispunha. Ele queria mas muitas vezes não podia”⁷²⁰.

O director era uma peça central na organização económica da instituição escolar. De acordo com a transcrição anterior um dos problemas da escola de Castelo Branco era a falta de recursos financeiros para contratar mais professores ou monitores. De facto, a entrevistada Maria Augusta Magalhães, aluna na escola de enfermagem na década de 50 e professora mais tarde, confirma esta dificuldade dado que a sentiu durante a sua presença na escola como aluna, nomeadamente durante os estágios. Ela refere: “não tínhamos ninguém a orientar-nos. Não havia orientadores, como agora se diz, para o estágio, não tínhamos absolutamente nada (...)”⁷²¹. Os alunos eram deixados à sua própria responsabilidade, partindo do princípio que quem conseguia aprender na escola também conseguiria aplicar na prática.

⁷¹⁹ AEECB – *Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1948).

⁷²⁰ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 11 (Anexos).

⁷²¹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 1 (Anexos).

No capítulo disciplinar, o director tinha um importante papel, devendo exercer a sua autoridade sobre os professores e monitores da escola, assim como sobre os alunos que deviam, obrigatoriamente, cumprir os regulamentos internos, aproximando-os daquilo que seria futuramente as regras a seguir em contexto de trabalho no seu futuro profissional.

Quanto aos alunos, a sua entrada na instituição era alvo do parecer favorável do director, a quem dirigiam o requerimento de admissão. O director podia recusar matrículas e cancelar inscrições quando achasse conveniente.

No início da década seguinte (1952), as competências do director da escola mantiveram-se praticamente as mesmas. Um novo diploma⁷²², introduziu apenas a indicação de que “a direcção deve ser exercida por indivíduo idóneo diplomado com curso superior, ou por monitora de reconhecida idoneidade”⁷²³, abrindo caminho para a afirmação da autonomia técnica e administrativa das escolas de enfermagem face às instituições hospitalares que havia de ser reconhecida, sem margem para dúvidas, no início da década de 70.

Por fim, o director tinha como tarefa, em ambos os diplomas (1947 e 1952), presidir ao Conselho Escolar que, por sua vez, deveria ser ouvido em aspectos como a organização dos planos de estudo, horários, entre outras questões relacionadas com a vivência do dia-a-dia na instituição. O director constituía um elemento moralizador de toda a instituição educativa a quem alunos, professores e funcionários deveriam mostrar respeito e obedecer.

As competências dos directores das escolas oficiais de enfermagem mantiveram-se as mesmas até ao início da década de 70, gravitando em torno de competências de natureza administrativa, científica, pedagógica e disciplinares. No caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco verificamos que as alterações mais significativas resultaram da sua oficialização em 1973⁷²⁴.

Quanto ao Conselho Escolar, órgão pedagógico que encontramos na legislação em 1920 na escola de Coimbra, continuará entre as décadas de 40 e 70 a estar presente nos órgãos das escolas de enfermagem. A Escola de Enfermagem de Castelo Branco, embora particular, não fugiu à regra. Este Conselho era composto por todos os professores e monitores da Escola.

⁷²² *Regulamento das Escolas de Enfermagem*, Decreto-lei nº 38885 de 28 de Agosto de 1952.

⁷²³ *Idem* (art. 6º).

⁷²⁴ Decreto-Lei nº 393/73.

Nos primeiros Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948), verificamos que competia ao Conselho Escolar elaborar pareceres sobre diversos assuntos que lhe fossem solicitados pelo director da escola. De acordo com os Estatutos da escola albacastrense, o Conselho Escolar devia reunir em plenário, ou por secções, correspondendo estas aos cursos em funcionamento na escola.

Relativamente aos alunos, era este órgão pedagógico que admitia, ou não, os discentes a exame final. Quanto à disciplina, o Conselho Escolar tinha um papel importante. Estava nas mãos dos elementos que o compunham a decisão de, em caso de necessidade, aplicar aos alunos a pena de expulsão.

O regulamento das Escolas de Enfermagem de 1952 promoveu uma definição maior das competências do Conselho Escolar. De acordo com o regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco cabia a este órgão a tarefa de estabelecer no início de cada ano escolar os métodos de trabalho e de execução dos planos de ensino. Competia-lhe coordenar o ensino, impondo uma reunião a meio de cada período, no sentido de averiguar o sucesso do processo de aprendizagem. Reunia no final de cada período lectivo com o objectivo de analisar a frequência às aulas e o comportamento dos alunos. Além da pena de expulsão⁷²⁵, continuou a caber ao Conselho Escolar dar parecer sobre todos os assuntos que o director solicitava.

Em suma, durante as primeiras duas décadas, da segunda metade de novecentos, os principais órgãos de decisão foram o Director e o Conselho Escolar. Não obstante, a responsabilidade pelo bom funcionamento das escolas cabia principalmente ao director. Era ele que actuava perante a tutela que controlava o ensino da enfermagem e a realidade institucional que dirigia. Do ponto de vista organizacional, as escolas de enfermagem criaram sistemas normativos e simbólicos controlados pelos seus directores e professores que cumpriam a missão de zelar pelo comportamento digno das/os suas/seus alunas/os. A figura do director era aquela que possuía maior capacidade directa para agir sobre problemas de ordem diversa, como por exemplo de natureza disciplinar. No fundo o que está em causa é a construção de uma consciência de grupo, que permite o reforço identitário da enfermagem, a partir de valores que circulavam dentro das instituições escolares, como a disciplina, a obediência hierárquica, as boas maneiras ou o valor da verdade, e que eram vigiados pelos professores e director das escolas. Em Castelo Branco José Lopes Dias assumiu o papel de director desde 1948 até

⁷²⁵ A atribuição da pena de expulsão era sempre da competência do plenário, não podendo as secções decidir autonomamente sobre estes assuntos.

1973 e a maioria dos alunos respeitava a figura do director pelo rigor, bom senso e responsabilidade que incutia a todos os actores educativos. Os entrevistados confirmam o respeito que os alunos reconheciam à figura do seu director José Lopes Dias. Maria Alice Barata Garcia, antiga aluna de José Lopes Dias, refere o seguinte:

“Gostei imenso do nosso director, o dr. Lopes Dias, acho que foi das pessoas que marcou muito, muito. Ele nos exames podia ralhar muito connosco, mas vê que nós fazíamos exames com júri, vinha de fora, que era uma escola particular, mas ele, quando alguém estava a brilhar via-se naquele homem uma satisfação, uma alegria, depois aquele abraço final parece que ainda o sinto. Foi uma pessoa que me marcou muito”⁷²⁶.

O director da escola era considerado como um elemento “primordial”, para usar as palavras de Maria Augusta Magalhães e tentava, dentro de muitas limitações e condicionantes, fazer o seu melhor em prol da sua escola, dos seus professores e dos seus alunos.

1.2.1. Os alunos, a disciplina e os regulamentos (até à década de 70).

Os documentos normativos das escolas de enfermagem, assim como a legislação que os enquadrava evidenciavam, além do funcionamento e dos modos de organização das instituições educativas, normas relacionadas com os seus alunos. O estatuto fundador da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948) remete-nos para o interior de dois níveis: o primeiro, dedicado ao regime de frequência; o segundo, para as penalidades a aplicar. Relativamente ao regime de frequência os estatutos referem que os alunos seriam alvo de reprovação caso o número de faltas justificadas fosse superior a um quinto das presenças obrigatórias. Quando as faltas não fossem justificadas, a reprovação acontecia se fossem em número superior aos das aulas semanais da disciplina, multiplicado por três⁷²⁷. Quando os alunos, por motivos de doença, tinham necessidade de faltar às aulas deviam participar o facto “à Secretaria da escola, até ao 3º dia de doença”⁷²⁸.

O *Regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1952) vem clarificar este assunto e fazer algumas alterações. Pode ler-se no documento o seguinte: “a direcção da escola pode relevar as faltas excedentes aquelas até 50% do seu total,

⁷²⁶ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp. 7 (Anexos).

⁷²⁷ AEECB – *Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1948).

⁷²⁸ Idem.

quando o aluno tiver bom aproveitamento e comportamento e as faltas tenham ocorrido por motivos excepcionais que as possa justificar”⁷²⁹. Apelava-se ao sentido de responsabilidade académica em relação ao regime de frequência, que mais tarde haveria de corresponder ao sentido de responsabilidade profissional que se caracterizava pela pontualidade horária.

Todas as faltas deviam ser justificadas por escrito no prazo máximo de dois dias após a falta ou após a cessação do impedimento. Os alunos que faltavam por motivos de doença prolongada “deverão apresentar na secretaria da escola a devida participação e atestado médico até ao fim do quinto dia de doença”⁷³⁰, podendo a escola “mandar verificar a doença pelo médico escolar”⁷³¹. Este regime de frequência manteve-se vigente até à década de 70 na escola de enfermagem albicastrense.

Quanto ao regime disciplinar, verificamos a existência de penalidades que iam de uma simples advertência até à expulsão definitiva de qualquer escola de enfermagem no país. Os alunos encontravam-se sujeitos ao poder disciplinar do director da escola, e do Conselho Escolar, podendo ser alvo de um determinado leque de penalidades consoante a gravidade da situação. Em 1948 verificamos que existiam, principalmente, quatro tipos de penas: a) Advertência; b) Repreensão registada; c) Suspensão até 30 dias; d) Expulsão. Estas penas tinham o objectivo concreto de promover o bom comportamento dentro e fora da escola na sequência do discurso moralizador que o próprio Estado Novo colocara a circular no interior da legislação reguladora do ensino da enfermagem. Além das penalidades a que os alunos estavam sujeitos, encontramos ainda uma outra regra. Os estatutos referem que os alunos eram obrigados a comparecer nos serviços escolares com o uniforme da escola, “feito de harmonia com modelo previamente aprovado”⁷³².

⁷²⁹ AEECB – *Regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1952).

⁷³⁰ *Idem*.

⁷³¹ *Idem*.

⁷³² AEECB – *Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1948).

Ilustração 8 – Professores e alunas/os do curso de enfermagem de Castelo Branco no ano de 1954⁷³³.



Fonte: Arquivo Pessoal de Luís Nuno Coelho Ferraz de Oliveira.

Quando analisamos o regulamento da escola de enfermagem albacastrense de 1952 percebemos que tudo se encontrava mais definido e objectivo no que respeita ao regime disciplinar dos alunos. As penas disciplinares aplicáveis aos discentes “por faltas praticadas durante os exercícios escolares ou fora deles” eram sete⁷³⁴:

- a) Admoestação;
- b) Ordem de saída da sala ou do estágio onde se realizam exercícios escolares;
- c) Repreensão dada pelo Director;
- d) Suspensão da frequência até oito dias;
- e) Exclusão da frequência da escola por período não superior a um ano;
- f) Expulsão da escola;
- g) Exclusão temporária ou definitiva da frequência de todas as escolas;

Este novo regime disciplinar envolvia, além dos alunos implicados, professores, monitores, o director da escola, o Conselho Escolar e o próprio Ministro do Interior. O regulamento é claro quanto às figuras escolares que podiam aplicar determinadas penas. Por exemplo, a admoestação (a) podia ser aplicada pelos professores e monitores dentro ou fora da aula ou do estágio e correspondia a uma infracção leve; a pena seguinte (b),

⁷³³ Nesta imagem podemos visualizar os professores Dr. Lopes Louro, o Dr. José Lopes Dias (director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco), o Dr. António de Oliveira Filho, a Assistente Social D. Maria Amélia e a Enfermeira Branca Souchet (Fotografia gentilmente cedida pelo professor doutor Luís Nuno Coelho Ferraz de Oliveira).

⁷³⁴ AEECB – *Regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1952).

podia ser aplicada por professores e monitores, apenas quando fosse indispensável, embora com a necessidade imediata de comunicar o sucedido ao director da escola; a repreensão dada pelo director (c) devia ser feita no seu gabinete, onde os alunos eram chamados, ou podia ser realizada perante os alunos da própria turma, salientando-se, neste caso, a questão do exemplo perante o outro; as penas de suspensão da frequência por pequenos ou grandes períodos até um ano, (d; e) eram aplicadas exclusivamente pelo director da escola, depois de ouvida a direcção da mesma; a expulsão da escola (f) era da competência do Conselho Escolar, funcionando este em plenário; por fim, a penalidade mais significativa era a exclusão de todas as escolas de enfermagem (g) que era da competência do Ministro do Interior, ouvida a Inspeção da Assistência Social.

Os regulamentos escolares, nomeadamente o exemplo albicastrense que estamos a seguir, pretendiam inculcar nos indivíduos uma lógica de obediência e disciplina que obrigasse a um bom comportamento moral dentro e fora da escola, pois caso contrário estavam sujeitos a um apertado conjunto de penalidades que podiam ir até à expulsão de todas as escolas de enfermagem do país. Algumas das penalidades que vigoraram até aos anos 70, na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, foram aplicadas algumas vezes. Os processos disciplinares que encontramos indiciam a sua execução. Aos alunos era exigido um “comportamento moral irrepreensível” no interior e no exterior do espaço escolar, misturando-se a sua formação académica com uma dimensão pública moralizadora que lhe estava associada e inculcada pelo próprio Estado.

Esta prática penalizadora do aluno tende a ser substituída, principalmente nas escolas oficiais, a partir do início da década de 70, quando se formaram comissões específicas de integração e acompanhamento dos públicos escolares. No caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco apenas acontecem modificações significativas, como já antecipamos, com a sua oficialização em 1973. Ismael Martins realça o seguinte sobre as relações entre os diferentes actores educativos, nomeadamente com os alunos, na Escola de Enfermagem de Castelo Branco:

“A nossa escola sempre se prezou por ter umas relações amigas e entre os alunos porque, inclusivamente, eu meu preocupava sempre na recepção dos alunos na escola. Na primeira aula que tinham, onde os alunos e os professores se apresentavam, eu dizia-lhes: “tudo aquilo que ides encontrar aqui na escola é vosso, é para vosso serviço e utilização com liberdade, não há salas fechadas, está tudo ao vosso dispor, tendes é que o respeitar como se fosse vosso porque a partir de agora sois todos irmãos uns dos outros, pertenceis todos à mesma família, tendes que respeitar o que há cá”. Isto

resultava, resultava bastante. Era logo este espírito de união, de família que se procurava introduzir”⁷³⁵.

De facto, a ideia da escola como uma família atravessa o nosso arco temporal (1948-1988). Esta realidade é confirmada pelos sujeitos entrevistados. Quer antigos professores ou alunos reconhecem a importância da proximidade que existia entre os professores e os alunos, com o devido respeito. Maria Augusta Magalhães refere o seguinte a propósito da união entre os professores:

“Era um ambiente quase como família, era como família. Um tinha uma dificuldade e o outro ajudava. Eu hoje precisava de ir aqui ou acolá, olha eu não posso dar hoje esta aula, vê lá se substituis por uma aula tua este horário...era realmente um ambiente muito bom. Havia muita união entre todos”⁷³⁶.

O mesmo acontecia na relação dos professores com os alunos reconhecendo estes que “nós vivemos aqui, mesmo como uma família”⁷³⁷. Esta ideia pode ser encontrada em todos os entrevistados, confirmando a existência de uma determinada cultura escolar que foi transmitida entre professores e alunos ao longo dos anos.

A união e a dignidade académica e profissional eram outros princípios relevantes que permitiam ao grupo em emergência ganhar maior consistência logo a partir das escolas de formação. No fundo, a disciplina, as relações entre os pares, as relações com os professores possibilitaram aos futuros enfermeiros a construção de uma consciência de grupo que ajudou a fundamentar a identidade profissional do grupo e a sua jurisdição académica e profissional e, por outro lado, permitiu uma transmissão de valores facilitada entre os mais velhos e os elementos mais novos.

1.2.2. O Lar de Alunas Enfermeiras: um dispositivo disciplinador

O ensino da enfermagem ao longo, principalmente, das décadas de 50 e 60 caracterizou-se por ser fechado, intenso⁷³⁸ e moralizador. Na verdade, as escolas de enfermagem dispunham de um conjunto de instrumentos que possibilitavam a promoção da disciplina e a vigilância dos comportamentos dentro e fora do espaço escolar.

⁷³⁵ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 9 (Anexos).

⁷³⁶ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 4 (Anexos).

⁷³⁷ Idem, pp. 5.

⁷³⁸ AMENDOEIRA, José (2006), op. cit, pp. 135 e segs.

Os Lares de Alunas Enfermeiras (LAE), destinados principalmente ao público feminino⁷³⁹, constituem a expressão mais visível da intensidade da frequência de uma escola de enfermagem e, principalmente, da disciplina exigida às alunas enfermeiras. Este espaço de socialização pretendia preparar as alunas enfermeiras para obedecer aos seus superiores hierárquicos (também ao Estado) logo a partir do momento de entrada na escola e na sua residência escolar apostando-se, assim, numa formação integral das alunas⁷⁴⁰. Isto é uma formação escolar, moral e social.

Consideramos que além de cumprir as funções de habitação para as alunas que eram provenientes de locais mais longínquos ou que tinham menores possibilidades económicas, o LAE servia para moralizar a enfermagem criando uma cultura própria relacionada com a obediência e disciplina sobretudo ao longo do Estado Novo.

De acordo com José Amendoeira “a filosofia apontada, assentava na formação do carácter moral das verdadeiras profissionais pelo conhecimento do bem e do mal e daquilo que lhes era pedido e aconselhado a cumprir na vida moral das futuras profissionais e de mulheres dignas desse nome (...)”⁷⁴¹.

André Petitat refere-se à existência de um espaço comunitário “na lógica de uma grande família”⁷⁴² onde não existem fronteiras entre a dimensão pública e a vida privada das alunas. Neste sentido, Maria Isabel Soares defende o seguinte:

“Os Lares de alunas não eram apenas habitação. Pretendia-se que fossem locais de formação moral e profissional, proporcionando às residentes uma vida de comunidade familiar. O viver comum facilita a formação e a vigilância e a oportunidade para desenvolver ou adquirir as qualidades indispensáveis à profissão”⁷⁴³.

No caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco também se manifestaram estes sentimentos de união, ou comunidade de afectos profissionais. Refere Ismael Martins o seguinte:

“A Escola foi sempre uma família, foi sempre uma grande família alargada, de tal maneira que em cada ano que acabavam um curso nós dizíamos que a família crescia.

⁷³⁹ Segundo José Amendoeira em Coimbra também existiu um Lar Masculino, ainda que com uma curta duração.

⁷⁴⁰ Podemos falar de uma triangulação da formação das alunas enfermeiras: Escola (local de aprendizagem teórico-prática), Hospital (local de formação prática) e Lar de Alunas Enfermeiras (formação socioprofissional e elo entre a esfera privada e a dimensão pública).

⁷⁴¹ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.*, pp. 136.

⁷⁴² PETITAT, André (1989), *Les Infermières*, pp. 276.

⁷⁴³ SOARES, Maria Isabel (1997), *Da blusa de brim à touca branca – Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa, pp. 48.

Era tão vincado este sentimento familiar e amigo que quando o Instituto Politécnico de Castelo Branco começou a implantar-se na cidade, o Dr. Virgílio de Andrade, por convite meu, veio assistir a uma festa de finalistas e ficou abismado e disse-me: “Quando é que eu hei-de conseguir ter uma relação tão familiar como você tem na sua Escola?”⁷⁴⁴.

Desde o começo da década de 40 que assistimos a movimentações políticas no sentido de implementar o regime de internato na formação de enfermeiras em Portugal. Lucília Escobar refere que “a preferência de admissão de elementos femininos é acompanhada pelo estabelecimento do regime de internato para estudantes de enfermagem”⁷⁴⁵. A entrada nos LAE só era permitida a quem apresentasse uma boa conduta moral e um comportamento aceitável para a época e “eram também dispensadas ou excluídas do regime de internato completo as alunas cuja presença pudesse constituir «má influência» do ponto de vista da política e moralidade da época”⁷⁴⁶.

José Amendoeira concluiu que este tipo de instituição desenvolvia a lógica tradicional da divisão entre o masculino e o feminino, onde a mulher ficava votada (de maneira predominante) ao espaço privado (doméstico e lugar de reprodução), perpetuando-se a lógica da economia dos bens simbólicos⁷⁴⁷. Os LAE eram dispositivos disciplinares dos comportamentos e mecanismos de “vigilância permanente deixando muito pequenas margens de liberdade”⁷⁴⁸.

No interior dos LAE existiam regulamentos que submetiam a vontade das alunas que os frequentavam. A cúpula da cadeia de obediência caracterizava-se pela «matron»⁷⁴⁹ ou pela enfermeira-geral que as acompanhava na residência. Segundo Lucília Escobar “era assim que os lares colaboravam para que as alunas adquirissem «as qualidades indispensáveis à profissão» e para que pudessem aceitar, de bom grado, uma passagem da esfera privada para a esfera pública com ganhos económicos mínimos”⁷⁵⁰, promovendo a ideia do *dever* moral de ajudar “caridosamente” o outro, que se impunha largamente no Estado Novo.

O quotidiano nas residências era regulamentado ao pormenor. As alunas deviam respeitar estas normas e obedecer às enfermeiras que estivessem de serviço. Estamos

⁷⁴⁴ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 9 (Anexos).

⁷⁴⁵ ESCOBAR, Lucília (2004), *Op. Cit.*, pp. 73.

⁷⁴⁶ *Idem*, pp. 75.

⁷⁴⁷ AMENDOEIRA, José (2006), *Uma biografia partilhada da enfermagem – a segunda metade do século XX*, Coimbra: Formasau, pp. 136.

⁷⁴⁸ ESCOBAR, Lucília (2004), *Op. Cit.*, pp. 75.

⁷⁴⁹ Na perspectiva do sistema de Florence Nightingale.

⁷⁵⁰ ESCOBAR, Lucília (2004), *Op. Cit.*, pp. 73.

perante uma instituição que seguia de perto o modelo conventual das ordens religiosas e portanto um modelo axiológico inspirado no Cristianismo. Estas orientações mantiveram-se em muitos casos até à Revolução do 25 de Abril de 1974. A partir desse momento passou a ser possível encontrar residências diferentes das anteriores, nomeadamente a possibilidade de encontrar um regime misto de frequência.

Os LAE constituíram um importante instrumento facilitador da disciplina e da obediência das enfermeiras portuguesas, introduzido pelo Estado Novo. No entanto realçamos o seu papel socializador, do ponto de vista institucional e axiológico, permitindo conjuntamente a apropriação de regras num espaço “privado”, institucional, adequadas ao desempenho “profissional” e funcionando como que prolongamento da escola e das regras a seguir nos futuros contextos de trabalho. As principais características presentes no interior destas instituições são a obediência, a disciplina, e um conjunto de princípios de natureza moral de inspiração cristã que contribuíram para a definição desta actividade como uma ocupação com uma moral profissional dedicada ao público com o interesse económico mínimo, tal como preconizava a lógica minimalista do Estado face a esta actividade profissional e à ausência de apoios para a construção de Lares, nomeadamente nas escolas particulares, como aconteceu com a Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

1.2.2.1. O Lar de Alunas Enfermeiras de Castelo Branco

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco foi fundada em 1948 e, pouco tempo depois, encontramos registos relacionados com a necessidade de possuir um LAE. Porém, o regime de internato exigia um esforço complementar das escolas de enfermagem, sobretudo a nível financeiro, para a sua construção. Não obstante, a escola de Castelo Branco também teve o seu LAE embora em condições difíceis dado que o edifício não pertencia à escola.

A Escola de Enfermagem albicastrense remediou a situação alugando um prédio que se encontrava no centro histórico da cidade. O seu director/fundador (José Lopes Dias) teve sempre como objectivo construir um LAE de raiz com todas as condições

necessárias às alunas. O primeiro regulamento do LAE de Castelo Branco⁷⁵¹ foi “aprovado oficialmente em 17 de Janeiro de 1953”⁷⁵².

As condições do espaço não eram as melhores e, neste sentido, em 1959 o director da escola enviou uma carta ao Inspector-Chefe da Assistência Social, solicitando apoio de modo a resolver-se tamanho problema:

“(…) o Lar de alunas enfermeiras acha-se desprovido de suficiente conforto e comodidades, além de jamais ter sido amparado com qualquer subsídio, para alívio dos encargos de sustentação das alunas pobres. A este respeito, tenho proposto por diversas vezes, sem êxito, até hoje, que lhe sejam concedidos subsídios de funcionamento na mesma base em que são ordinariamente autorizados a outros lares”⁷⁵³.

Encontramos estas queixas variadíssimas vezes na documentação que recolhemos e analisamos⁷⁵⁴. José Lopes Dias procurou soluções e fez valer o seu prestígio e contactos pessoais junto do poder político no sentido de construir o LAE no piso superior do edifício da escola⁷⁵⁵. Apostava-se na diluição das fronteiras entre a vida privada das alunas e a escola onde se preparava o seu futuro profissional cruzando-se, habilmente, as questões académicas e morais, procedendo-se a uma socialização de natureza institucional, onde não havia diferenças entre o espaço privado e o espaço público.

⁷⁵¹ Apesar de procurar que efectuamos não conseguimos encontrar qualquer Regulamento do Lar de Alunas Enfermeiras de Castelo Branco.

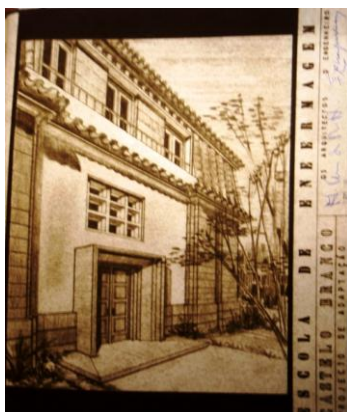
⁷⁵² AEECB – Correspondência Expedida – Apontamento sobre a Escola de Enfermagem de Castelo Branco de 08 de Junho de 1963. O LAE encontrava-se em casas alugadas pela cidade, como já dissemos.

⁷⁵³ AEECB – Correspondência Expedida – Ofício enviado ao Inspector-chefe da Assistência Social a 07 de Janeiro de 1959. Referia-se ao facto da escola de enfermagem ser particular.

⁷⁵⁴ Cf. AEECB – Correspondência Expedida – Ofício enviado ao Inspector-chefe da Assistência Social a 17 de Fevereiro de 1959.

⁷⁵⁵ Sobre a influência e o prestígio de José Lopes Dias deve ler-se DIAS, Manuel Lopes (2009), “José Lopes Dias: Um testemunho” in HENRIQUES, Helder Manuel Guerra (Org.), *Penamacor – 800 Anos de História*, Edição da Câmara Municipal de Penamacor, pp. 253-257.

Ilustração 9 – Projecto de adaptação da fachada principal da Escola de Enfermagem de Castelo Branco



Fonte: AEECB – Processo arquitectónico de adaptação do edifício da Escola da Enfermagem, final da década de 50.

Esta solução foi apresentada à Comissão de Construções Hospitalares, ao Ministro das Obras Públicas e ao Ministro da Saúde e Assistência. Nessa exposição podemos verificar quais eram as vantagens da construção de um LAE em Castelo Branco:

“Já na ocasião [em 1958 quando foi autorizada a construção/adaptação do edifício da Escola] se apresentava ao Conselho Escolar a necessidade bem explícita de se articular um “**Lar de Alunas Enfermeiras**”, como existe em todas as escolas de enfermagem portuguesas, complemento indispensável na formação moral, profissional e técnica das futuras enfermeiras, mas tal aspiração de nenhum modo se tornou possível equacionar pela absoluta carência de meios ao nosso dispor”⁷⁵⁶.

José Lopes Dias considerava que o objectivo formador da escola só estaria completo com a execução de um LAE que permitiria apostar na moral e no desenvolvimento de um espírito profissional e técnico capaz de permitir o ensino de enfermagem eficaz de acordo com os princípios da época.

Depois de enviar um conjunto de pedidos às autoridades, para apreciar a resolução deste problema, estas pediram-lhe que mandasse elaborar um projecto onde pudessem verificar a planta do piso a que corresponderia o Lar (ver a planta nas páginas seguintes).

Para o efeito, foi encomendado um projecto de construção⁷⁵⁷ que passava, como avançamos atrás, por aumentar um piso ao edifício da escola onde, desde princípio da

⁷⁵⁶ AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao Sr. Ministro das Obras Públicas a 09 de Dezembro de 1959.

⁷⁵⁷ A memória descritiva deste projecto encontra-se em anexo a este trabalho.

década de 60⁷⁵⁸, foi leccionado o curso de enfermagem e de auxiliares. Nesse edifício leccionaram-se cursos (incluindo o de enfermagem) até ao ano lectivo de 2007/2008. José Lopes Dias encarregou o Arquitecto Terra da Mota e o Engenheiro Marques da Maia da sua elaboração. Esta obra, com a construção de um 3º piso, que corresponderia ao Lar, foi orçada inicialmente em 720 contos.

Para tentar acelerar e facilitar o processo, solicitou um subsídio à Fundação Calouste Gulbenkian, cujo presidente na época era o Dr. José Azeredo Perdigão:

“Em 8 de Maio de 1959, endereçou o Conselho Escolar uma petição a V. Ex.^a. para que a Fundação Calouste Gulbenkian se dignasse dotar o Lar de Alunas Enfermeiras mediante a construção de um andar sobrejacente ao edifício, em construção, da Escola de Enfermagem, assegurada pelas participações oficiais e os nossos recursos. Foi-nos posteriormente dado conhecimento da concessão dum subsidio de 350 contos, que imensamente nos penhorou, e que agradecemos (...), o qual cobria 50% dos encargos previstos, quantia importante e substancial, para nos abalançarmos à elaboração do projecto e dirigirmos a Sua Ex.^a o Senhor Ministro da Obras Públicas o pedido de participação oficial dos restantes 50%”⁷⁵⁹.

A Fundação Calouste Gulbenkian autorizou um subsídio que cobria metade dos custos da obra. No entanto, o Ministério das Obras Públicas negava o restante financiamento, o que acabou por levar à perda do subsídio atribuído pela fundação. O argumento que foi utilizado, para a negação do subsídio, foi o de que o Lar projectado acolhia, no máximo, 60 alunas, para um público que se previa de cerca de 120. Além disso, o Ministério informou “(...) que se encontra[vam] por agora totalmente absorvidas as disponibilidades da respectiva dotação”⁷⁶⁰.

Por sua vez, o director da escola defendia que este era o número de alunas que correspondia às candidatas provenientes de fora da cidade e que tinham de residir na instituição pois “normalmente metade das candidatas são naturais desta cidade e nela residentes, nos seus lares de família”⁷⁶¹.

Apesar dos entraves constantes do governo ao projecto, a Fundação Calouste Gulbenkian descreveu-o da seguinte forma:

⁷⁵⁸ Escola de Enfermagem que até aí se encontrava a funcionar no Dispensário de Puericultora Dr. Alfredo da Mota, também dirigido pelo Dr. José Lopes Dias.

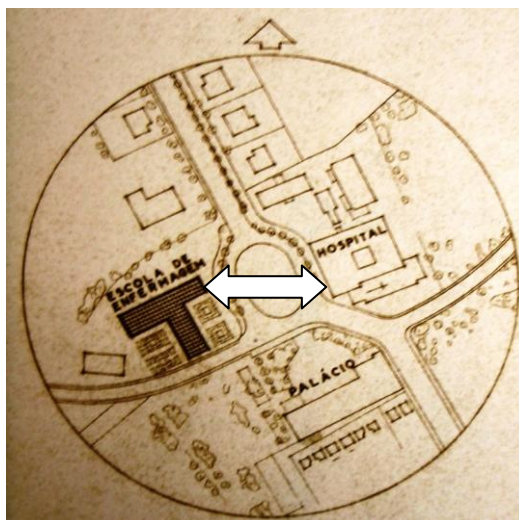
⁷⁵⁹ AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao presidente da Fundação Calouste Gulbenkian – Dr. José de Azeredo Perdigão, a 29 de Julho de 1960.

⁷⁶⁰ AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao Ministro da Saúde e da Assistência a 10 de 27 de Outubro de 1960.

⁷⁶¹ AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao administrador da Fundação Calouste Gulbenkian a 10 de Dezembro de 1959.

“Segundo o nosso próprio critério, o projecto parece satisfazer ao que dele se podia esperar, na graciosidade e elegância dos alçados, na tradicional simplicidade da cobertura dos andares subjacentes, assim como internamente, no desafogo e na higiene dos compartimentos, oferecendo no seu conjunto apreciável vizinhança aos palácios fronteiros, do Paço do Bispo e da Misericórdia”⁷⁶².

Ilustração 10 – A localização da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (note-se a proximidade do LAE e da Escola com o Hospital da Misericórdia)



Fonte: AEECB – Planta de localização, Processo arquitectónico de adaptação do edifício da Escola da Enfermagem, final da década de 50.

Importa referir que, apesar da impossibilidade financeira de se avançar com este projecto no final da década de 50, e ao longo da década seguinte, o director manteve-se sempre empenhado na tentativa de construí-lo até ao momento em que abandonou a direcção⁷⁶³.

⁷⁶² Idem.

⁷⁶³ Por exemplo, em 1968 em resposta ao Director-geral dos Hospitais onde perguntava sobre as obras em execução incluídas no III Plano de Fomento, José Lopes Dias escreve o seguinte: “Em consideração do ofício de V. Ex^a. cumpre-me esclarecer que nenhum empreendimento temos em marcha, respeitante à execução do III Plano de Fomento, mas não deixo de informar V. Ex^a. que esta Escola de Enfermagem tem a aspiração de edificar um Lar de Alunas Enfermeiras, mediante um andar sobrejacente ao das suas instalações. Para tal efeito, dispomos do projecto e dos estudos convenientes, assim como do respectivo orçamento, que atinge uma verba aproximada de 1200 contos, ao qual desejamos dar andamento, desde que V. Ex^a. Se digne informar-nos na disposição de lhe conceder o seu alto patrocínio. Esta aspiração deve considerar-se o complemento indispensável das instalações da Escola, com vista ao seu maior e melhor rendimento futuro”⁷⁶³. (AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao Director-geral dos Hospitais a 21 de Outubro de 1968).

No mesmo sentido, em 1969, o director da escola de enfermagem refere-se amplamente às fracas condições do Lar:

“Se as instalações escolares propriamente ditas merecem considerar-se funcionalmente adequadas à sua missão, com boas salas de aula, gabinetes técnicos, biblioteca (em adiantado estado de organização), serviços gerais de administração e secretaria, lavabos e sanitários, desafogo de corredores e de ambiente, para o teor da sua frequência normal, da ordem da centena a centena e meia de alunas, já o mesmo não sucede com as deficiências do Lar que se tem procurado corrigir na possível medida, mas sem êxito satisfatório. Ao passo que as instalações escolares se vão aperfeiçoando na medida do acréscimo da frequência, persiste a insolúvel situação do Lar, instalado mediocrementemente em casas de aluguer, sem

As realidades que acabamos de apresentar evidenciam as dificuldades de afirmação da enfermagem em Portugal. Por um lado, o Estado promovia na legislação a constituição de lares e o regime de internato pelo facto de ser moralmente vantajoso para a sua formação, efectivando esta política sobretudo nas escolas oficiais; por outro lado, encontramos um conjunto de dificuldades associadas ao caso albicastrense que teve de recorrer a casas alugadas, sem condições, para acolher as suas alunas. Parece existir um desinteresse por parte do Estado em investir na melhoria das instalações das escolas de enfermagem particulares, do interior, como é o caso do LAE de Castelo Branco. Apesar dos esforços levados a cabo pelo fundador da escola, Dr. José Lopes Dias, e de ter conseguido um subsídio que financiava metade do valor total da obra, através da Fundação Calouste Gulbenkian, não conseguiu passar à prática a construção do LAE porque o Estado não acreditou, desde muito cedo, no valor desta escola de enfermagem. Aliás, esta escola foi várias vezes confrontada pelo Subsecretariado da Assistência (Ministério do Interior), no início da década de 50, devido à frequência das/os poucas/os alunas/os que ali aprendiam a ser enfermeiras/os. Para o Estado este motivo poderia tornar o futuro da escola pouco viável colocando em causa a sua continuidade, algo que não se veio a verificar. Também devemos salientar que o edifício principal da escola de enfermagem só foi muito tardiamente concluído e inaugurado (1963), já a escola tinha cerca de 15 anos de actividade no Dispensário de Puericultura Dr. Alfredo da Mota.

Embora as dificuldades estivessem muito presentes na tentativa de construir um novo LAE as alunas não deixaram de ter onde ficar, mesmo que as condições não fossem as melhores. As casas alugadas, como já dissemos, situavam-se no centro histórico da cidade de Castelo Branco. Todavia levanta-se uma outra questão: como era a vida e quotidiano do LAE de Castelo Branco? Para tentar responder a esta questão fomos ao encontro (difícil) de uma das alunas que frequentou o LAE no final da década de 60 da centúria passada. Maria Alice Barata Garcia frequentou o Lar durante um ano. Mostrou alguma relutância quando se tocou neste assunto à entrevistada porque, segundo ela, não a marcou muito. Porém, recorda-se bastante bem da organização do

dimensão nem condições essenciais à obra paraescolar da instalação e da vivência das alunas. Assim, a obra está incompleta, sem unidade formativa e social, apesar dos seus objectivos de incontestado alcance regional e mesmo nacional. As dificuldades logísticas, cada vez maiores, e o custo vertiginosamente crescente de mão-de-obra e de materiais de construção preconizam uma solução urgente (...)»⁷⁶³. (AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao Director-geral dos Hospitais a 12 de Fevereiro de 1969).

LAE. Este organizava-se em torno de três figuras principais: a encarregada geral, a encarregada de trabalhos e as empregadas. Esta antiga aluna utiliza as seguintes palavras para caracterizar o funcionamento do LAE:

“Havia a responsável do lar que não fazia nada, andava só a vigiar, essa tinha mesmo papel de polícia. Depois havia uma outra senhora encarregada que também vigiava, mas mandava nas empregadas. E depois havia as empregadas. Portanto havia assim uma senhora que nada fazia, que só vigiava, ou quando chegavam as professoras tocava a campainha para chamar a outra senhora e vinha a empregada”⁷⁶⁴.

Esta transcrição é bastante clarificadora em relação à existência de uma hierarquia definida no interior do LAE albicastrense. Os professores da escola de enfermagem frequentavam muito o LAE e iam almoçar muitas vezes ao edifício onde existia uma cantina. A entrevistada refere o seguinte:

“Mas sei que os professores iam lá a comer. Quando havia alguma coisa, ou porque havia mais barulho ou não sei quê, lembro-me que a Amélia Cêpa ia lá fazer reuniões e ralhar quando alguém se portava mal ou havia queixas. Portanto a responsável. Ela ia lá muitas vezes almoçar, e a almoçar iam muitas, ela ia quase sempre, ela e a Maria Augusta, também iam almoçar. Tinham lá a mesinha à parte, mas sempre ali no controlo, nós estávamos sempre controladas. Nas entradas e nas saídas também havia um controlo apertado. Eu não sei se era às 11 ou meia-noite que fechava o lar, mas julgo que era às 11h, mas já não tenho a certeza”⁷⁶⁵.

A ideia de obediência e de disciplina encontra-se presente nesta transcrição e na vivência das alunas do LAE. Além dos elementos que trabalhavam no LAE, eram ainda vigiados e controlados pela presença dos professores da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Por outro lado, as alunas que ali se encontravam deviam cumprir escrupulosamente as regras apertadas de funcionamento da instituição, nomeadamente as horas de entrada e saída do LAE. A existência de um livro de entradas e saídas, sobretudo ao fim de semana, era um importante instrumento de controlo das alunas que o LAE possuía.

Todo o ambiente era marcado por uma certa rigidez e disciplina, havendo mesmo regras para quando se necessitava de lavar a roupa ou estendê-la. Havia uma articulação de proximidade entre o LAE e a Escola dado que “na escola sabia-se tudo o que se passava no lar”⁷⁶⁶.

⁷⁶⁴ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp. 11 (Anexos).

⁷⁶⁵ Idem, pp. 11.

⁷⁶⁶ Idem, pp.11.

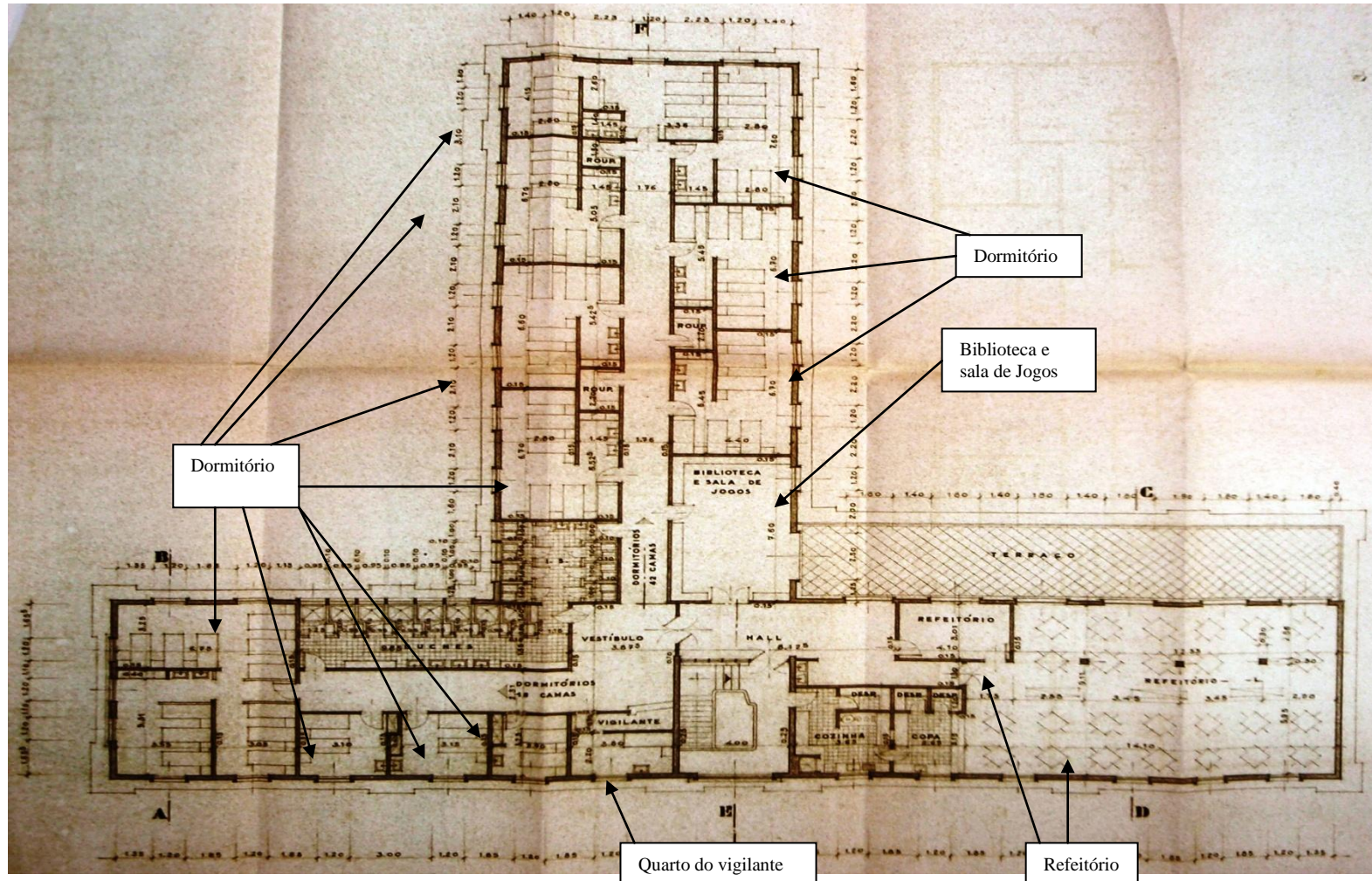
O LAE era frequentado maioritariamente por gente que vinha de fora estudar em Castelo Branco, mesmo assim, segundo Maria Alice Barata Garcia aquilo que mais recorda da sua vivência no LAE é a amizade que manteve com as pessoas com que viveu no mesmo quarto.

A construção de um LAE de raiz, por cima do piso da escola, era o grande projecto de José Lopes Dias. Não viria a conseguir alcançá-lo por falta de verbas por parte do Estado. A obra que ele desejava “total” não chegou a ser começada.

Estes argumentos permitem mostrar que os esforços do director e a crença que possuía na utilidade desta escola para a região, não eram correspondidos com o mesmo entendimento por parte do Estado. Estamos perante um processo que dificultou a afirmação de um ideal de enfermagem moral proposto pelo Estado Novo, com consequência para o cumprimento daquilo que do ponto de vista legislativo se pretendia para o enfermeiro daquela época. O director da escola considerava que sem a edificação do LAE a obra total (Escola e LAE) encontrava-se incompleta dado que não oferecia a desejada unidade formativa e social, além das vantagens morais preconizadas na legislação pelo Estado Novo.

Ilustração 11 – A planta do 3º piso da Escola de Enfermagem. Espaço projectado para o Lar de Alunas Enfermeiras que não chegou a ser construído (AEECB).

Podemos verificar que esta planta funciona como dispositivo panóptico para melhor controlar os comportamentos das alunas e conseqüentemente discipliná-las através da vigilância. Estrategicamente o quarto do vigilante fica junto ao único local de passagem para o piso inferior e tem visibilidade para os dois corredores onde se situam os quartos.



1.3. As alterações organizacionais na primeira metade da década de 70

O caminho que percorremos até aqui mostra que o Director e o Conselho Escolar geriam todos os aspectos relacionados com as instituições de formação de enfermeiras/os submetendo o quotidiano institucional à aprovação da tutela (Ministério do Interior e, a partir de 1958, Ministério da Saúde e Assistência). Por sua vez, aos alunos impunham-se modos de estar dentro e fora da escola, como que preparando-os para a vida em contexto de trabalho, através dos diferentes regulamentos internos. Até final da década de 60, construiu-se uma cultura organizacional com especificidades próprias que haviam de manifestar-se na futura profissão, nomeadamente a questão da disciplina e da obediência.

Dos alvares da década de 70 até à revolução de 25 de Abril de 1974, as escolas de enfermagem oficiais alteraram substancialmente o modo de funcionamento interno⁷⁶⁷, atribuindo novas competências a órgãos que entretanto surgiram. Para esta modificação contribuiu a publicação da Portaria nº 34/70. No preâmbulo da Portaria nº 34 de 14 de Janeiro de 1970, reconhecia-se favoravelmente o caminho que tinha sido percorrido no ensino da enfermagem desde 1947. Referia-se porém que havia que “reconhecer existirem dois motivos fortes a impedirem a evolução ainda mais rápida”⁷⁶⁸ da enfermagem portuguesa. Por um lado, salientava-se a baixa escolaridade obrigatória e, por outro lado, a necessidade de satisfazer as exigências dos próprios serviços.

No primeiro caso, estavam a dar-se os passos necessários ao aumento da escolaridade obrigatória nomeadamente da instrução primária para seis anos. Este aumento, teve reflexos no número de alunos que procuravam o curso de auxiliares de enfermagem. No segundo caso, trabalhou-se no sentido de aumentar substancialmente os efectivos da profissão tornando-a mais atractiva. O Estado Novo defendia que estas modificações “só atinge[m] o verdadeiro significado se for[em] acompanhada[s] de uma revisão paralela do próprio funcionamento das escolas”⁷⁶⁹. Neste sentido, preparou-se um regulamento geral para as escolas de enfermagem oficiais “substituindo os privativos de cada escola”⁷⁷⁰. Deu-se sequência a uma reorganização do funcionamento das instituições de formação de enfermeiras/os, em Portugal, que havia de colocar em

⁷⁶⁷ Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro de 1970.

⁷⁶⁸ Idem.

⁷⁶⁹ Idem.

⁷⁷⁰ Idem.

causa “princípios tradicionais, situações estabelecidas, ideias que se supunham imutáveis”⁷⁷¹.

De acordo com o referido, começou por afirmar a plena autonomia técnica e administrativa das escolas de enfermagem, assim como a “vocação nacional” das mesmas. Outro aspecto defendido nesta portaria prende-se com a possibilidade de “todas as entidades interessadas nas escolas intervirem no funcionamento e administração destas”, havendo necessidade de distinguir entre a direcção técnica do ensino, e, num sentido mais amplo, a administração de toda a escola. A participação devia incluir desde representantes municipais, como presidentes de Câmara, até aos próprios estudantes.

Uma das preocupações maiores deste diploma passava, principalmente, pelo processo de selecção dos alunos e pela sua integração escolar. Foram chamados às escolas psicólogos e pedagogos que haviam de tomar para si a “melindrosa tarefa” relacionada com a selecção dos candidatos à profissão. Transformaram-se as penas disciplinares em “normas explícitas e concretas quanto às exigências profissionais, espécie de código deontológico, e procura[va]-se desenvolver o sentido de auto-responsabilidade em cada aluno, considerado não apenas como aluno mas como futuro profissional”⁷⁷².

Através deste processo de responsabilização do aluno pela sua formação “a decisão sobre faltas a essas normas ter[ia] assim, o significado de juízo sobre a sua faculdade de adaptação à escola, e, conseqüentemente à profissão”⁷⁷³. Segundo o texto legal, passava a confiar-se “mais nas escolas e nos serviços do que na pormenorização legislativa” atribuindo, desta forma, uma responsabilidade acrescida também às escolas na formação das/os suas/seus alunas/os⁷⁷⁴.

O Regulamento de 1970 assumia três aspectos principais: o ensino da enfermagem, o aperfeiçoamento e a investigação na área e o trabalho coordenado com todos os estabelecimentos, serviços e instituições no interesse da saúde e assistência (art^a 2^o). A melhoria da condição profissional, da responsabilização das escolas de enfermagem e dos seus alunos “testemunha o crescimento da enfermagem enquanto disciplina e enquanto profissão, bem como o envolvimento das escolas neste

⁷⁷¹ Idem.

⁷⁷² Idem.

⁷⁷³ Idem.

⁷⁷⁴ De acordo com a Portaria n^o 34/70 de 14 de Janeiro, foram revogadas as Portarias n^o 14416, 14482 e 18247, respectivamente de 9 de Junho de 1953, 03 de Agosto de 1953 e 4 de Fevereiro de 1961.

processo”⁷⁷⁵. Na sequência destas ideias, constituíram-se um conjunto de órgãos com o objectivo de responder às novas exigências da profissão⁷⁷⁶. Estas alterações organizacionais foram acompanhadas pela introdução de novos princípios axiológicos que passaram a caracterizar as instituições oficiais. Existiu um interesse maior pelo próprio aluno e pelo seu processo de ensino/aprendizagem.

No caso de Castelo Branco só mais tarde existiram alterações significativas. Em 1970 a escola era ainda particular e regia-se pelos mesmos princípios organizacionais e axiológicos dos anos 50. Neste sentido, a Escola de Enfermagem de Castelo Branco passou um pouco ao lado deste diploma no que diz respeito à organização interna da própria instituição. A Escola nesta data era ainda particular e a organização interna continuava a basear-se na figura do director José Lopes Dias e do Conselho Escolar composto pelos professores. Por exemplo, em Dezembro de 1972 (ano lectivo de 1973) encontramos nos livros de actas a figura do director e do Conselho Escolar. O director continuava a ser o fundador da instituição, José Lopes Dias. O Conselho Escolar era composto pelos seguintes professores, além do director: Dr. António José de Mendonça Pires Antunes; Cónego Anacleto Pires da Silva Martins; Enfermeira Maria Branca Lamarchand Souchet; Enfermeiro Leonel Pires de Paula e a Secretária Maria Amélia Marques⁷⁷⁷, entre outros.

Esta condição alterou-se com a oficialização da instituição em 1973. O Decreto-Lei nº 393/73 de 4 de Agosto refere o seguinte a propósito da oficialização da instituição escolar:

“A Escola de Enfermagem de Castelo Branco tem funcionado como escola particular pertencente à instituição denominada Dispensário de Puericultura do dr. Alfredo da Mota. Verificando-se, simultaneamente, o interesse de que se mantenha naquela cidade uma escola destinada ao ensino de enfermagem e que a referida instituição manifestou a sua intenção de entregar ao Estado a escola que tem mantido; Havendo, por outro lado, que garantir a situação do pessoal ao seu serviço; (...)

Artigo 1º - 1- A Escola de Enfermagem do Dispensário de Puericultura do Dr. Alfredo Mota, de Castelo Branco, passa a constituir uma escola oficial dependente do Ministério da Saúde e Assistência e será designada Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias.

2. A nova Escola reger-se-á pela legislação aplicável aos serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, e em especial pela legislação que regula o ensino de enfermagem”⁷⁷⁸.

⁷⁷⁵ SILVA, Ana Isabel (2008), Op. Cit., pp.328.

⁷⁷⁶ Do ponto de vista organizacional foram criadas várias estruturas: o Conselho Orientador e de Gerência; A direcção e o Conselho Escolar e as Comissões de alunos e de integração escolar.

⁷⁷⁷ AEECB – Livro de Actas nº 6 – Acta ducentésima Vigésima sétima, 1972 (ano lectivo de 1973).

⁷⁷⁸ Decreto-Lei nº 393/73 de 4 de Agosto.

Após o processo de oficialização da Escola de Enfermagem de Castelo Branco foi constituída a primeira Comissão Instaladora. Esta era composta pelo fundador José Lopes Dias, pela directora da Escola de Enfermagem Bissaya Barreto, Delmina dos Santos Moreira e pelo administrador do Hospital da Misericórdia João Marques Graça. De facto, este momento constituiu a viragem de uma página no que diz respeito à escola e sua própria identidade. A prova disso mesmo é o facto de ter sido chamada para coordenar os trabalhos da Comissão de Instalação uma enfermeira credenciada, modelo do que seria a enfermagem para o Estado, proveniente de uma das mais importantes escolas oficiais de enfermagem do País e directora da mesma instituição: Delmina dos Santos Moreira. Esta Comissão Instaladora manteve-se até 1975, havendo pelo meio uma revolução que gerou a confusão interna na Escola como salientamos adiante. A Escola manteve-se em regime de instalação até à década de 80.

Todavia julgamos que devemos aludir à Portaria nº 34/70 na medida em que constitui a essência de alguns aspectos do futuro das escolas de enfermagem e do desenvolvimento da própria profissão que acabaram por influenciar a formação da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, já como oficial e no Portugal Democrático, como a participação dos alunos nos órgãos escolares, os princípios da autonomia técnica e científica das escolas de enfermagem e, conseqüentemente, o desenvolvimento da própria profissão.

1.4. As normas de funcionamento das escolas de enfermagem no Portugal Democrático: aspectos introdutórios

O período de vigência do diploma anterior prolongou-se para o regime político democrático⁷⁷⁹. A portaria nº 34/70 encontrava-se imbuída do espírito renovador do “marcelismo” introduzindo alterações significativas, face às décadas de 50 e 60, relacionadas com a participação dos alunos nos órgãos de decisão administrativa e pedagógica das escolas de enfermagem e prolongando-se, em alguns aspectos, até aos

⁷⁷⁹ Nascia um novo regime político que queria afirmar princípios e valores diferentes do Estado Novo, trabalhando-se numa nova constituição para Portugal. Assim, “a Assembleia Constituinte foi, pois, um baluarte da edificação de um regime político democrático e pluralista, não deixando de elaborar uma Constituição que tem a marca do seu tempo histórico revolucionário e contra-revolucionário. Aprovada a 2 de Abril de 1976, a Constituição entra em vigor a 25 daquele mês. Nessa mesma data é eleita a primeira Assembleia da Republica. Em Junho, é eleito o presidente da república Ramalho Eanes, que toma posse a 14 de Julho, entrando em funcionamento as instituições erguidas pelos constituintes” in FERREIRA, José Medeiros (1994) (Coord.), *História de Portugal – Portugal em Transe*, Vol. VIII, Lisboa: Editorial Estampa, pp. 221.

anos 90⁷⁸⁰. Este processo, no caso destas instituições educativas, abriu caminho ao sentido democrático que a revolução propusera e a que a Escola de Enfermagem de Castelo Branco não foi alheia.

O impacto da revolução de 1974 sentiu-se nas escolas de enfermagem. Depois de algumas reuniões que as escolas fizeram com os seus alunos⁷⁸¹, chegavam algumas orientações oficiais que alteravam um conjunto de aspectos significativos na vida das escolas. Desde logo, a abolição dos exames de estado, obrigando os docentes a calcular de modo diferente a média final dos alunos; alterações nos horários escolares, deixando cair as aulas aos sábados; a extinção do curso de auxiliares de enfermagem e a dependência do ensino da enfermagem do Instituto Nacional de Saúde, bem como alterações de designação dos cursos, são alguns exemplos.

Constituíram-se, também, Comissões Instaladoras, democraticamente eleitas pelos plenários de trabalhadores das instituições educativas⁷⁸². Na sequência do que referimos anteriormente sobre a Escola de Enfermagem de Castelo Branco, em 1973, foi constituída a primeira Comissão Instaladora que esteve em funções até 1975. Nesta data o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge nomeou além de José Lopes Dias, a aluna Maria Suzana Formosa Serrano⁷⁸³, a professora Maria de Fátima Fortunato Gomes Ferrão e a secretária Maria Amélia Marques⁷⁸⁴ para dar seguimento ao regime de instalação em que a escola albicastrense se encontrava⁷⁸⁵. Em 1976 Maria de Fátima Gomes Ferrão pediu a exoneração do cargo e foi substituída pelo enfermeiro Ismael Martins que assumiu um papel de relevo no interior da Escola de Enfermagem de Castelo Branco nas décadas de 70, 80 e seguintes. Ao substituir Maria de Fátima Gomes Ferrão tornou-se, a partir de 1976, o Presidente da Comissão Instaladora⁷⁸⁶.

De acordo com José Medeiros Ferreira, o período que vai de 1974 a 1982 foi um momento de afirmação dos grupos sociais que antes não tiveram oportunidade de o fazer. O autor defende o seguinte:

⁷⁸⁰ Cf. SILVA. Ana Isabel (2008), *Op. cit.* pp. 326.

⁷⁸¹ Cf. SILVA. Ana Isabel (2008), *Op. cit.* pp. 344.

⁷⁸² Sobre este assunto deve consultar-se, entre outros: ROSAS, Fernando (1994) (Coord.), *História de Portugal – O Estado Novo*, Vol. VII, Lisboa: Editorial Estampa.

⁷⁸³ Em 1977 foi substituída pelo aluno Carlos Alberto Pires Poças. Cf. AEECB – *Actas e Regulamentos da Assembleia – Resenha da Reunião Geral de Alunos*, 23 de Março de 1977.

⁷⁸⁴ AEECB – *Actas e regulamento da Assembleia*, 1975- 1992. A secretária Maria Amélia Marques foi substituída (1977) a seu pedido por Rosalina Beirão Rodrigues Lopes. Um ano depois a última foi substituída por Cremilda do Rosário Paulo de Almeida.

⁷⁸⁵ AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia - Termos de Posse*, 1975.

⁷⁸⁶ AEECB – *Curriculum Vitae – Ismael Martins*, 1992.

“Travou-se, então, uma formidável luta institucional em Portugal (...). As classes sociais em Portugal encontravam-se ainda à procura de melhores instrumentos de intervenção política, e não seria para admirar que assim fosse, dado que o regime da ditadura não havia permitido o desenvolvimento autónomo dos grupos sociais, espartilhando-os na ordem corporativa estatal e legislando no cerceamento do direito de associação. Desta maneira, partidos políticos, sindicatos, comissões de trabalhadores, cooperativas, grupos de pressão, assim como organizações tais como as igrejas, lojas maçónicas, universidades e até os grandes corpos do Estado só puderam desenvolver-se naturalmente após a queda da ditadura, o que veio tornar extremamente aguda a luta entre essas diferentes instituições para afirmarem o seu poder e influência, não só nas áreas respectivas, como também, para algumas, na tentativa de alcançarem a hegemonia do poder político em Portugal. Assim, a construção do Estado esteve dependente do apuramento final das instituições ordenadoras e transmissoras da vontade popular e dos interesses sociais”⁷⁸⁷.

Neste contexto, nomeadamente no calor da revolução de 1974, assistimos a momentos difíceis na sociedade portuguesa. Observamos estas convulsões nas escolas de enfermagem. A título de exemplo, verificamos a existência na Escola de Enfermagem de Castelo Branco de um processo enviado à Direcção Geral dos Hospitais por um aluno que reclamava “pura justiça”, relativo aos anos lectivos de 1956/57 e 1957/58, devido ao facto de não ter sido admitido por duas vezes a exame final e ter sido considerado que não conseguia adaptar-se “ao regime escolar”, acusando de fascistas elementos que tinham sido seus professores⁷⁸⁸ 16 anos antes. Porém, Ismael Martins salienta que a Escola de Enfermagem de Castelo Branco/dr. Lopes Dias não sofreu muito comparado com o que aconteceu com outras escolas embora reconheça que “houve as suas agitações, as suas reivindicações, os seus refilanços, houve as suas coisas...” e refere em concreto o seguinte:

“Exigências, queriam isto, ou queriam pontos desta ou daquela maneira, mas nada de agressivo, nada de grave. Inclusivamente, houve uma certa rejeição das aulas de Ética que se assemelhavam a aulas de moral, mas na nossa escola continuaram sempre, não houve problemas, a gente dava a volta à situação (...).

Estou a lembrar-me de um caso de uma aluna da Covilhã, suponho que de 2º ano de médico-cirurgica, nós começamos a sentir que não tinha jeito nenhum...era um dos refilanços deles...fazerem os exercícios em papéis de cadernos, folhas, e nós achávamos que aquilo não dava jeito nenhum para classificar e avaliar e tínhamos modelos próprios que eram vendidos na secretaria a preços simbólicos, muito barato, mas não queriam e numa aula tentei modificar as coisas e disse: “Meus amigos, os exercícios que vamos

⁷⁸⁷ FERREIRA, José Medeiros (1994) (Coord.), *História de Portugal – Portugal em Transe*, Vol. VIII, Lisboa: Editorial Estampa, pp. 223.

⁷⁸⁸ AEECB – Correspondência Expedida, *Exames de aptidão – curso de auxiliares*, dirigido à Direcção Geral dos Hospitais, em resposta a uma queixa de um aluno, pelo director da Comissão Instaladora, 7/06/1974 e 11/06/1974.

fazer devem ser realizados no modelo da escola e se alguém não tiver dinheiro isso também se arranja”. No primeiro exercício, que estava marcado, todos os alunos apareceram com as folhas, menos a tal aluna da Covilhã. Chamei-a e disse “então o que combinamos?”. Ao que a aluna disse: “eu não estou para comprar folhas de exercícios” e eu disse “acha que tem esse direito, muito bem, mas eu também tenho alguns direitos como professor, no final posso também não aceitar a sua folha e não classificá-la” Ela não disse nada, levanta-se e vai comprar o modelo à secretaria sem mais problemas”⁷⁸⁹.

O que parece de certo modo desvalorizado pelo professor e director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco em relação ao período revolucionário não coincide exactamente com a visão de outros entrevistados. Maria Augusta Magalhães refere mesmo que este foi um período muito complicado e salienta o seguinte:

“Foi difícil. Foi difícil, porque os alunos começaram a sentir e a pensar que tinham liberdade, mas não sentiam que essa liberdade colidia com a liberdade do outro que estava ao lado. De maneira que aquilo era um quererem impor-se e invadiam a secretaria. Sentavam-se lá na secretaria e perguntavam porque é que era assim e o que estava nos livros e, inclusivamente, uma das vezes o director ia a subir o corredor da escola, e nesse dia tinha lá ido a esposa, iam os dois a subir o corredor da escola e uma delas diz assim: “o que é que estes dois andam aqui a fazer? Já deviam ter morrido há muito! Vá daqui para fora.” Foi preciso um equilíbrio muito grande e tacto da nossa parte para sabermos lidar com eles. Com alguns, não era na totalidade. Eram aquelas mais ousadas, mais revolucionárias é que faziam isso”⁷⁹⁰.

A existência de ligações a partidos políticos de esquerda também se confirma nesta época no interior da escola. Segundo o então aluno António Luis Gil Lusio, que viveu por dentro este período entre 1974 e 1977, havia pelo menos uma ou duas alunas ligadas a partidos políticos. É peremptório quando questionado sobre este assunto:

“Havia! Havia! Havia uma aluna que era muito revolucionária, ela era toda de esquerda, pelo menos uma, a outra também, influenciou-me a mim, chegou-me a influenciar para me filiar num determinado partido, estive ainda a dar o passo para a filiação, mas depois vi logo que não era esse o caminho que eu queria. Pelo menos uma eu tenho conhecimento que era filiada num partido de esquerda. Era uma aluna que, se calhar das mais reivindicativas, ela também era mais velha que nós, já tinha outras visões, conhecia bem o ambiente de Lisboa. Ela esteve nesse tal órgão de gestão, mas apesar de tudo, de ter esse espírito revolucionário era agradável, nunca faltou o respeito aos professores, mas era aquela aluna que às vezes nos abria mais os olhos em termos da revolução, para o esquerdismo, para a igualdade, para a liberdade. Era ela que falava já muito nessas palavras que para mim era quase novidade na altura”⁷⁹¹.

⁷⁸⁹ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 12 e 13 (Anexos).

⁷⁹⁰ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 5 (Anexos).

⁷⁹¹ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro António Luís Gil Lusio, pp. 6 (Anexos).

Embora este período não tenha sido caracterizado como muito hostil, do ponto de vista revolucionário, pelo director Ismael Martins, que na altura estava a estudar em Lisboa e que assistiu a episódios bastante complicados comparados com os albicastrenses, a verdade é que do ponto de vista local o ambiente revolucionário sentiu-se. As invasões da secretaria, até pelos menos 1977, o descuido nos ambientes de estágio, as reivindicações diversas dos alunos, as ligações a partidos políticos, estiveram bem presentes no quotidiano da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Na sequência deste ambiente revolucionário, prepararam-se novos diplomas com o objectivo explícito de democratizar as estruturas de governo das escolas de enfermagem. O diploma mais relevante neste período foi a Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976, emitido pelo Ministério dos Assuntos Sociais, aprovando o “Regulamento dos órgãos de gestão das escolas de enfermagem oficiais”, onde já se incluía a Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Este diploma promoveu mudanças, que se prolongaram para os anos 80 do século passado e procurou, principalmente, assegurar o “funcionamento eficiente e a competência técnica essencial à sua importante função”⁷⁹². As escolas de enfermagem tiveram a possibilidade de participar na construção do diploma, assim como os sindicatos de enfermeiros. Este diploma foi o primeiro a moldar oficialmente a organização interna da Escola de Enfermagem de Castelo Branco e a introduzir novidades administrativas e pedagógicas no seu funcionamento. Encontramos novos actores educativos, uma nova concepção axiológica da enfermagem que se caracterizava já não pelos princípios de uma moral profissional, como no Estado Novo, mas antes uma enfermagem que procurava afirmar a sua cientificidade e sobretudo os cuidados de enfermagem enquanto domínio próprio a que correspondiam valores de natureza técnico-científica e o respeito pelo ser humano. Posto isto, vejamos de seguida quais eram os órgãos de governo das escolas de enfermagem no período democrático de acordo com a portaria de 1976. Verificamos a existência de órgãos que diziam, directamente, respeito ao funcionamento geral da escola e aos serviços da própria instituição, pelo menos formalmente.

⁷⁹² Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976.

1.4.1. A Assembleia-Geral da Escola e a Assembleia de Sector

A identidade profissional dos indivíduos articula-se com os contextos onde se desenvolvem as configurações identitárias. Esses contextos são por excelência espaços organizacionais onde circulam um conjunto de valores próprios de uma época que servem de guias socializadores do grupo. Por isso, é importante conhecer as principais estruturas organizacionais existentes nas escolas de enfermagem durante o Portugal democrático (desde 1976). A Escola de Enfermagem de Castelo Branco passou a estruturar-se do ponto de vista orgânico de acordo com as orientações do diploma de 1976. Nesta instituição escolar vamos encontrar um conjunto de órgãos que zelavam pelo bom funcionamento da instituição e, sobretudo, pelo processo participativo dos docentes, funcionários e alunos na construção democrática da própria escola. Destaca-se pela missão que possuía a Assembleia Geral da Escola e as respectivas Assembleias de Sector.

A Assembleia Geral da Escola (AGE) era constituída pelos alunos “regulares” e pelo pessoal efectivo. De acordo com a portaria, considerava-se pessoal efectivo “o conjunto de todos os trabalhadores que exerçam na escola a sua actividade profissional em regime de tempo integral”⁷⁹³. Estamos a referir-nos principalmente a docentes, técnicos, administrativos e auxiliares.

A AGE deveria decidir aspectos relacionados com o estatuto dos alunos de cursos ocasionais de actualização, aperfeiçoamento, promoção, reciclagem e outro, assim como decidir aspectos relacionados com o estatuto do pessoal não efectivo.

As principais competências atribuídas a este órgão eram as seguintes: em primeiro lugar, devia pronunciar-se sobre os planos de actividade e relatórios apresentados pela Comissão de Gestão, “tendo em vista o controle do rendimento e eficiência dos serviços”⁷⁹⁴. Em segundo lugar, competia-lhe emitir pareceres sobre as questões que qualquer órgão da escola lhe colocasse para apreciação. Em terceiro lugar, cabia-lhe a tarefa relacionada com a aprovação de regulamentos internos.

No mesmo documento podemos ler que competia a cada instituição educativa elaborar o regimento da sua AGE. Neste sentido a escola era obrigada a dar “conhecimento à Secretaria de Estado através do Instituto Nacional de Saúde”⁷⁹⁵.

⁷⁹³ Idem.

⁷⁹⁴ Idem.

⁷⁹⁵ Idem.

As escolas de enfermagem apropriaram-se destas regras e procederam à construção dos respectivos regulamentos da AGE. A portaria de 1976 incluía algumas indicações que teriam de constar no regulamento deste órgão. Salientava-se que este só poderia ser convocado pela mesa eleita ou por um número de membros não inferior a 15% da AGE. Por outro lado, apenas as deliberações que tivessem mais de 20% do número total de elementos da assembleia seriam reconhecidas como representativas. Por fim, todas as deliberações que devessem ser enviadas para a Secretaria de Estado da Saúde deviam ser acompanhadas pelas actas respectivas da AGE. Nestas actas, obrigatoriamente, deveria constar o número de presenças no início da assembleia, o número de votantes e a discriminação do voto e, ainda, o número de elementos pertencentes ao órgão em causa. Era o processo de democratização das escolas de enfermagem, através dos novos órgãos criados, que estava em causa.

Quando foi promulgada a Portaria n° 674 de 13 de Novembro de 1976 as escolas de enfermagem iniciaram conversações internamente de modo a constituírem os seus regimentos. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco a 10 de Dezembro de 1976 reuniu a Assembleia Geral da Escola com o objectivo principal de discutir e aprovar as “Normas de Funcionamento da Escola”⁷⁹⁶. A assembleia foi bastante concorrida e apreciou-se “ponto por ponto” o articulado da respectiva portaria. O regulamento da AGE foi aquele que gerou maior discussão todavia votado a favor pela maioria dos elementos presentes. Em linhas gerais a AGE da Escola de Enfermagem de Castelo Branco seguia o que a legislação propunha embora utilizando o espaço de manobra que a própria portaria permitia às instituições na elaboração dos respectivos regimentos. A título de exemplo, pode ler-se nas normas de funcionamento desta escola que os alunos dos cursos ocasionais e transitórios e os trabalhadores não efectivos podiam assistir à AGE embora apenas como observadores. A mesa da AGE era constituída por eleição geral e secreta através de listas propostas por um mínimo de 10 membros da Assembleia e era constituída por um presidente, 1º e 2º secretários e respectivos suplentes. A primeira presidente da AGE albicastrense foi a Enfermeira Maria Augusta D`Ascensão Marinho de Magalhães, coadjuvada pelo 1º Secretário, Enfermeiro Ismael Martins e pelo 2º secretário e aluno António Fernando Martins Antunes Batista⁷⁹⁷. Estes elementos deram um importante impulso para a construção de uma nova concepção da

⁷⁹⁶ AEECB – *Actas e regulamento da Assembleia – Acta n° 1, 10/12/1976.*

⁷⁹⁷ AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia – Resenha da Reunião Geral da Escola Realizada em 21/10/1976 (eleição dos membros da mesa).*

enfermagem na escola de Castelo Branco caracterizada, principalmente, pelos princípios da humanização do conhecimento, reforçando do ponto de vista identitário a visão sobre os cuidados de enfermagem e o respeito pela vida humana.

No entanto este diploma que parece ter sido implementado pelas escolas de enfermagem, no caso albicastrense não teve grande impacto. Na verdade, Maria Augusta Magalhães quando questionada sobre a presidência da AGE referiu o seguinte: “se me puseram lá foi no papel e eles lá geriam”⁷⁹⁸. Esta expressão é bastante elucidativa quanto à aplicabilidade efectiva da portaria na escola albicastrense. Do ponto de vista formal estabeleceram-se as diligências necessárias para enquadrar a escola na legislação, todavia o quotidiano escolar era sobretudo dirigido pelo director e pelos coordenadores dos diferentes anos ou áreas de aprendizagem. Esta ideia é reforçada quando Maria Alice Barata Garcia, já como professora da escola em 1977, refere que não se recorda dos órgãos existentes na escola nessa data⁷⁹⁹. Este silêncio em relação ao assunto em análise é elucidativo quanto à pouca importância dada a esta portaria e aos órgãos que estabelecia. Mesmo assim, encontramos um outro testemunho, desta vez de um aluno da época, que se recorda da existência de Assembleias Gerais de Escola, o que significa que a importância para os professores e alunos desta escola era diferente no que diz respeito à proposta organizacional da portaria. António Luís Gil Lusio quando questionado sobre este assunto refere o seguinte:

“Lembro-me que na nossa escola não foi assim...foi muito pacífica. Havia reuniões das assembleias-gerais, dos trabalhadores com os alunos, houve algumas, recordo-me disso perfeitamente bem, mas foi muito pacífico, porque éramos muito poucos alunos. Como lhe disse nós éramos 16, depois ficamos 14”⁸⁰⁰.

O período que se seguiu a 1976 é recordado de modo diferente consoante os lugares ocupados na época. Para os alunos, provavelmente, fazia mais sentido a participação activa nestes novos órgãos do que para os professores que tinham transitado quase todos do Estado Novo. Daí que o aluno, neste caso, tenha mais presente a existência de AGE`s, enquanto que os professores quase que apagaram da memória estes órgãos pela pouca importância que lhes foi atribuída na escola. A organização da Escola de Enfermagem de Castelo Branco continuava a ser muito “caseira” e sem grandes formalidades.

⁷⁹⁸ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp.7 (Anexos).

⁷⁹⁹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp. 10 (Anexos).

⁸⁰⁰ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro António Luís Gil Lusio, pp. 2 (Anexos).

Relativamente à Assembleia de Sector podia funcionar em articulação com o órgão que acabamos de descrever, e na mesma linha de informalidades, devendo supostamente cumprir as regras de funcionamento impostas pela AGE. Cada escola, mediante a sua dimensão, poderia organizar-se em Assembleias de Sector. A portaria contemplava as seguintes Assembleias: a) Assembleia de Alunos; b) Assembleia de Pessoal Docente; c) Assembleia de Pessoal Técnico, Administrativo e Auxiliar. A constituição destes órgãos encontrava-se directamente relacionada com um novo sistema normativo onde imperavam os princípios democráticos da liberdade e da igualdade, mas também da responsabilidade, no processo de participação democrática no interior das organizações escolares.

As principais competências da Assembleia de Sector passavam pelos seguintes domínios: a) eleger e propor admissão dos seus representantes na Comissão de Gestão; b) eleger os respectivos representantes para o conselho pedagógico científico; c) estudar e dar parecer sobre todos os assuntos de interesse para os trabalhadores do respectivo sector; d) propor medidas que considere oportunas para o aperfeiçoamento profissional; e) fomentar a cooperação entre os diferentes sectores da escola; f) apreciar aspectos do exercício das funções do sector respectivo que envolvam princípios deontológicos; g) por fim, facultar à comissão de gestão toda a informação disponível para o cabal desempenho da sua função.

1.4.2. A Comissão de Gestão e o Conselho Pedagógico Científico

Outros órgãos assumiam uma condução administrativa e pedagógica das escolas de enfermagem. É o caso das Comissões de Gestão e do Conselho Pedagógico Científico. A partir de 1976 a Escola de Enfermagem de Castelo Branco também constituiu estes órgãos que zelavam quotidianamente pelo bom funcionamento pedagógico e administrativo das escolas de enfermagem. Estes órgãos eram os principais responsáveis pela condução diária dos destinos institucionais. A característica mais evidente é a participação alargada desde os alunos a professores nos diversos órgãos, pelo menos no plano formal.

A Comissão de Gestão das escolas de enfermagem deveria ser constituída por alunos e membros do pessoal docente e do pessoal técnico, administrativo e auxiliar, eleitos em Assembleia do Sector respectivo.

De acordo com as novas regras do regime político democrático, a eleição da Comissão de Gestão devia ser realizada por sufrágio universal, directo e secreto. Além disto, tornava-se necessário que pelo menos 50% do universo eleitoral votasse para que as eleições fossem consideradas válidas mesmo que existisse apenas uma lista concorrente.

O número de membros da Comissão de Gestão não podia ser superior a cinco. Os membros do corpo docente que integravam este órgão deveriam ser eleitos de entre os enfermeiros que possuíssem o curso complementar, em particular da secção de ensino. O número de alunos e docentes devia ser paritário e o restante pessoal “não dev[ia] ser superior ao conjunto dos dois”⁸⁰¹.

A Comissão de Gestão da Escola de Enfermagem de Castelo Branco foi constituída em 1981. A partir de Setembro desse ano Ismael Martins, primeiro enfermeiro-professor desta escola com o curso complementar da secção de ensino, foi eleito por unanimidade para presidir à Comissão de Gestão⁸⁰². Em Julho de 1982, no seguimento do trabalho que vinha desenvolvendo como Presidente da Comissão Instaladora foi nomeado director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias. O funcionário representante do sector administrativo e auxiliar da escola de enfermagem eleito por unanimidade foi a funcionária Alzira Martins Nunes⁸⁰³ que passou a integrar a Comissão de Gestão⁸⁰⁴.

As principais competências da Comissão de Gestão caracterizavam-se, principalmente, pela gestão pedagógica, disciplinar e financeira da instituição. Cabia-lhe assegurar a gestão pedagógica tendo em conta os pareceres e orientações emitidos pelo Conselho Pedagógico-Científico. Assegurar a gestão do pessoal da escola garantindo o aperfeiçoamento e actualização permanente de todos os trabalhadores⁸⁰⁵. Por outro lado, assegurar a gestão económico-financeira da instituição. Neste domínio competia-lhe, em particular, preparar os projectos de orçamento, verificar a legalidade das despesas e autorizar o respectivo pagamento, promover a cobrança das receitas, prestar contas de gerência e dar o balanço periódico à tesouraria. A gestão dos bens da escola, bem como

⁸⁰¹ Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976.

⁸⁰² AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia – Acta da Reunião dos enfermeiros docentes da Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias (...)*, 1981.

⁸⁰³ AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia – Acta da Reunião dos funcionários do sector administrativo e auxiliar da Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias (...)*, 1981. Esta funcionária manteve-se na Comissão de Gestão durante toda a década de 80, tendo sido reeleita em 1988.

⁸⁰⁴ Não conseguimos apurar o nome dos alunos que fizeram parte da Comissão de Gestão na década de 80.

⁸⁰⁵ Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976.

a sua conservação, era outra das suas competências. No que diz respeito às orientações pedagógicas, cabia-lhe a tarefa de elaborar o plano anual de actividades da escola, ouvindo obrigatoriamente o Conselho Pedagógico-Científico e “sempre que necessário a Comissão assessora”⁸⁰⁶.

Este órgão devia ainda responder perante o governo pelo cumprimento da lei e normas regulamentares superiormente aprovadas; dar cumprimento ao que fosse decidido em AGE, em matéria da sua competência; assegurar e desenvolver a prática democrática da escola e do ensino; representar a escola ou fazê-la representar; coordenar as actividades de todos os órgãos e serviços da escola; apreciar periodicamente o rendimento e eficiência de todos os serviços da escola e propor medidas de correcção, se necessário; manter toda a escola informada da gestão pedagógica, administrativa e económico-financeira; elaborar e propor à AGE a aprovação de regulamentos internos; decidir, de acordo com a orientação pela AGE e Conselho Pedagógico-Científico, todas as questões de interesse para a escola; submeter à aprovação superior todos os assuntos sobre os quais a escola não tem competência para decidir; exercer o poder disciplinar que a lei e/ou os regulamentos disciplinares internos lhe conferem; elaborar o relatório anual de actividades da escola e submetê-lo à AGE e enviá-lo posteriormente ao Instituto Nacional de Saúde.

Esta comissão podia ainda constituir grupos de trabalho para estudar assuntos que estavam relacionados com as suas competências, atrás identificadas. O mandato da Comissão de Gestão “ser[ia] de três anos e a sua constituição dever[ia] ser homologada pelo Secretário de Estado da Saúde, com publicação no *Diário da República*, seguida de posse”⁸⁰⁷.

Quanto ao Conselho Pedagógico-Científico, tinha a missão de zelar pelo bom funcionamento pedagógico e científico da escola. Este órgão era constituído por docentes e discentes, em número paritário, devendo assegurar a representatividade de todos os cursos leccionados na instituição⁸⁰⁸.

⁸⁰⁶ Idem.

⁸⁰⁷ No caso de demissão de membros da Comissão de Gestão, os novos membros deverão ser eleitos no prazo de sessenta dias se não houver suplentes. Para assegurar o expediente diário e executar as tarefas delegadas pela Comissão de Gestão os membros do corpo docente que dela fazem parte poderão ser desligados das actividades pedagógicas. Internamente, a Comissão de Gestão designará o membro que a representará junto da Secretaria de Estado da Saúde e serviços centrais. A comissão de gestão de escolas de enfermagem em regime de instalação será substituída por uma comissão instaladora, nos termos legais. (Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976).

⁸⁰⁸ O Conselho Pedagógico-científico deveria designar de entre os seus membros o docente que tinha voto de qualidade.

Ao Conselho Pedagógico-Científico competia emitir pareceres e fazer propostas sobre diversos assuntos, nomeadamente: a) planos e relatórios anuais de actividades pedagógicas; b) cursos a ensinar na escola e número de alunos a admitir; c) planos e programas de cursos; d) actividades circum-escolares; e) condições de admissão de alunos; f) orientação de alunos; g) avaliação de alunos; h) avaliação da eficiência do ensino; i) admissão de pessoal docente; j) actividades de investigação pedagógica; k) outros assuntos submetidos pela AGE e Comissão de Gestão.

A portaria de 1976 acrescentava que estava prevista a constituição de um órgão de gestão de cada curso (Serviços de Ensino). Podemos verificar que “em cada curso de enfermagem deverá haver um órgão constituído por docentes e discentes, a quem compete gerir o curso, sem prejuízo das competências dos restantes órgãos da escola”. Estes serviços ficaram nalguns casos conhecidos como as Comissões de Coordenação Pedagógica. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco o docente Ismael Martins e António Alves Marrucho, entre outros, exerceram esta função várias vezes.

Além dos órgãos apresentados ajudavam ao bom funcionamento da instituição escolar os serviços administrativos, serviços de residência, serviço de saúde, biblioteca, entre outros⁸⁰⁹.

Em suma, com a transição entre regimes políticos verificamos um conjunto de alterações nos modos de governo das escolas de enfermagem, embora entendemos que se mantiveram muitos aspectos usados anteriormente na direcção das escolas de enfermagem no Estado Novo..

No caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco adaptou as orientações da Portaria 674 de 13 de Novembro de 1976 do seguinte modo: a nível geral, constituiu a Assembleia-Geral da Escola, a Assembleia de Alunos, a Assembleia de docentes, a Assembleia de Pessoal Técnico, Administrativo e Auxiliar, a Comissão de gestão⁸¹⁰ e o Conselho Pedagógico-Científico. Além destes órgãos, cujas competências se encontram

⁸⁰⁹ Os serviços de apoio identificados, nomeadamente os serviços administrativos, o serviço de saúde, a biblioteca ou o serviço de residência “deverão ser geridos, sem prejuízo da competência dos restantes órgãos da escola, por chefias colegiais, das quais farão parte os funcionários mais qualificados dos respectivos sectores, constituídas de acordo com a sua própria dimensão, e assegurando a representatividade de todos os trabalhadores e utentes, que neles estão integrados”.

Existia ainda a possibilidade de se constituírem Comissões de Trabalhadores da Escola e uma Comissão Assessora com funções consultivas, cuja constituição e modo de funcionamento devia ser objecto de estudo posterior e de acordo com a lei em vigor.

⁸¹⁰ Neste caso a Comissão de gestão era constituída por um docente efectivo, um aluno regular e um elemento do pessoal efectivo técnico, administrativo e auxiliar “eleitos nos termos da lei”.

definidas atrás, constituiu a Comissão de Coordenação Pedagógica e algumas Comissões de Serviços de Apoio.

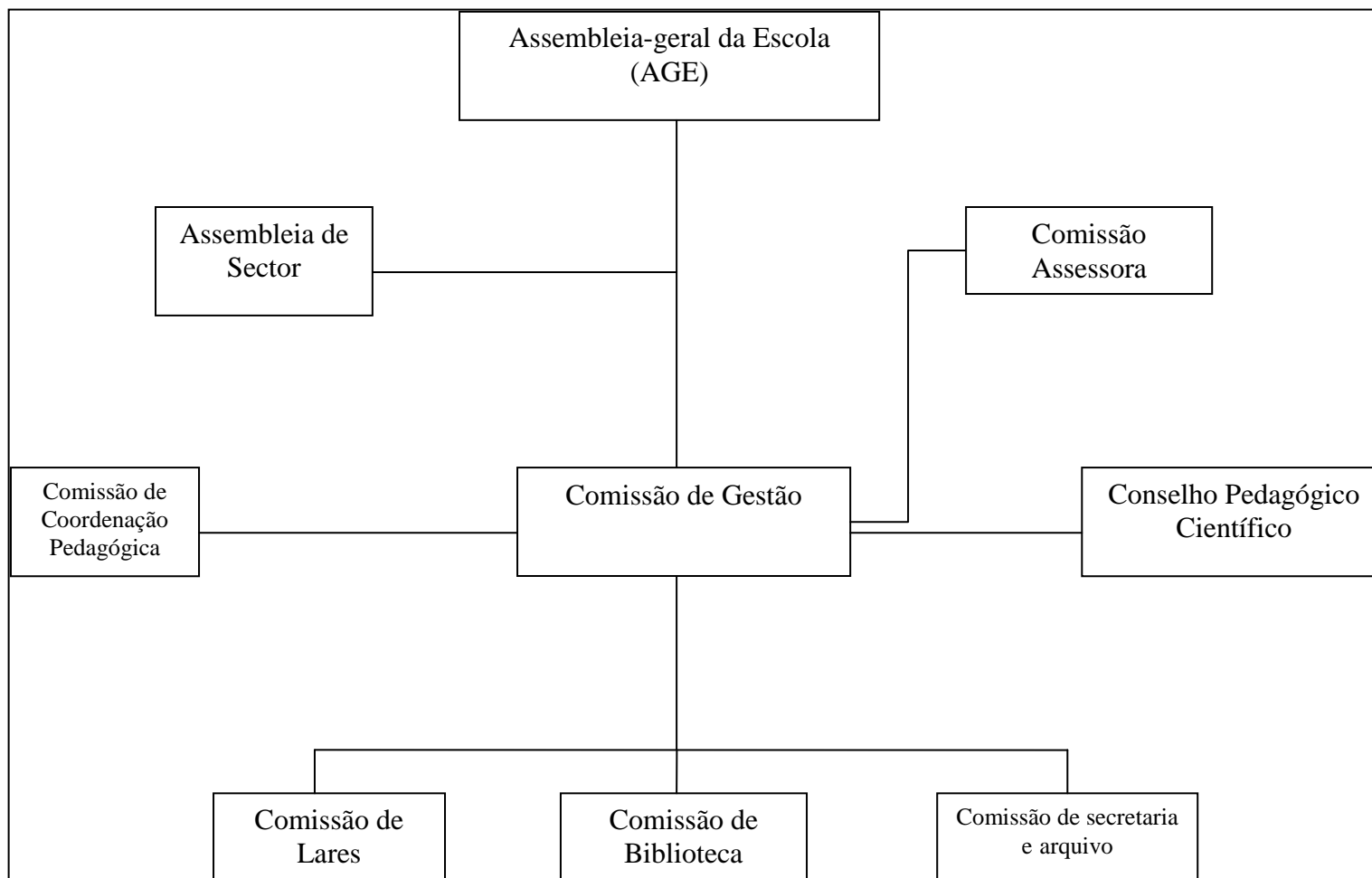
A Comissão de Coordenação Pedagógica era constituída pelos docentes efectivos responsáveis pelas disciplinas de Enfermagem e Estágios em cada área de aprendizagem ou período e por dois delegados dos alunos por turma, indicados por eles⁸¹¹. Esta Comissão tinha como actividade principal gerir a unidade de aprendizagem, podendo reunir sempre que necessário com os professores das respectivas disciplinas e, no mesmo sentido, em cada área ou período era escolhido, pela Comissão de Coordenação Pedagógica, um enfermeiro docente que coordenaria e zelaria pelo bom funcionamento das áreas de aprendizagem ou do período para o qual eram escolhidos.

Quanto aos Serviços de Apoio, foram criadas três comissões: a) a Comissão de Secretaria e Arquivo controlada pela funcionária Alzira Martins Nunes; b) a Comissão de Biblioteca dirigida pela funcionária Rosalina Beirão c) e a Comissão de Lares, que deveriam trabalhar em proximidade com a Comissão de Gestão.

Para uma ideia mais concreta e plausível daquilo que estamos a descrever vejamos o quadro seguinte que representa a recepção da regulamentação de 1976 aplicada, neste caso, à Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Formalmente este era o novo quadro organizacional da Escola. Na prática a escola era dirigida de um modo mais informal, onde o director tinha um papel relevante articulado com os professores das coordenações pedagógicas. O Conselho Pedagógico-científico também exercia uma importante actividade. O funcionamento dos restantes órgãos parece-nos acessório ao funcionamento da escola e à regulação do quotidiano escolar.

⁸¹¹ AEECB (Secretaria) – *Normas de Funcionamento Interno da Escola* (1976), artigo 6º.

Tabela 16 - Organigrama com a estrutura da Escola de Enfermagem de Castelo Branco em 1976.



Fonte: AEECB – Normas de Funcionamento Interno da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1976).

2. A concepção moral da enfermagem: uma política de espírito (até à década de 60).

No decorrer deste capítulo temos vindo a defender que ao longo do século XX foram desenvolvidos sistemas normativos no interior das instituições educativas de formação de enfermeiras/os. Analisamos com maior pormenor o período do Estado Novo e do Portugal Democrático, tomando a década de 70 como um momento de transição e de transformação da enfermagem do ponto de vista organizacional. Neste ponto destacaremos especificamente a associação que se pode estabelecer entre a enfermagem e uma dimensão axiológica inerente ao seu ensino e exercício.

A questão dos valores desde o momento da formação é essencial para uma compreensão alargada sobre a identidade profissional do grupo das enfermeiras/os. De acordo com Anna Ramió Joffre a identidade profissional configura-se através dos valores e das atitudes adoptadas por um determinado colectivo⁸¹². A autora defende o seguinte:

“A profissão de enfermeira fundamenta-se no *cuidado* e toda a concepção de cuidados de enfermagem integra-se num sistema de crenças e valores, que estão influenciados por um conjunto de factores sociais, culturais, económicos e políticos. A identificação de valores é muito importante, na medida em que os valores são relevantes pela relação que estabelecem com a identidade profissional, com o processo de profissionalização e como guias para a acção”⁸¹³

A transcrição anterior permite evidenciar a importância dos *cuidados de enfermagem*, enquanto domínio profissional do grupo, para o desenvolvimento identitário do mesmo e do seu próprio processo de profissionalização. De acordo com Anna Ramió Joffre o conceito de *cuidado* constitui um local de cruzamento entre normas e valores e um conjunto de características relacionadas com o espaço-tempo que envolvem os sistemas normativos e que permitem identificar a enfermagem como profissão.

No Estado Novo procedeu-se à construção de sistemas normativos, relacionados com os valores da época, que visaram a enfermagem. Às enfermeiras foram propostos um conjunto de valores pelos quais haviam de reger a sua conduta. A virtude, a disciplina, a renúncia ou submissão passaram a integrar o vocabulário preferencial

⁸¹² RAMIÓ JOFRE, Anna (2005), *Valores y actitudes profesionales – estudio de la practica profesional enfermera en Catalunya*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona, pp. 37.

⁸¹³ Idem, pp. 50.

relacionado com o exercício da enfermagem. A enfermeira tornou-se objecto de uma construção própria onde as escolas de enfermagem desempenharam um papel crucial na selecção dos indivíduos e na promoção de valores junto das mesmas no interior do espaço escolar/organizacional em articulação com a esfera pública/política.

Neste sentido apresentamos de seguida um conjunto de valores relacionados com a natureza moral da actividade profissional de enfermeira, de inspiração cristã, que contribuíram para a construção de uma moral profissional. Esta selecção reproduz discursos dominantes que circularam principalmente entre os anos 20 e a década de 70, da centúria de novecentos, destacando-se o período do Estado Novo. As principais fontes que utilizamos aqui são os discursos da Câmara dos Senhores Deputados, alguns manuais de enfermagem e material de arquivo diversificado da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

2.1. A construção política de um perfil virtuoso: a enfermeira

Em 1922 os deputados discutiam o papel da enfermeira no interior do serviço militar, chegando alguns elementos à conclusão de que a enfermeira era um elemento importante no acto de cuidar. Outros deputados, porém, acreditavam que a enfermeira militar era apenas um elemento interesseiro, do ponto de vista material, e que “têm indisciplinado todos os serviços e até como enfermeiras não têm demonstrado aquele cuidado e carinho que são sempre necessários”⁸¹⁴.

Independentemente da posição de cada facção sobre o papel das enfermeiras no interior do serviço militar, é certo que estão ali presentes valores que articulam o papel da mulher com a assistência. A mulher-enfermeira devia ser zelosa e caridosa para com o outro na sequência dos “cuidados domésticos” que lhe estavam associados permitindo a construção de uma identidade articulada com os valores cristãos.

No ano seguinte, em 1923, na mesma Assembleia, reconhecia-se que “uma mulher tem as qualidades próprias para o desempenho do serviço de enfermagem, a que os homens dificilmente se adaptam”⁸¹⁵. Esta ideia vem confirmar aspectos relacionados com o género que se começavam a definir em relação a quem deveria, preferencialmente, exercer a enfermagem.

⁸¹⁴ Sessão da Câmara dos Senhores Deputados de 19/05/1922, pp. 12 [consultado em 08 de Julho de 2009].

⁸¹⁵ Sessão da Câmara dos Senhores Deputados de 08/06/1923, pp. 11. [consultado em 08 de Julho de 2009].

No Estado Novo, a enfermagem obteve uma atenção que até aí não conseguira. A relação entre o Estado e a Religião trouxeram a formalização de um entendimento que acabou por ter influência na definição identitária dos profissionais de enfermagem. Podemos verificar que em 1937 defendia-se na Assembleia Nacional o seguinte:

“a mulher portuguesa ainda não enferma do mal que vai dissolvendo a família, esse mal rubro que sopra do oriente; a mulher portuguesa ainda não fugiu à missão sagrada de dar filhos à Pátria, e amamenta-os e educa-os. E a mulher portuguesa que, juntamente com o leite, lhes vai ensinando o amor da Pátria e, cantando, lhes narra feitos heróicos dos nossos avoengos, que vão passando, através dos séculos, de geração em geração. A mulher portuguesa é a boa enfermeira e nunca leva o desânimo aos filhos que partem para a guerra em holocausto da Pátria”⁸¹⁶.

A ideia que a mulher portuguesa possuía um lugar próprio na sociedade destacando-se a sua capacidade de servir o outro permite olhar para o género feminino como elementos que podiam desempenhar um papel na esfera pública, no seguimento das funções que já desempenham em casa. A enfermagem constituía uma possível saída de casa para trabalhar no espaço público servindo o seu semelhante abnegadamente como um dever moral da própria mulher.

Na década de 40, definido o papel da mulher e a sua missão no interior da enfermagem, discutia-se sobre a sua formação. Defendia-se que “a personalidade da enfermeira é muito complexa; ela importa principalmente duas formações: a formação técnica e a formação moral”⁸¹⁷. Ora, estamos perante dois dos principais eixos definidores da formação deste grupo socioprofissional, pelo menos numa primeira fase. Realçemos a pertinência da formação moral sobre a formação técnica, onde se defende que “uma perfeita formação técnica da enfermeira, pode ser não somente diminuída mas totalmente anulada por falta de formação moral, enquanto que a formação moral, se é bem ordenada e bem dirigida, cria na enfermeira o desejo de continuo aperfeiçoamento profissional e do seu exercício”⁸¹⁸. Esta ideia pode ser confirmada quando no processo de avaliação de um estágio final de uma aluna da Escola de Enfermagem de Castelo Branco a monitora refere que a estagiária “possui uma técnica regular, mas falta de apreensão moral”⁸¹⁹ acabando a aluna por reprovar esse estágio.

⁸¹⁶ Sessão da Assembleia Nacional de 17/05/1937, pp. 749. [consultado em 08 de Julho de 2009].

⁸¹⁷ Sessão da Assembleia Nacional de 20/01/1946, pp. 307. [Consultado em 08 de Julho de 2009].

⁸¹⁸ Idem.

⁸¹⁹ AAECB – Processos biográficos - *Caderneta de Estágio Final da aluna (...)*, 17 de Fevereiro de 1958 (Caderneta anexada a um documento confidencial).

Neste sentido, o *Juramento Profissional do Enfermeiro* que fora aprovado em todas as escolas de enfermagem dependentes do Ministério do Interior, em Setembro de 1950, e que a Escola de Enfermagem de Castelo Branco adoptou, objectiva a relação com a Igreja e apresenta os princípios morais que a enfermeira deveria cumprir no exercício da sua actividade. Este Juramento resultou de uma proposta da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em articulação com o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem:

“ Perante V.Ex.^a, representante legítimo da Autoridade, Juro, por Deus e pela minha honra:

- Que em tudo **cumprirei** as determinações da **lei**, da **moral tradicional** e dos regulamentos;
- Que **obedecerei** ao médico pronta e **fielmente** dentro da minha profissão;
- Que **não ultrapassarei os limites fixados pelo médico**, e lhe darei contas rigorosas das iniciativas a que a urgência me obrigar;
- Que **guardarei segredo** acerca de tudo o que chegar ao meu conhecimento em razão do exercício da minha profissão;
- Que assistirei aos doentes com a maior **caridade, delicadeza e dedicação**;
- Que atenderei não só aos bens do corpo, mas também aos **espirituais, familiares, profissionais e cívicos**, seguindo o exemplo de S. João de Deus, nosso padroeiro;
- Que **defenderei** a sua vida até ao extremo, aproveitando todos os recursos da ciência e da técnica, e nada farei contra ela;
- E que **respeitarei** os cadáveres como sagrados despojos de irmãos meus⁸²⁰”.

Este juramento constitui um conjunto de desígnios que deviam caracterizar o perfil da enfermeira ideal. A enfermeira que jurava cumprir a lei, a moral, os regulamentos, mas também as indicações do médico. Estamos perante, em meados da centúria de novecentos, uma submissão da enfermagem face à medicina que influenciou e acabou por negar autonomia identitária e profissional à enfermagem. Note-se que, além de jurar não ultrapassar aquilo que o médico impunha, devia dar-lhe conta de tudo o que acontecia na instituição hospitalar, funcionando a enfermagem como um prolongamento da presença médica.

Neste juramento é ainda visível o modelo virtuoso que era ensinado às enfermeiras no interior da sua instituição escolar. Referimo-nos aos valores da caridade, da delicadeza, da dedicação assim como a outros valores que ali estão subjacentes que dizem respeito à religião, onde se propõe o modelo de S. João de Deus como paradigma a seguir pela enfermagem portuguesa.

⁸²⁰ AECEB – Documentos avulsos – 1950 (sublinhado nosso).

Para reforçar esta ideia da enfermeira como modelo virtuoso recorreremos, novamente, ao Diário da Sessões da Assembleia Nacional, no ano de 1955, onde podemos verificar o conjunto de princípios de natureza moral que se encontram associados tanto à enfermeira religiosa como à enfermeira laica:

“A freira-enfermeira tem a estimulá-la e a confortá-la o seu voluntário acto de renúncia, oração, os seus votos, a graça dos sacramentos e todos os auxílios espirituais, que lhe proporcionam energia, coragem e vontade no exercício do seu apostolado. (...) possui a enfermeira laica, esses dons espirituais, mas Deus, na sua bondade infinita, dá-lhe os atributos necessários para poder também cumprir com abnegação, com amor cristão, com piedade, carinho, desvelo e competência a sua missão de voluntário sacrifício. Uma e outra bem merecem ser louvadas e exaltadas”⁸²¹.

Estes eram os valores que moldavam a enfermeira e o modelo que ela devia representar para a sociedade. O Estado Novo moralizou a enfermagem à luz dos seus valores e princípios de natureza cristã colocando a mulher como protagonista e modelo de virtudes “espirituais” no interior da enfermagem.

As escolas de enfermagem eram autênticos fóruns ilustrativos da virtude e da moral, dos modos de estar em sociedade e também na profissão. Estas instituições educativas souberam seleccionar e classificar habilmente os sujeitos que mais interessavam e que melhor podiam representar o sistema de valores de toda uma época.

Mas destaquemos esses valores à luz de um conjunto de fontes documentais relacionadas directamente com as escolas de enfermagem e que se encontram no Arquivo da escola de Enfermagem de Castelo Branco (Manuais escolares, entre outros), indiciando a sua utilização no ensino da enfermagem realizado nesta escola.

2.2. A disciplina

No Estado Novo era importante que a enfermeira possuísse um carácter disciplinado e orientado segundo os valores da época. A disciplina assumia um carácter moral e um carácter técnico. Importa realçar que a vertente moral destacava-se no desenvolvimento profissional e identitário deste grupo no Estado Novo. Muito embora, também as questões do tecnicismo, relacionadas com o *saber-fazer*, foram importantes porque a enfermeira deveria possuir a destreza necessária e o “desembaraço nas mãos” para um bom desempenho. No fundo, a boa enfermeira era aquela que possuía um “espírito de disciplina” técnico e moral apurado.

⁸²¹ Sessão da Assembleia Nacional de 24/03/1955, pp. 637 [Consultado em 08 de Julho de 2009].

A aluna de enfermagem deveria ser disciplinada. Na escola de enfermagem de Castelo Branco, durante o Estado Novo, a disciplina era uma importante característica que a aluna deveria demonstrar possuir. A disciplina era incutida no interior dos espaços escolares e nos Lares de Alunas Enfermeiras, como tivemos oportunidade de salientar anteriormente. A entrada da aluna na instituição escolar implicava a aceitação das regras escolares, formais e informais, e uma conduta respeitável do ponto de vista social e profissional. O respeito pelos médicos e monitores de enfermagem, enquanto alunas, era uma característica permanente no quotidiano institucional hospitalar e escolar. As alunas deviam seguir os bons princípios e costumes de modo a serem consideradas moralmente elevadas. Referimo-nos ao respeito, à humildade, à educação, entre outros aspectos que deviam ser praticados por quem pretendia vir a tornar-se uma profissional de enfermagem digna do seu estatuto de enfermeira.

Por outro lado, era necessário que as enfermeiras ao entrar no mercado de trabalho estivessem habituadas a seguir as regras instituídas sem as colocar em causa. Segundo Isabel d'Orey, uma referência da enfermagem para a professora da Escola de Enfermagem de Castelo Branco Maria Augusta Magalhães⁸²², a enfermeira:

“Ao entrar num serviço hospitalar vindes munidas de um diploma, mas desprovidas de experiência; encontrais um quadro constituído, adaptai-vos a ele com fé no critério dos que o organizaram, aceitai e respeitai a hierarquia estabelecida. Segui o caminho já trilhado com as outras e como as outras. Fazei-o ao menos no princípio”⁸²³.

A enfermeira devia respeitar os seus superiores hierárquicos. Este princípio deveria manifestar-se logo a partir do momento da entrada nas escolas de enfermagem e nos Lares de Alunas Enfermeiras. Isabel d'Orey refere num manual de enfermagem existente na Escola de Enfermagem de Castelo Branco o que entende sobre a ideia de disciplina:

“Ter espírito de disciplina é proceder com juízo, discrição e medida, qualidades que vos serão tanto mais exigidas quanto mais alto for o vosso posto, e isto debaixo de um duplo aspecto: o exemplo que dais às vossas subalternas e a vossa responsabilidade de chefe. Uma vez colocada nesse alto posto lembrai-vos que ainda não há muito fostes *uma nova* e não tomeis ante as *novas* uma atitude de superioridade, desinteressando-vos das suas modestas funções ouvindo com indiferença o relato das suas dificuldades, sorrindo das suas ignorâncias e desastres. Não vos julgueis imortais, ensinais as *novas* a beneficiar da vossa experiência para que a vossa obra seja continuada. Lembrai-vos acima de tudo

⁸²² Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp.8 (Anexos).

⁸²³ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 23.

que nunca possuireis uma alma de *chefe* se de princípio não possuídes uma alma de *soldado*, soldado disciplinado, consciencioso e obediente”⁸²⁴.

Este exercício de poder sobre o indivíduo tinha dois grandes objectivos que já referimos anteriormente. Esses objectivos passavam pela disciplina técnica e moral que a enfermeira deveria possuir.

Em relação ao primeiro aspecto – disciplina técnico-profissional – argumentava-se que o espírito de disciplina significava, principalmente, uma boa “adaptação prática e inteligente ao meio”. A adaptação prática e técnica do exercício profissional, nomeadamente em contexto de estágio era bastante valorizada. De acordo com um processo de reclamação de nota de Estágio Final, dirigido ao director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, a aluna refere que os erros apontados pelo júri, que levaram à sua reprovação, foram os seguintes:

“Na reunião de júri fui criticada nos seguintes aspectos:

- 1) Demorei pouco tempo a lavar as mãos e que tinha ido só.
- 2) Que deveria ter calçado luvas.
- 3) Que no penso da colostomia deveria ter colocado pasta de lassar em toda a volta.
- 4) Que fiz a lavagem pelo dreno com seringa de 5 cc o que não estava bem.
- 5) Que dei muitas voltas à doente.
- 6) Que o penso da sutura devia ter sido protegido por uma tela.
- 7) Que os dois pensos estavam muito conspurcados.
- 8) Que pelo manejar das pinças eu era pessoa treinada.
- 9) Logo no início do penso um membro do júri me disse que escusava ter isolado a doente.
- 10) Finalmente que a doente não tinha sido muito bem tratada e que a podia ter levantado”⁸²⁵.

Este processo de reclamação ilustra o grau de exigência ao nível da técnica a aplicar aos casos clínicos. No mesmo sentido, implica a responsabilidade da aluna na execução da técnica. Quer isto dizer que a aluna deveria possuir uma maior disciplina do ponto de vista técnico e não deixar acontecer alguns dos aspectos que são referidos na transcrição anterior.

Quanto à disciplina moral da enfermeira esta devia ser devidamente orientada e exercitada de modo a tornar-se cada vez mais firme e constante. Neste sentido, à enfermeira era solicitado que tivesse perseverança e fosse insistente nas suas tarefas e

⁸²⁴ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Moral Profissional da Enfermeira*, Lisboa: Livraria Sá da Costa, pp. 24.

⁸²⁵ AEECB – Processo de reclamação de nota de estágio dirigido ao director da Escola, 1971.

no interior das dificuldades. Este era o caminho que exercitava a vontade e a moral, mais do que feitos “heróicos”. Era necessário possuir carácter, embora não fosse sinónimo de “atirar-se impetuosamente”, significava, antes, “firmeza, fazer obra de paciência e não de brilho”⁸²⁶. Pedia-se à enfermeira o seguinte:

“Formai-vos num temperamento moral vigoroso; habituai-o, armai-o à resistência, à obscura coragem, ao esforço constante. Um gesto heróico não é, muitas vezes, mais do que um ímpeto e um pouco de audácia. Sujeitar-se a um perpétuo e laborioso recomeçar, isso exige vontade, e vontade firme. Sendo constante e forte, a vontade amoldar-se-á às circunstâncias, às oportunidades, e às ordens dos chefes, que se forem sucedendo”⁸²⁷.

A moral assume um lugar central no desenvolvimento identitário da enfermagem portuguesa durante o Estado Novo. De facto, trata-se de moldar as vontades individuais aos valores e aos princípios propostos pelo regime político da época. Pretendia-se que a enfermeira aceitasse tudo quanto lhe fosse proposto pelos superiores hierárquicos, sem questionar. A sua vontade deveria resistir aos ímpetos e à espontaneidade. A enfermeira ideal devia aceitar de bom grado as ideias dos outros e, neste sentido, pedia-se que fossem dóceis “o que não significa que vos curveis diante de tudo, sem reflectir nem compreender”⁸²⁸.

Encontramos um relatório de apreciação do trabalho de estágio de uma aluna da Escola de Enfermagem de Castelo Branco onde se refere, a propósito do que dissemos anteriormente, que a aluna além de ordenada e desembaraçada no trabalho “revelou relativo auto-domínio. Mostrou prazer em ser útil aos outros. Foi sempre pontual e uniformizou bem”⁸²⁹. Esta aluna possuía um conjunto de características que a tornavam uma aluna disciplinada, dado que possuía auto-domínio, isto é que controlava os seus ímpetos e as suas vontades próprias. Este era o modelo de enfermeira que se tentava formar na Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Uma enfermeira que dominasse as suas vontades, que respeitasse os seus superiores, sem os colocar em causa, e que desempenhasse quer moral quer tecnicamente bem a sua actividade. De qualquer forma convém referir que embora os princípios técnicos também fossem valorizados era a

⁸²⁶ VASCONCELOS, Ret^a Madre Catarina de Jesus Cristo d’Ornellas e (1947), *À Cabeceira dos que Sofrem – Preceitos e Conselhos de Moral Hospitalar*, Braga, pp. 77 (edição portuguesa).

⁸²⁷ Idem, pp. 77 e 78.

⁸²⁸ Idem, pp. 78.

⁸²⁹ AEECB – Documentos Avulsos - Apreciação Final (Enf. Carrondo), sem data.

disciplina moral e os valores inerentes ao exercício de uma moral profissional que se destacavam no quotidiano da enfermeira.

Num ofício dirigido por uma aluna da Escola de Enfermagem de Castelo Branco ao Ministro da Saúde e Assistência, em 1961, esta realça que “desde há anos que vem trabalhando abnegadamente, acrisoladamente, sentindo e vivendo a sua profissão, como ela deve ser sentida e vivida, e sem interesse monetário algum”⁸³⁰. Esta transcrição, retirada de uma reclamação, mostra a importância da disciplina no trabalho, muito embora sem interesses financeiros. Esta transcrição mostra que é a disciplina moral que está em causa. Este era o espírito da época. A entrevistada Maria Alice Barata Garcia concretiza esta ideia de disciplina na actividade formativa da Escola albicastrense do seguinte modo:

“Havia disciplina, mas havia respeito, depois isso mais tarde eu notei que se perdeu isso um bocadinho, mas ali não me fez mal. Até porque as regras e as normas, uma pessoa vinha habituada de casa a ter regras”⁸³¹.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco os professores tentavam que os seus alunos dessem uma imagem digna da profissão que representavam⁸³². O testemunho desta aluna assegura que do ponto de vista formativo a disciplina era muito inculcada nos alunos de modo a assegurar maior dignidade a uma profissão em emergência. Refere que tudo era visto ao pormenor pelos professores e monitores de enfermagem da instituição:

“A maneira de vestir, a maneira de falar, falar baixo de modo que não se ouvissem gargalhadas, portanto tinha de ser tudo assim. A maneira de vestir, havia muita gente que ficava muito revoltada pela maneira de vestir. Porque, pronto, na altura era a farda, as batas, o comprimento das batas, não se podia andar sem meias, tinha que se andar com meias, mas depois as meias... não se podia usar liga tinha de se usar cinto-liga (...). Portanto andar fardada impecavelmente, os cabelos, as unhas, é verdade, era assim. Depois quando fui trabalhar que era também dessa exigência mas já não me custou porque já ia super preparada”⁸³³.

Estas palavras ilustram bem o espírito de rigor e cumprimento de normas, disciplina, que havia no interior da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Porém, o objectivo final não seria a disciplina em si mesma, mas a preparação para o mundo

⁸³⁰ AEECB – *Ofício dirigido ao Ministro da Saúde e Assistência* (reclamação), 1961.

⁸³¹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp.5 (Anexos).

⁸³² Idem, pp.6 (Anexos).

⁸³³ Idem, pp, 5. (Anexos)

exigente do trabalho. Neste sentido, a entrevistada Maria Augusta Magalhães refere que o sentido disciplinar incutido na formação de enfermeiras ou de auxiliares de enfermagem “era só na perspectiva de as preparar...porque elas acabam aqui o curso e iam 6 meses para Lisboa, para os Civis, e veja o que era pessoas saírem daqui com a 4º classe e um ano de escola para Lisboa e encarregavam-nas com a responsabilidade de enfermarias”⁸³⁴.

A formação na Escola de Enfermagem de Castelo Branco era rigorosa, cumpriam-se os valores da época, cumpria-se uma lógica de disciplina dos comportamentos e do saber-estar e apresentar-se mas com o sentido da preparação para o mundo do trabalho. A Escola funcionava como uma ante câmara daquilo que as alunas iam encontrar, pouco tempo depois da sua formação, no contexto do trabalho.

2.3. A Obediência

A construção identitária da enfermagem foi muito influenciada pela forma como era submetida aos poderes profissionais instituídos. Os médicos desde muito cedo que quiseram fazer da enfermagem a auxiliar da medicina que devia responder de modo obediente e sem levantar problemas às vontades desse grupo profissional. Às enfermeiras era solicitado que fossem elementos obedientes. Partia-se do seguinte princípio: “a obediência é exigida à enfermeira, mas a quem não é ela exigida?”⁸³⁵.

A ideia de que toda a sociedade devia, de uma forma ou de outra, obediência a alguém, englobava a enfermeira que também estava integrada nesta “escala social” pois, “obedecer é lei inevitável de toda a criatura humana”⁸³⁶. A obediência impedia os indivíduos de “cair na escravidão das paixões”, caracterizando-se, de acordo com os princípios morais da época, por ser essencialmente um acto de razão e de virtude. Mas impunha-se outra questão que devia ser clarificada logo a partir da formação da enfermeira: a quem deviam obedecer?

Do ponto de vista profissional, a obediência era hierárquica. Isto é, em primeiro lugar a enfermeira devia obedecer ao médico-director em exercício “e não aquele que o precedeu, embora talvez vos agradasse muito mais, e com quem sempre vos entendestes

⁸³⁴ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp.4 (Anexos). Esta transcrição refere-se ao caso das auxiliares de enfermagem.

⁸³⁵ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 22.

⁸³⁶ VASCONCELOS, Rerª Madre Catarina de Jesus Cristo d'Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 67.

perfeitamente”⁸³⁷. Em segundo lugar, as enfermeiras deviam obediência aos médicos internos que prestassem serviço junto de si, “a cada um, conforme a sua categoria e grau de responsabilidade”⁸³⁸. Além destes, a enfermeira devia cumprir a moral estabelecida, isto é o conjunto de princípios instituídos numa determinada organização de saúde.

Relativamente às enfermeiras era necessário obedecer às orientações provenientes das superiores hierárquicas, nomeadamente à enfermeira geral.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco encontramos um comentário de uma enfermeira sub-chefe dos Hospitais Cívicos de Lisboa, local frequentado por muitos alunos desta instituição em estágio, onde se pode ler o seguinte, em jeito de nota final, sobre uma das estagiárias (considerando-a já enfermeira) desta escola: “Esta enfermeira mostrou aptidões para a profissão, paciência para os doentes, obediente e educada para os seus superiores”⁸³⁹. Esta nota retrata todo o ambiente de uma moral profissional instituída e as características que uma enfermeira deveria possuir no período do Estado Novo. Este entendimento é reforçado quando ao analisar um processo de reclamação de avaliação da escola de enfermagem albacastrense notamos que um dos principais argumentos utilizados para a defesa da aluna é o seguinte: “(...) porque agi em cumprimento de uma ordem dada pela monitora da minha própria escola que nos acompanhou fazendo parte do júri”⁸⁴⁰. A obediência implicava um conjunto alargado de deveres, entre os quais cumprir ordens das monitoras, que aceleravam o cumprimento das tarefas que deveriam executar sobretudo como auxiliares dos médicos. A entrevistada Maria Augusta Magalhães refere mesmo que, do ponto de vista formativo e mais concretamente nas relações entre professores e alunas na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, existia uma relação de obediência bem vincada: “Nós dizíamos as coisas e as alunas obedeciam cegamente”⁸⁴¹. Acrescenta que esta obediência consistia numa “obediência aos princípios e à profissão, aos deveres que essa profissão exigia. Elas conheciam (...) esses princípios que geriam e as pessoas obedeciam (...)”⁸⁴². Do ponto de vista formativo, embora a proximidade com os alunos fosse grande, havia um princípio de obediência a que os alunos estavam submetidos. Este princípio formativo acabava por prepará-los para a realidade a que iam ser sujeitos, primeiro, no interior dos

⁸³⁷ VASCONCELOS, Rer^a Madre Catarina de Jesus Cristo d`Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 69.

⁸³⁸ *Idem.*

⁸³⁹ AEECB – *Caderneta de Estágio Final do Curso de Enfermagem Geral da aluna (...)*, 1961.

⁸⁴⁰ AEECB – Processo de reclamação de nota de Estágio dirigido ao Ministro da Saúde e Assistência, 1971.

⁸⁴¹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp.8 (Anexos).

⁸⁴² *Idem.*

estágios, depois na sua carreira profissional. Referimo-nos ao facto de terem de obedecer sobretudo ao médico. De acordo com esta ideia Maria Augusta Magalhães refere mesmo que “a obediência hierarquicamente existia, o médico era o médico e a enfermeira era julgada abaixo do médico, como auxiliar do médico (...). O médico mandava fazer-se e fazia-se”⁸⁴³. É este cunho de obediência perante os médicos, que muitas vezes eram professores da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, que estava bem presente nas lógicas formativas no interior do ensino da enfermagem desta escola. Esta ideia de obediência é confirmada pela aluna Maria Alice Barata Garcia, no final da década de 60 quando frequentou a escola, e diz: “eram tempos muito difíceis. Por exemplo, recordo que a pessoa não era senhora de contestar uma ordem que fosse dada”⁸⁴⁴. O princípio da obediência fazia parte do quotidiano institucional e formativo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

Em suma, a enfermeira devia ser singela, aceitar sem discussões nem raciocínios, “salvo quando se trata de factos ignorados pelo médico”, aquilo que este lhe pedia ou mandava executar. Relativamente aos profissionais de medicina, a enfermeira “em todas as circunstâncias (...), deve ter um cunho de deferência, de cordialidade, e de uma dedicação sempre pronta”⁸⁴⁵, retraindo hábitos, costumes, opiniões pessoais ou ideias formadas. Deste modo, “hoje, ofereceis com grandeza de alma a vossa submissão; amanhã, talvez seja o caso de a pedirdes a outros. Sabei, pois, torná-la acessível ao próximo, como hoje apreciáis aqueles que vo-la facilitam”⁸⁴⁶.

De facto a relação com este grupo profissional (medicina) era de submissão o que dificultava a construção de uma identidade forte e a emergência de uma jurisdição profissional. A obediência ao médico e aos superiores hierárquicos transformou o exercício profissional da enfermagem num trabalho secundário, pouco teórico, e cravou à enfermagem uma matriz de auxiliar da medicina que cumpria funções pouco ou quase nada reflexivas, mas sobretudo gerida por princípios morais e técnicos. Estas características influenciaram decisivamente os processos de valorização desta actividade ao longo do século XX.

⁸⁴³ Idem.

⁸⁴⁴ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp.2 (Anexos).

⁸⁴⁴ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp.8 (Anexos).

⁸⁴⁵ Idem.

⁸⁴⁶ VASCONCELOS, Rer^a Madre Catarina de Jesus Cristo d`Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 72.

2.4. A dedicação ao bem comum: o problema do casamento

Ao longo da documentação que percorremos percebemos que os “anjos de bata branca” eram obrigados a conduzir os comportamentos de acordo com um conjunto de códigos morais colocados a circular pelo regime político vigente: o Estado Novo. Desde logo a boa enfermeira era aquela que possuísse um conjunto de características pessoais e profissionais adequadas ao exercício da enfermagem. Pode ler-se na apreciação realizada a uma aluna da Escola de Enfermagem de Castelo Branco que “durante o tempo em que frequentou a escola mostrou-se dedicada ao trabalho e interessada, esforçando-se por aproveitar todas as oportunidades práticas que lhe foram oferecidas”⁸⁴⁷. A dedicação e o interesse constituem importantes características avaliadas ao longo do percurso escolar e que deviam transitar para o exercício ideal da actividade profissional.

As difíceis condições de trabalho, quantas vezes penosas, a que eram sujeitas as enfermeiras⁸⁴⁸, obrigava-as a dedicar a maior parte do seu tempo ao local de trabalho. Neste sentido, a constituição de família foi algo que a partir, principalmente, da década de 40, da centúria passada, lhes foi negada de modo a poderem entregar-se inteiramente à causa do próximo, abdicando de si mesmas. No fundo estamos perante uma inspiração conventual e religiosa que imperava por esta altura e que definiu a actividade profissional durante largos anos.

O exercício da enfermagem, entre o final da década de 30 e meados dos anos 60, não era compatível com o casamento. Este sacrifício individual, segundo o regime político vigente, constituía-se como um verdadeiro acto de renúncia a favor, supostamente, do bem comum. O Decreto-lei nº 28.794 de 01 de Julho de 1938 referia que “nos lugares dos serviços de enfermagem e domésticos (serviço interno) a preencher por pessoal feminino só poderão de futuro ser admitidas mulheres solteiras e viúvas sem filhos, as quais serão substituídas logo que deixem de verificar-se estas condições”⁸⁴⁹. Pouco tempo depois, em 1942, o Estado defendia novamente esta ideia, realçando que “o tirocínio ou prestação de enfermagem hospitalar feminino são

⁸⁴⁷ AEECB – *Apreciação Final*, sem data.

⁸⁴⁸ Maria da Cruz Repenicado Dias, superintendente dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa, no final da década de 50 do século XX, quando questionada sobre as condições de trabalho das enfermeiras refere: “Horários pesados que desmoralizam e trabalho extenuante e inexequível; falsas folgas (a seguir às velas); trabalho que não rende para os organismos em horas semanais mais do que 4 a 10 horas do que se fosse feito em horários racionais de 8 horas. Cansa e debilita, desgastando o indivíduo e incapacitando-o cedo para trabalho útil”. *Revista de Enfermagem*, nº 10, 1959.

⁸⁴⁹ Decreto-lei nº 28.794 de 01 de Julho de 1938.

reservados a mulheres solteiras ou viúvas sem filhos”⁸⁵⁰. O casamento era considerado um entrave ao exercício desta actividade profissional dada a sua exigência. Era necessário que a enfermeira se entregasse somente à profissão e que, conseqüentemente, não tivesse outros “encargos” à sua responsabilidade. É por isto que podemos interpretar a enfermagem como um sacerdócio ao serviço principalmente do Estado. As enfermeiras foram obrigadas, até 1963⁸⁵¹ a renunciar ao casamento de modo a poderem integrar este grupo socioprofissional e a exercerem a sua profissão.

De acordo com Lucília Escobar, as mulheres casadas “deviam, portanto, ser afastadas da irregularidade de horários e de funções consideradas dificilmente coadunáveis com os deveres de esposa e mãe”⁸⁵². Segundo a mesma autora, esta profissão, em meados do século XX, encontrava-se conotada com práticas morais pouco recomendadas na época, daí o processo de moralização que o Estado Novo promoveu:

“A enfermagem parece ter atravessado um período em que era socialmente considerada indigna e as suas profissionais consideradas «prostitutas». A proibição do casamento poderá ter sido talvez uma das razões, na medida em que muitas mulheres se viam «obrigadas» a viver ilegalmente com os seus companheiros. Segundo Magalhães e Costa (1956) havia quem reconhecesse, no celibato das enfermeiras, mais uma possibilidade para elas disporem livremente do seu corpo, sem a inibição de um casamento indissolúvel e sem os compromissos dele decorrentes (Magalhães e Costa (1956:7)”⁸⁵³.

Esta orientação, que cruza a enfermagem com o celibato, foi contestada pela própria Igreja Católica. Constituiu-se um movimento que pretendia abolir a negação do casamento a estas profissionais. No final da década de 40, a *Liga Portuguesa de Profilaxia Social* assumiu um movimento de defesa do casamento para as enfermeiras portuguesas.

“ A Liga Portuguesa de Profilaxia Social, que já em 1939 empreendeu uma campanha contra a proibição de casamento imposta às telefonistas da *Anglo-Portuguese Telephone Company*, campanha de que saiu vitoriosa ao cabo de um ano de largos e perseverantes esforços, em que teve o mais rasgado apoio da parte de personalidades eminentes da vida pública portuguesa, e em especial de todo o Venerando Episcopado e altos Dignatários de outros Credos religiosos, encetou em princípios de 1948 uma campanha análoga em favor das enfermeiras dos Hospitais Civis, sujeitas igualmente a idêntica

⁸⁵⁰ Decreto – lei nº 31.914 de 12 de Março de 1942.

⁸⁵¹ Decreto-lei nº 44.923 de 06 de Março de 1963.

⁸⁵² ESCOBAR, Lucília (2004), *O sexo das profissões – género e identidade socioprofissional em enfermagem*, Porto: Edições Afrontamento, pp. 55.

⁸⁵³ Idem, pp. 56.

restrição, donde resultam inúmeras ligações à margem da lei e da moral, abortos provocados, e outras misérias consequentes”⁸⁵⁴.

Foram várias as individualidades que apoiaram esta causa e que mostraram a contradição entre o que era defendido na Constituição de 1933, os costumes da Igreja Católica e a prática de celibato relacionada com este grupo socioprofissional. Elementos da Igreja Católica como o Arcebispo de Braga, o Bispo de Beja, o Bispo de Portalegre e, ainda, elementos ligados à hierarquia católica em funções nas colónias portuguesas, como o Bispo de Nova Lisboa ou da Beira, apoiaram esta causa.

No mesmo sentido, a *Liga* enviou um inquérito para os Consulados portugueses com o objectivo de averiguar qual era a prática legal relacionada com o assunto em análise. Na brochura resultante do inquérito encontramos respostas dos Consulados dos Estados Unidos da América, da Bélgica, da Bolívia, do Brasil, da Espanha, da Finlândia, da Holanda, do Panamá, da Noruega, do Uruguai, entre outros.

A grande conclusão é que Portugal, no que diz respeito ao matrimónio das enfermeiras hospitalares, era um caso singular.

Na verdade, este movimento de defesa do casamento das enfermeiras hospitalares promoveu um debate político ilustrativo do problema que esta questão levantava. Em 1950, o deputado José Meneres, na Assembleia Nacional, argumentava o seguinte:

“Eu compreendo que a enfermagem deve ser uma espécie de sacerdócio – de dedicação e sacrifício pela vida e saúde alheias –, incompatível até certo ponto com as preocupações e deveres familiares. Esse grau de perfeição só se poderá atingir, porém, através da assistência religiosa. As freiras, pela sua vocação especial, pela sua renúncia à vida terrena e pelo espírito de sacrifício em que o seu carácter se forma, serão as únicas com possibilidade de atingir o fim ideal de perfeita assistência na doença. Mas como não podemos contar com elas em todas as emergências, como temos de recorrer às enfermeiras laicas, há a necessidade de encarar o exercício da profissão destas com o devido realismo, aproveitando-se, mas sem lhes impor obrigações desumanas e até contrárias aos princípios que orientam a nossa Constituição e que fazem derivar toda a organização política da Nação da constituição da família”⁸⁵⁵.

O deputado começou por situar o debate no interior de um plano político defendendo que se tratava de um atropelo constitucional. Continuou, argumentando que à mulher cabia principalmente ser mãe e esposa. No entanto, a constituição de família

⁸⁵⁴ Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1952), *A acção da liga portuguesa de profilaxia social – em prol do casamento das enfermeiras dos hospitais civis*, Porto: Imprensa Social, pp. 55.

⁸⁵⁵ Sessão da Assembleia Nacional de 26 de Abril de 1950 [consultado em 08 de Julho de 2009].

não deveria ser contrária ao exercício de qualquer profissão, como então acontecia com a enfermagem.

“O casamento e a constituição de família não são, em regra, elementos impeditivos do exercício de enfermagem, pois a mulher casada, consciente de ter realizado honestamente o fim social a que Deus a destinou, pode dedicar à sua profissão muito maior carinho e devoção do que aquelas que, por virtude daquela proibição desumana, venham a ser vítimas dos mais graves conflitos morais, que, por evidentes, me dispense de referir pormenorizadamente”⁸⁵⁶.

No mesmo sentido, no ano seguinte, em 1951, o deputado Melo e Castro teceu um conjunto de considerações relevantes para esta causa, partindo do princípio que “(...) o legislador teve em vista sobretudo dois objectivos: defender a família, forçando as enfermeiras que sejam esposas ou mães a não sacrificar aos penosos horários do serviço hospitalar o bom governo do seu lar, e zelar pela eficiência da enfermagem hospitalar, reclamando das enfermeiras uma tal dedicação ao seu difícil e delicado múnus que o legislador a não julga compatível com os deveres da esposa e da mãe”⁸⁵⁷. Partindo desta premissa, e assumindo que a enfermagem é “aquela profissão que melhor se adapta à mulher”⁸⁵⁸ vai desconstruir o princípio da proibição do casamento imposto às enfermeiras dos hospitais civis, recorrendo aos inquéritos promovidos pela *Liga Portuguesa de Profilaxia Social* e estabelecendo um termo de comparação com a realidade inglesa.

“Quanto ao casamento das enfermeiras, de entra vários passos em que o assunto é tratado, tiro as seguintes conclusões [olhando para o caso Inglês]. «Se uma mulher casada quiser continuar a exercer a enfermagem, todos os esforços devem ser feitos para lho permitir»; «as objecções habituais contra o emprego de enfermeiras casadas não suportam exame». Creio que quanto à pátria de Florence Nottingale e de Edith Cavell estamos elucidados...”⁸⁵⁹.

Na opinião deste deputado era preciso flexibilizar o sistema de modo a permitir garantir a articulação do trabalho das enfermeiras com a sua actividade doméstica, de mãe e de esposa.

A proibição do casamento foi perdendo força. Por outro lado, angariou apoiantes no que diz respeito à defesa do mesmo. Esta questão articulava-se com a fraca procura

⁸⁵⁶ Idem.

⁸⁵⁷ Sessão da Assembleia Nacional de 30 de Abril de 1951, pp. 995. [consultado em 08 de Julho de 2009].

⁸⁵⁸ Idem.

⁸⁵⁹ Ibidem.

dos cursos de enfermagem, cuja proibição não facilitava a procura, aumentando os problemas da falta de profissionais desta área. Em carta enviada ao Inspector-chefe da Assistência Social, a 5 de Julho de 1954, em nome do Conselho Escolar da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, o director da instituição salientava o problema das vocações:

“ Mas as vocações, as verdadeiras vocações, são poucas e não devem desprezar-se. O rigorismo da admissão, baseada na idoneidade moral, no grau de instrução e no exame médico, as perspectivas de uma profissão exigente de disciplinas e sacrifícios, tornam pouco aliciante, para muitas raparigas, esta carreira”⁸⁶⁰.

O problema identificado por José Lopes Dias acentuava-se ainda mais devido às questões relacionadas com a proibição do casamento. Curiosamente o número de alunos matriculados na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, a partir de meados da década de 60, aumentou face ao que acontecera na década anterior, o que poderá ter algum tipo de conexão com a abolição da proibição do casamento e o alargamento da base de recrutamento. Muito embora a entrada nas escolas de enfermagem acontecesse numa idade de transição para o estado adulto, não se pensava muito sobre este assunto. Veja-se o caso da entrevistada, então aluna, Maria Augusta Magalhães, na década de 50, quando frequentou a escola de enfermagem:

“(…) quando disse que vinha para a escola de enfermagem, lembro-me que uma tia disse-me assim: “oh filha olha que depois não te podes casar...” Não posso casar? Hei-de casar sim senhora se apanhar com quem...não me influenciou nada até porque inicialmente fiz o curso de auxiliar social, só depois fui para a escola de enfermagem fazer o curso geral”⁸⁶¹.

Portanto, o facto de as enfermeiras serem proibidas de casar tem mais a ver com a dedicação de corpo e alma (por vocação) ao bem comum e ao facto de a enfermagem se encarar na época como um sacerdócio onde as mulheres tinham a obrigação moral de tratar do outro de um modo cristão e caritativo, na sequência de uma lógica natural entre o privado e o público. No fundo colidem duas visões diferentes de enfermagem: a religiosa e a laica. Estes modelos entravam em confronto e, no caso albicastrense, esses conflitos também aconteceram nos estágios das alunas da escola.

⁸⁶⁰ AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao Inspector Chefe da Assistência Social a 05 de Julho de 1954.

⁸⁶¹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 3 (Anexos).

Ao longo da década de 50, a *Revista de Enfermagem* efectuou um conjunto de entrevistas a personalidades de reconhecido mérito que estiveram por dentro do desenvolvimento da enfermagem em Portugal. Em 1956, Maria Fernanda da Silva Resende⁸⁶² defendia que o problema do casamento das enfermeiras devia ser resolvido com a maior prontidão através da flexibilização e das oportunidades que daí podiam gerar-se:

“Parece-nos de absoluta necessidade a alteração do Decreto-Lei (...) que proíbe o casamento das enfermeiras. Desde que a enfermeira o seja por vocação, e tenha as qualidades requeridas, há, em muitos casos, até vantagem no casamento, visto que a enfermeira casada encara alguns problemas de maneira diferente e em certos casos mais vantajosa. Desde que haja horários razoáveis, é perfeitamente possível o trabalho às enfermeiras casadas. De resto, podem com grande vantagem para os Hospitais, organizar-se quadros especiais para serviço em período de trabalho reduzido (Expl. Consulta-Externa, etc.)”⁸⁶³.

Como referimos, o debate prolongou-se para a década de 60 e o próprio Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem apoiou o movimento de defesa do casamento das enfermeiras. Esta longa discussão terminou em 1963, oficializando-se a permissão do casamento das enfermeiras hospitalares.

De qualquer forma, a proibição do casamento durante duas décadas influenciou as escolhas das raparigas que procuravam uma actividade profissional, mas que não pretendiam a entrega total ao serviço hospitalar. De facto, a identidade das enfermeiras se por um lado encontra espaços escolares novos que ajudam a reforçar a sua identidade profissional, por outro lado encontra dificuldades promovidas pelo próprio Estado como a proibição do casamento. Esta lógica de promover a actividade profissional e de impor condições muito próprias e difíceis de cumprir esteve na origem de um desenvolvimento mais tardio da própria enfermagem enquanto profissão e de muitos avanços e recuos quanto à definição identitária da enfermagem portuguesa.

⁸⁶² Formada pela Escola das Casas de S. Vicente de Paula, foi em 1958 nomeada enfermeira-chefe dos Serviços Médico-Sociais; em 1951, contratada como Monitora da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca; “como bolsista do nosso Governo tem desempenhado diversas missões de estudo ao estrangeiro, frequentando as clínicas de Parto Natural em França, em 1955, e estudando Escolas de Enfermagem e Instalações Hospitalares na Bélgica e Suíça, no mesmo ano”. *Revista de Enfermagem*, nº 13, 1956.

⁸⁶³ *Revista de Enfermagem*, nº 13, 1956.

2.5. A Bondade e a Coragem

Nos manuais de enfermagem que encontramos na Escola de Enfermagem de Castelo Branco apercebemo-nos que a enfermeira deveria representar o valor da bondade e ao mesmo tempo ser corajosa perante as adversidades que esta actividade proporcionava a vários níveis. A enfermeira devia ser bondosa com os públicos com que lidava quotidianamente e corajosa para enfrentar os desafios da profissão. Catarina de Vasconcelos refere, em 1947, o seguinte:

“A bondade deve ser a vossa virtude primordial, inspiradora de todas as outras, sempre igual, serena, sorridente, sem se deixar perturbar por nenhuma maledicência ou ingratidão, fazendo transbordar o que tendes de melhor, para o derramardes sobre o próximo, sobre um próximo aflito, dolorido”⁸⁶⁴.

A bondade constituía um princípio que, por si mesmo, ajudaria a melhorar a condição de doente do ser humano. A enfermeira constituía um elemento de consolação e de conforto para o doente que podia contar com a sua amabilidade, as suas necessidades, enquanto enfermo. Neste sentido “pode suceder qualquer imprevisto; um doente pode entornar, sujar, quebrar qualquer coisa. Desde que não hesite em confessá-lo, nunca a enfermeira lhe meta medo, mesmo se tiver maior delito, quanto ao perdão”⁸⁶⁵. A enfermeira devia ser afável, atenciosa, delicada e bondosa para o doente que sofria, dado que “a irradiação da bondade dev[ia] ser um calmante”⁸⁶⁶.

Além dos doentes, as famílias dos enfermos também deviam ser objecto do exercício da bondade. A enfermeira devia colocar-se no lugar da família que estava em sofrimento e acolher “sem frieza, as exigências de pormenores, as visitas importunas, e tudo o mais”⁸⁶⁷.

Quanto aos médicos, as enfermeiras deviam usar de “grande bondade”: “nada de impaciências, nada de manifestações de desalento, perante o seu perpétuo «statu quo»”⁸⁶⁸. É evidente a submissão constante da enfermeira ao médico que não podia ser molestado com qualquer assunto despropositado⁸⁶⁹. Na verdade, a enfermeira devia

⁸⁶⁴ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d'Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 32.

⁸⁶⁵ *Idem.*

⁸⁶⁶ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d'Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 35.

⁸⁶⁷ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d'Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 36.

⁸⁶⁸ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d'Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 34.

⁸⁶⁹ Cf. POSSOLLO, Dr. Adolpho, *Curso de Enfermeiros*, Rio de Janeiro: Livraria Editora Freitas Bastos (este livro deu entrada na biblioteca da Escola de Enfermagem de Castelo Branco em 1965 revelando as orientações seguidas nessa data).

facilitar as tarefas dos médicos, “sabendo ganhar-lhes a estima e simpatia, sejam quais forem as vossas razões de queixa, fazendo sobressair o seu valor profissional”⁸⁷⁰.

Entre os pares também se devia praticar a bondade, devendo ajudar-se umas às outras sempre que fosse necessário.

A atitude da enfermeira para com os subalternos devia passar pela “boa educação”. Quer dizer, não deviam falar de forma “ríspida” e com “altivez”. Era aconselhado que deviam aprender a “perfumar de bondade a vossa voz de comando”.

Em suma, a “bondade não pretende levar a todos da mesma maneira; é preciso ter em conta o temperamento, os hábitos, a posição social, e saber adaptar-se às circunstâncias”⁸⁷¹. A enfermeira deveria adaptar-se aos seus doentes e à sua condição social. A este propósito Ismael Martins, antigo professor da escola albicastrense, refere o seguinte sobre a acção da enfermeira:

“a aceitação da pessoa como ela era e, por outro lado, a grande preocupação em que o enfermeiro descesse ao nível da pessoa para se poder relacionar bem com ela. Isto é, não podíamos tratar da mesma forma, embora com a mesma preocupação, o modesto agricultor ou aldeão ou um senhor de classe, embora os cuidados que lhes prestávamos eram os mesmos e com a mesma atenção, mas a relação directa, a conversa, o modo de falar tinham de ser diferentes”⁸⁷².

Cada um no seu lugar. A enfermeira formada na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, desde o tempo do fundador José Lopes Dias, devia saber adaptar-se perante as circunstâncias e os públicos que encontrava. No aspecto formativo os princípios da bondade e da coragem eram incutidos pelos professores da escola aos seus alunos. A entrevistada Maria Augusta Magalhães refere mesmo o seguinte:

“(…) uma pessoa que não tenha bom fundo, que não seja bondosa, faz mecanicamente as coisas. Uma pessoa bondosa atende a que o doente está a sofrer, atende a que tem de o respeitar, atende a que lhe faz carinho, animá-lo, dentro da técnica que está a executar deve transmitir essa bondade ao doente”⁸⁷³.

Esta professora de enfermagem defendia que só a enfermeira bondosa podia concretizar a missão para a qual se encontrava vocacionada. E neste sentido, confirma que a formação na escola albicastrense também se caracterizava por este princípio da bondade. Refere o mesmo quanto à coragem necessária à aluna de enfermagem para

⁸⁷⁰ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d’Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 37.

⁸⁷¹ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d’Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 40.

⁸⁷² Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 4.

⁸⁷³ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 9 (Anexos).

enfrentar a sua futura actividade profissional. Segundo Maria Augusta Magalhães a enfermeira deveria ser corajosa para:

“(…) enfrentar as coisas que aparecessem, porque muitas vezes não tem...quantas pessoas desmaiam etc... e a enfermeira tem de ter força para ajudar o doente na situação em que está e para ver determinadas situações, mas sobretudo corajosa para não tirar a esperança ao doente e para lhe inculcar coragem para vencer os problemas”⁸⁷⁴.

A enfermeira devia possuir uma boa dose de coragem para enfrentar as agruras da sua profissão e da vida. De acordo com Isabel d'Orey, “se a primeira qualidade da enfermeira é ser boa, essa bondade deve necessariamente ser acompanhada de coragem” pois “a vida é luta contínua e luta dolorosa, tanto mais quando é vivida na presença constante da dor”⁸⁷⁵. No mesmo sentido, a então aluna Maria Alice Barata Garcia confirma a transmissão destes valores no interior da sua formação na década de 60. Refere que se pode encontrar uma associação entre ambos, a bondade e a coragem, e refere isso do seguinte modo:

“se for boa para aquele doente acho que vou-me sentir realizada na minha profissão. Ser bom acho que é isso. E ser corajosa...às vezes é preciso ter muita coragem em muitas situações. Quando...sei lá...em situações em que nós vemos jovens e crianças em estados críticos. Eu lembro-me de chorar muita vez, eu chorei muita vez, depois a professora dizia para os alunos, “não é vergonha chorar”. Chorei uma vez, se calhar essa foi a primeira, em que morreu uma criança. E pronto, a gente aí sente-se e diz: “meu deus, eu sou enfermeira, devia fazer tudo e não fui capaz, mas porquê? Uma criança?” Aí temos de ser corajosos até para dar a volta. Lembro-me de chorar nessa vez...lembro-me que nós é que fazíamos os telefonemas para os familiares e lembro-me dos pais dizerem se podiam ir...já era tarde e eu disse que sim...que podiam. Eu tinha de arranjar coragem e tinha de os preparar a eles.(...). E acho que o facto de chorar não quer dizer que não se tenha coragem”⁸⁷⁶.

Este testemunho ilustra as dificuldades com que as alunas de enfermagem por vezes se deparavam. Enfrentar algumas situações exigia coragem e este aspecto era realçado no quotidiano formativo das futuras enfermeiras, sobretudo em contexto de estágio, onde viviam em concreto as dificuldades da sua futura actividade. Todavia nas práticas clínicas não se podia mostrar o lado sentimental com o profissional de modo a que o doente pudesse ver principalmente uma mulher de coragem ao seu lado, pois “se

⁸⁷⁴ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 9 (Anexos).

⁸⁷⁵ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 16.

⁸⁷⁶ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp. 6 (Anexos).

em lugar duma mulher corajosa vêm à sua cabeceira uma menina nervosa e impressionável, ai deles, coitadinhos!”⁸⁷⁷.

Em suma, a enfermeira bondosa devia possuir força de carácter suficiente para enfrentar um conjunto de situações e agruras da profissional e *saber-estar* perante um leque alargado de situações e de pessoas que iam desde o doente ao médico.

2.6. A Paciência, o Entusiasmo e a Alegria

A entrega à enfermagem devia ser total. Apesar desta actividade não beneficiar de boas condições materiais, ao nível hospitalar por exemplo, as enfermeiras deviam ser pacientes, entusiastas e alegres com o seu trabalho. Decorrem destes princípios a ideia de vocação. Isto é aquela que decide entregar-se e dedicar-se ao outro com ganhos mínimos para si própria.

De acordo com Isabel d’Orey a paciência “é a perfeita posse de nós mesmos em todas as circunstâncias; é a serenidade de alma sempre mantida e que a fisionomia reflecte; é a atitude calma e pacífica ante tudo e todos; numa palavra, é saber conter o nosso génio e o nosso coração, não por falta de sensibilidade mas porque soubemos aprender o domínio de nós próprios”⁸⁷⁸. Era desejável que a enfermeira soubesse conter os impulsos e controlasse o seu próprio “eu” perante todas as situações adversas. A paciência ajudá-la-ia a suportar, a calar e recomeçar as suas tarefas.

“Virtude sempre e em toda a parte necessária quanto mais o não é na vida hospitalar que, ante a uniforme e dolorosa repetição dos mesmos espectáculos tristes, exige com a nossa absoluta dedicação a despesa total das nossas forças, seja qual for a nossa disposição física e moral. Para afrontar com serenidade excessos de trabalho, responsabilidades esmagadoras, que provisão de paciência não é precisa? É fazer um belo elogio duma enfermeira o dizer: «tem uma completa posse de si mesma, sabe dominar-se». Procurai merecê-lo. Depois do primeiro esforço vereis como a vossa vida e a daqueles que vos rodeiam se tornará mais fácil”⁸⁷⁹.

A paciência constituía uma “virtude activa” na medida em que devia ser exercitada constantemente com os doentes, com os familiares, com os pares e os subalternos ou com os médicos.

⁸⁷⁷ D’OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 17.

⁸⁷⁸ D’OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 20.

⁸⁷⁹ Idem.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco a paciência com os diversos intervenientes no processo curativo era algo muito falado. A entrevistada Maria Alice Barata Garcia é peremptória quando se refere a este assunto:

“Os professores falavam muito. Ter paciência...isso falava-se muito. Isso era mesmo massacre. Paciente com os doentes, com os familiares...Nós éramos muito preparados para isso, levávamos uma ensaboada mesmo muito grande. Nós estamos ali é para os servir, era muito essa linha”⁸⁸⁰.

Recomendava-se que em relação aos doentes e à sua família era necessária paciência dado que a sua ansiedade fazia perder a noção das coisas. No mesmo sentido Maria Augusta Magalhães reforça esta ideia e inclui outros princípios que se encontravam relacionados e que eram incutidos na formação escolar. A entrevistada refere o seguinte:

“Paciente com o doente...que se queixa muitas vezes e a enfermeira devia estar preparada para lidar com essas queixas. A enfermagem eram vista como uma vocação, a enfermeira tem de ter estas qualidades todas e tem de ser alegre, não é a enfermeira triste de semblante carregado de incutir pouca esperança ao doente, não ela tem de ser alegre e transmitir essa coragem ao próprio doente”⁸⁸¹.

Além da necessária paciência sobretudo em relação ao doente havia que encarar a enfermagem como um sacerdócio e espalhar o entusiasmo e alegria através da profissão que desempenhava. Maria Alice Barata Garcia refere mesmo o seguinte:

“Quanto ao entusiasmo e à alegria, isso é das coisas que eu acho que aprendi nessa altura e depois tentei transmitir aos alunos, é que os doentes não têm culpa se nós estamos mal dispostos. Os doentes não têm culpa. Todos nós temos problemas e eu também os posso ter, e às vezes ainda podiam ser maiores do que os dos doentes. Mas a questão aí não têm culpa dos meus. Temos de os deixar à entrada da porta. Podemos ter momentos em que temos de nos retirar mas quando estamos com os doentes temos de ter realmente uma disposição para os ajudar a eles. Nós estamos a trabalhar, num serviço que nós escolhemos, e eles estão ali e não escolheram estar ali. Estão ali por circunstâncias da vida, eles estão piores e portanto não têm que levar com a nossa cara de má disposição, isso era realmente muito incutido”⁸⁸².

Maria Alice Barata Garcia mostra a importância que estes aspectos tiveram no seu quotidiano formativo. Ficou-lhe na memória uma forma de expressão que é

⁸⁸⁰ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp. 6 (Anexos).

⁸⁸¹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 9 (Anexos).

⁸⁸² Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Barata Garcia, pp. 6 (Anexos).

elucidativa sobre o aspecto em análise: “se andas de má cara, muda de cara. Os doentes não têm culpa”⁸⁸³. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, de acordo com a entrevistada, tentava-se sempre que possível inculcar nos alunos estes princípios de modo a aplicá-los nos estágios junto dos doentes.

Para finalizar, recuperamos parte da apreciação final de um estágio realizado na Escola de Enfermagem de Castelo Branco onde se pode ler acerca da aluna que sempre se mostrou “entusiasta, mostrou-se sempre desejosa de aumentar os seus conhecimentos (...)”⁸⁸⁴. O entusiasmo e a alegria eram características que deviam estar presentes quer nos estágios quer no interior da profissão. Assim, a “enfermeira que se habitua a ser alegre encontra na sua própria alegria o sorriso que anima, a palavra que distrai e por vezes faz rir”⁸⁸⁵. A paciência, o entusiasmo e a alegria constituem virtudes que a enfermeira deveria procurar objectivar nas suas práticas profissionais.

2.7. A Verdade, a Lealdade e a Dignidade

Os princípios morais da verdade, da lealdade e da dignidade faziam parte do vasto leque de qualidades que caracterizavam o universo ideal da enfermagem no Estado Novo. No que diz respeito ao princípio da verdade, a enfermeira devia exercitá-lo para se tornar uma boa profissional:

“ Todo o homem procura a verdade, tem necessidade da verdade. Um pouco mais ou menos não nos satisfaz e a nossa consciência ordena-nos imperativamente que sejamos verídicos em nossas palavras. Tudo o que não é fundamentalmente verdadeiro não tem valor algum. Além disso o contrário da veracidade é um elemento de corrupção e deterioração. A falsidade estraga tudo o que atinge, e a mais agradável personalidade nada vale se não for sincera”⁸⁸⁶.

O princípio da verdade deveria regular as acções da enfermeira com todos os intervenientes relacionados com o seu trabalho, nomeadamente com os médicos. Assim, “é um dever [para a enfermeira] ser perfeitamente verídica, mais ainda, ser absolutamente leal”⁸⁸⁷.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco encontramos um processo disciplinar onde é o valor da verdade que se encontra em causa. A aluna estagiária,

⁸⁸³ Idem, pp. 3.

⁸⁸⁴ AEECB – Apreciação Final, sem data.

⁸⁸⁵ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 18.

⁸⁸⁶ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 25.

⁸⁸⁷ Idem.

supostamente, roubara objectos de valor a uma das monitoras no Sanatório Sousa Martins, na Guarda, onde se encontrava a desenvolver o seu estágio. O director da instituição escolar, José Lopes Dias, tomando conhecimento do caso salienta:

“De uma vez que por nós foi recebida para dar explicações sobre estes subdesvios da conduta, e lhe evidenciamos os inconvenientes da mentira, lixo da vida moral, não manifestou qualquer reacção satisfatória, ficando impassível e sem pretender esboçar uma defesa. Aconselhamo-la então a pensar noutra profissão, menos exigente, mas neste ponto é manifesta a sua obstinação”⁸⁸⁸.

Analisados os diversos pontos deste caso pela tutela e pela Escola de Enfermagem albicastrense, a Inspeção de Assistência Social resolveu dar uma segunda oportunidade à aluna, repetindo o estágio. Todavia refere-se que a aluna “deveria ser objecto de particular vigilância afim de que se pudesse verificar de certeza se ela está ou não completamente regenerada”⁸⁸⁹. Na caderneta de estágio desta aluna a sua monitora escreveu mesmo o seguinte: “por vezes cria mau ambiente por gostar de brincar com os objectos que lhe não pertencem”⁸⁹⁰. Estas práticas eram moralmente condenáveis e a aluna foi alvo de sanções disciplinares, só mais tarde podendo ter uma 2ª oportunidade de fazer o estágio. De qualquer dos modos era o princípio da verdade que estava em causa. Um valor central no interior de uma moral profissional da enfermagem no Estado Novo.

Apesar de se considerar que verdade e lealdade não eram a mesma coisa, pois “podemos dizer a verdade e no entanto ocultar qualquer circunstância que por dever seríamos obrigadas a declarar”⁸⁹¹, a sua relação era muito importante no interior desta actividade profissional. Com efeito da articulação entre os princípios da verdade e da lealdade emerge a dignidade da enfermeira.

A entrevistada Maria Augusta Magalhães, enquanto professora, refere que tinha a preocupação de transmitir estes valores aos alunos nas suas aulas e nos estágios. Refere que “era sempre um aspecto que se frisava... sempre. Os alunos eram obrigados a aplicá-los no estágio e conscientes daquilo que estavam a fazer. Quer dizer, conscientes de que sabiam que tinha de ser assim. Era isso que se esperava deles”⁸⁹². Estes

⁸⁸⁸ AEECB – Correspondência Expedida – Carta enviada ao Ex. Mo Senhor Director-geral dos Hospitais, de 28/10/1966.

⁸⁸⁹ AEECB – Processo biográfico da aluna (...) – processo disciplinar, 1958.

⁸⁹⁰ AEECB – *Caderneta de estágio*, 1958.

⁸⁹¹ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 25.

⁸⁹² Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 9 (Anexos).

princípios circulavam na escola de enfermagem. Deles deveria emergir “uma perfeita dignidade de vida; dignidade não só aparente mas real, não só de acções e palavras mas de pensamentos também; dignidade na sociedade que frequenta, nos espectáculos a que assiste, nos livros que lê, dignidade que transparecendo no seu porte, no seu modo de falar, na correcção e simplicidade do seu vestir, revelam a consciência que tem da grandeza da sua missão”⁸⁹³. Isto porque de acordo com a entrevistada Maria Augusta Magalhães “as pessoas esperavam da enfermeira um exemplo de virtude e honestidade. Um exemplo para a sociedade”⁸⁹⁴.

Em síntese, o princípio da verdade em extensão com o da lealdade constituíam as bases para uma verdadeira dignidade profissional. A conduta da enfermeira na escola, dentro da instituição onde trabalhava ou na sua vida privada devia sempre pautar-se por este princípios.

2.8. O Silêncio, a Discrição e as Boas Maneiras

A vida profissional da enfermeira devia caracterizar-se pelo silêncio, pela discrição e pelas boas maneiras. De facto, estes princípios constituem marcas importantes na definição da identidade do grupo. A imposição destes princípios contribuía para uma actividade com pouca expressão no interior dos espaços organizacionais que ocupava. Eram princípios que logo desde a entrada na escola de enfermagem se incutiam aos alunos⁸⁹⁵.

O silêncio impunha-se quase de maneira conventual e como uma forma de disciplina. Podemos ler que “as horas de silêncio são aquelas que mais contribuem para a nossa formação moral”⁸⁹⁶. O silêncio deveria representar momentos de reflexão sobre o passado, as suas deficiências e as suas experiências de modo a favorecer as aprendizagens da enfermeira e a projectar o seu futuro.

“É bem verdadeiro o nosso velho ditado: «quem muito fala pouco aprende», e é também verdade que quem não sabe calar não sabe falar. Evidentemente não é pelo simples facto de estar silenciosas que aprendemos o que havemos de dizer, mas por saber empregar essas horas de silêncio em proveitosas reflexões”⁸⁹⁷.

⁸⁹³ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 26.

⁸⁹⁴ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 8 (Anexos).

⁸⁹⁵ Idem.

⁸⁹⁶ D'OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 25.

⁸⁹⁷ Idem.

Do ponto de vista profissional, a enfermeira que trabalhava em silêncio e era discreta teria menos probabilidades de incorrer em qualquer prática ilícita. Por outro lado, não cansa os doentes que precisam de sossego, e não de distração, e, ainda, ouve “com maior atenção as instruções dos médicos e esquece-as mais dificilmente”.

O silêncio era considerado um “capital de energia moral”, momento de formação do carácter e “condição de trabalho fecundo”⁸⁹⁸. O silêncio e a discrição eram condição indispensável quando acontecia a visita do médico, onde a enfermeira não podia “ousar fazer a menor reflexão ou comunicar impressões, mesmo a respeito dos doentes”. Este momento sacralizado pela medicina não podia ser interrompido por alguém⁸⁹⁹, no entanto a enfermeira devia ouvir “com atenção tudo o que o médico ordena[va]” não podendo cair em distrações “seja pelo que for”.

A enfermeira devia ser discreta em todas as circunstâncias, nomeadamente no uso da palavra, que, por sua vez, deviam ser “simples e sérias”. O seu tom de voz devia ser moderado ou baixo devendo escutar os doentes, embora não promovendo a conversa e guardando segredo das mesmas.

Verificamos, ainda, a existência de algumas regras que as enfermeiras deviam cumprir no exercício da sua actividade. A título de exemplo, não deviam chamar uma companheira “da extremidade de um corredor para outro”, o mesmo acontecia em relação a um doente, “sobretudo se é para lhe fazer uma pergunta melindrosa”. O andar da enfermeira deveria ser “suave, os movimentos sossegados; abri e fechai as portas sem barulho; poisai ao de leve os objectos; empurrai os carrinhos e as macas devagar, sem precipitação”⁹⁰⁰.

A enfermeira deveria apresentar-se para a sociedade como um produto moral de confiança. Deste modo, a enfermeira escutava o que lhe diziam e guardava segredo no interior de si própria. O mesmo acontecia em relação aos médicos e aos seus actos profissionais, cujo dever era o de “escutar silenciosa e pontualmente as ordens recebidas”⁹⁰¹ destes. Mais uma vez a enfermagem submissa ao grupo dos médicos não desenvolve mais rapidamente uma consciência profissional pois os valores, as normas, enfim os sistemas normativos eram impostos ora por princípios que circulavam na

⁸⁹⁸ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d’Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 84.

⁸⁹⁹ Cf. CARAPINHEIRO, Graça (2005), *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, 4^a ed., Porto: Edições Afrontamento.

⁹⁰⁰ VASCONCELOS, Rev^a Madre Catarina de Jesus Cristo d’Ornellas e (1947), *Op. cit.*, pp. 89.

⁹⁰¹ D’OREY, Isabel de Albuquerque (1937), *Op. cit.*, pp. 29.

sociedade, apoiados pelo Estado, ora por princípios relacionados com o grupo dos médicos que anulavam a possibilidade de emergência profissional mais rápida.

3. A concepção técnico-científica da enfermeira: valores profissionais (década de 70 e 80)

A enfermeira, principalmente ao longo do Estado Novo, caracterizou-se como um elemento com um lugar bem definido: auxiliar do médico. Existia um modelo de enfermeira que respondia a um conjunto de valores da época caracterizados pelo cristianismo e que influenciou a identidade do grupo durante várias décadas. Na segunda metade da centúria de novecentos encontramos alguns indícios que constituem a base da alteração desta concepção de enfermagem biomédica para uma concepção mais humanizada que se fez sentir, no caso Português, principalmente a partir da década de 70.

A década de 70 do século passado constituiu um momento de transição para o exercício e ensino da enfermagem em Portugal. Assistimos a uma valorização da dimensão científica dos *cuidados de enfermagem*, acompanhada pela crescente responsabilidade profissional da enfermagem. Por outro lado, lembramos que foi nesta década que as escolas de enfermagem se alteraram profundamente, do ponto de vista organizacional pelo menos num plano formal, abrindo caminho para uma visão mais participada da enfermagem, pelos próprios profissionais, e menos fechada sobre si mesma; também recordamos que a década de 70 representa, do ponto de vista axiológico, um momento de transição de uma concepção moral da enfermagem para uma concepção mais científica dos cuidados de enfermagem. Nesta concepção, o Ser Humano ganha mais respeito dos profissionais de enfermagem e é colocado no centro de todos os seus interesses profissionais. Teresa Carvalho é explícita quando se refere às transformações decorrentes da década de 70 para o desenvolvimento de um “modelo profissional” da enfermagem:

“(…) o que este movimento procura, no fundo, é substituir o modelo burocrático ocupacional para um modelo profissional, assente na exigência de certificação das qualificações a nível da educação superior, tendo em vista o seu estabelecimento como suporte ao exercício da profissão. O modelo profissional é representado como devendo ser legitimado pelo conhecimento científico e técnico, em articulação com uma visão

mais humanista do cuidar, de cariz mais ideológica, que tenta romper as fronteiras em que a visão biomédica encerrou a enfermagem”⁹⁰².

A interligação entre o conhecimento científico e uma visão holística do acto de cuidar é algo que adquiriu uma enorme centralidade na definição de uma jurisdição profissional da enfermagem e de uma identidade profissional mais definida principalmente em relação ao grupo dos médicos. Nesta fase tentou-se o aprofundamento de princípios de natureza científica relacionados com a enfermagem.

O espírito de equipa, uma dimensão mais teórica no interior dos planos de estudo das escolas de enfermagem, permitiu que se começasse a construir uma outra visão para a enfermagem e o seu ensino em Portugal. As relações humanas, as necessidades humanas básicas do doente, vieram substituir os velhos princípios que caracterizaram a enfermagem pelo menos até início da década de 70. O discurso deixou de acentuar tanto a importância de uma moral profissional para dar relevo à cientificidade e à ideia de uma profissão que estava em rápido processo de valorização social e profissional⁹⁰³. O desenvolvimento conceptual da enfermagem permitiu a constituição de teorias e processos de enfermagem centrados no ser humano afirmando-se, deste modo, a jurisdição profissional deste saber e reforçando a sua própria identidade.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco também sofreu um conjunto de mutações significativas nesta década. Desde logo a sua oficialização, em 1973; um ano depois a revolução dos cravos e os problemas que daí resultaram; mais tarde, em 1976, no plano formal, a alteração da concepção organizacional da instituição, entre outros aspectos que caracterizaram esta década de mudança.

A ideia da valorização holística do acto de cuidar é defendida quando Ismael Martins refere que na Escola de Enfermagem de Castelo Branco, nomeadamente a partir da década de 70, apostava-se principalmente nas relações humanas. De acordo com este professor de enfermagem, na época havia dois modelos relacionados com o ensino da enfermagem que caracterizavam a formação escolar. Refere o actor educativo o seguinte:

⁹⁰² CARVALHO, Teresa (2010), “Profissionalização na enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.), *Profissão e Vocação – Ensaios sobre grupos profissionais*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, pp. 34.

⁹⁰³ ABREU, Wilson Correia de (2001), *Op. cit.* pp. 102 e 103.

“Havia essencialmente dois modelos nos cursos: 90% ou mais das escolas continuava com o modelo bio-médico, primeiro as cadeiras genéricas, as patologias, as fisiologias, as enfermagens gerais e poucos estágios, ia-se do geral para o particular; havia, no entanto, um número restrito de escolas, na qual se incluía a nossa, que procuravam mais o chamado modelo de acompanhamento humano em que acompanhávamos o ser humano desde a concepção à morte, procurando construir os conhecimentos de acordo com as necessidades das pessoas nas suas diferentes faixas etárias. Começávamos pelos aconselhamentos à grávida, depois os cuidados de enfermagem no bebé, no jovem, adolescente, adulto e isso tanto na enfermagem como na psicologia, ou na sociologia, e dávamos as cadeiras de fisiologia, patologia, etc...mais de acordo com as necessidades do ser humano. Havia esses dois modelos. Na nossa escola seguimos o modelo do acompanhamento do ser humano desde a concepção até à morte”⁹⁰⁴.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco, de acordo com a transcrição anterior, distingue-se das restantes pela forma como passou a olhar a enfermagem. Realça-se o modelo de acompanhamento humano nas suas diferentes etapas da vida, desde a concepção até à morte. Isto, significava que do ponto de vista identitário as/os alunas/os que se formavam no interior desta instituição escolar distinguiam-se pela aposta na formação em aspectos éticos e deontológicos e na formação das relações humanas através das ciências sociais, humanas e comportamentais. Não perdendo de vista, segundo Ismael Martins, “uma profissionalização técnica, ou técnico-profissional, relacionada com os tempos, com as exigências”⁹⁰⁵. De facto, também outros sujeitos da investigação corroboram esta ideia de uma formação mais humanizada e profissional no interior da escola albacastrense. Maria Augusta Magalhães, professora de enfermagem durante as décadas de 70 e 80, refere-se a este assunto e salienta o seguinte:

“Portanto as alunas saíam com uma formação diferente. Depois na aplicação dessa formação notava-se realmente que as enfermeiras eram diferentes. Notava-se que tinham uma formação mais humana, de proximidade aos doentes, mas isso eram aspectos que nós incutíamos na escola, a humanização dos cuidados e a importância de conhecer bem o ser humano”⁹⁰⁶.

Efectivamente, a formação no interior da escola de enfermagem, principalmente ao longo do período democrático (até 1988) caracterizou-se pela valorização da reflexão e do Ser Humano que deveria ser compreendido na sua globalidade e não apenas do ponto de vista curativo como propunha o modelo biomédico. Lisete Fradique Ribeiro refere-se ao modelo biomédico como uma orientação para o tratar, instrumental e

⁹⁰⁴ Cf. Entrevista realizada ao enfermeiro Ismael Martins, pp. 14 (Anexos).

⁹⁰⁵ Idem, pp. 5.

⁹⁰⁶ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 6 (Anexos).

relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicos que tem em vista a cura. Esta autora defende que é um modelo que se centra na doença⁹⁰⁷. Ao invés, o modelo seguido na Escola de Enfermagem de Castelo Branco era mais voltado para o acto de cuidar, atendendo o doente na sua globalidade, incluindo aspectos subjectivos, e pensando principalmente no bem-estar integral do doente.

Nos pontos seguintes apresentaremos os princípios que suportaram uma nova visão da enfermagem e ajudaram a construir uma actividade profissional reconhecida por outros grupos e no interior da sociedade ao longo da segunda metade do século XX, com destaque para a década de 70 e seguintes.

3.1. A dignidade profissional: as relações humanas

A enfermagem, a partir da década de 70, orientou a sua acção para um entendimento amplo e aberto sobre o ser humano. As relações humanas passam a constituir uma importante marca da enfermagem. Aires Gameiro defendia que “só há relações humanas quando duas ou mais pessoas se influenciam reciprocamente como pessoas, sem deixar de o ser, e sendo cada vez mais plenamente pessoas”⁹⁰⁸. No interior das relações humanas entra em jogo “aquilo que mais distingue a pessoa humana: a dignidade, os sentimentos e afectividade, a tomada de consciência, a livre participação e actividade, a colaboração e solidariedade”⁹⁰⁹. Neste sentido não deveriam ser promovidas relações de imposição sobre o outro mas antes de colaboração:

“Pode ser um pedido ou uma imposição, pouca diferença faz se é ditado ou exigido só pelo nosso interesse, por interesse doutro ou simplesmente porque é útil ou vistoso que uma tarefa fique feita. Se esse pedido, ordem ou imposição não contam com a pessoa, o que ela é, sente, pensa, projecta, trata-se de tudo o que quiserem mas não de uma relação humana. É, sim, uma relação de uma pessoa com um «objecto» ou «instrumento» que tem nome de pessoa mas não é tratado como tal”⁹¹⁰.

Ora, para que se pudesse considerar verdadeiramente uma relação humana, a pessoa deveria ter em conta as diferenças individuais e procurar concentrá-las, evitando o afrontamento, no interior de um objectivo comum. Aires Gameiro concluiu que as

⁹⁰⁷ RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral*, Lisboa: Educa, pp. 14.

⁹⁰⁸ GAMEIRO, Aires, “O que são Relações Humanas?”. *Hospitalidade*, Ano 38, nº 149, Outubro - Dezembro, 1974, pp. 5.

⁹⁰⁹ Idem.

⁹¹⁰ Idem, pp.6.

relações “são tanto menos humanas quanto menos concorrem para a felicidade dos outros, ou quanto mais essa felicidade for egocêntrica, fechada sobre si mesma e indiferente à infelicidade de terceiros”⁹¹¹. De acordo com esta linha de pensamento Ismael Martins recorda a sua experiência na Escola de Enfermagem de Castelo Branco/dr. Lopes Dias:

“Eu conheço melhor a experiência da nossa escola. Isto já vinha um pouco do primeiro director e fundador da escola – José Lopes Dias –, continuou comigo, eu bebi bastante essa inspiração e isso era a minha primeira grande luta, era a formação das relações humanas. A questão dos valores era centrada no valor da pessoa humana em si, na liberdade que ela devia ter por si própria e portanto o respeito que devíamos ter pela pessoa. Portanto, a aceitação da pessoa como ela era e, por outro lado, a grande preocupação em que o enfermeiro descesse ao nível da pessoa para se poder relacionar bem com ela”⁹¹².

Do mesmo modo, a/o enfermeira/o deveria reflectir sobre a sua condição de pessoa humana e, ainda, de pensar a forma como se dirigia aos outros actores. As relações humanas com os actores do seu quotidiano profissional foi um dos aspectos mais relevantes das suas novas responsabilidades profissionais dado que “o fator de maior influência no êxito da enfermeira é a sua capacidade de entender e ajustar-se aos outros”⁹¹³. Assim, considerava-se que “as relações da enfermeira são recíprocas com o paciente, o médico, a família do paciente, o hospital e seus funcionários, a escola e o meio profissional, a comunidade e suas instituições sociais e sanitárias”⁹¹⁴. O entrevistado José Manuel Preto Ribeiro, aluno da escola no início da década de 80, refere mesmo que os principais valores e qualidades privilegiadas na formação de enfermeiros na Escola de Enfermagem de Castelo Branco eram as competências técnicas, mas principalmente as competências humanas:

“Eu diria que as qualidades privilegiadas eram do ponto de vista técnico um excelente desempenho técnico, hoje damos mais importância ao fundamento científico, na altura também já se dava importância a isso mas valorizava-se essencialmente o conhecimento técnico, a aplicação. Partindo do princípio que se no fundo se a aplicação, a passagem à prática, fosse bem demonstrada, partia-se do princípio que os fundamentos teóricos estavam adquiridos. Hoje valorizamos, sem prejudicar essa componente, por que é de facto importante, damos mais importância relativa ao fundamento teórico, mas de facto na altura as competências técnicas eram muito importantes. Por outro lado, as

⁹¹¹ Idem, pp. 10.

⁹¹² Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 4 (Anexos).

⁹¹³ McCLAIN, M. Esther e GRAGG, Shirley Hawke (1970), *Princípios Científicos da Enfermagem*, Rio de Janeiro: Editora Científica, pp. 19 [tradução brasileira; edição original de 1963].

⁹¹⁴ Idem.

competências humanas eram fundamentais. Refiro-me a aspectos como as questões relacionais, entendia-se e ainda hoje se entende que a enfermagem é sobretudo a relação com outras pessoas, o profissional relaciona-se com outras pessoas, competências comunicacionais e depois os outros valores como a assiduidade, a pontualidade, o apuro pessoal, as questões da aparência, o respeito, a sensibilidade ao sofrimento e à situação do outro eram de facto incutidos na formação, aliás tínhamos mesmo uma disciplina no plano curricular que se chamava mesmo Relações Humanas. Para além de termos ética e deontologia nós tínhamos no curso uma disciplina de relações humanas precisamente porque se entendia que um enfermeiro é essencialmente uma pessoa que se relaciona com outras pessoas e normalmente com outras pessoas em situação de dificuldade, de inferioridade temporária, e portanto de pessoas que estão numa situação de necessidade de ajuda, de melhorarem a sua própria condição. O enfermeiro era um agente importante e portanto tinha de fazer da sua relação e comunicação ferramentas extraordinariamente importantes. Eu disse que tínhamos uma unidade curricular que se chamava Relações Humanas, mas tínhamos também ao nível da própria formação de enfermagem conteúdos que apontavam para isto. Essas competências, essas habilidades comunicacionais e relacionais eram entendidos como instrumentos básicos. Normalmente o enfermeiro era associado a outro tipo de instrumentos mais no sentido material do termo, mas de facto os nossos instrumentos básicos eram instrumentos intangíveis, comunicacionais, relacionais, capacidade de ajuda, de intervenção, ao nível da relação e da comunicação”⁹¹⁵.

Este testemunho é claro quanto à importância das relações humanas nos processos formativos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Não se esquece a técnica, mas valoriza-se essencialmente as competências humanas. Havia mesmo uma disciplina cuja designação era “Relações Humanas”, uma disciplina de sensibilização para os aspectos da interacção entre o enfermeiro e o doente pois este era “o grande eixo do ser-se enfermeiro”⁹¹⁶ naquela altura. Este sujeito da investigação quando questionado sobre a importância das relações humanas na construção de uma enfermagem mais digna e profissional na década de 80 foi muito explícito ao referir:

“Era fundamental. Extraordinariamente importante, eu diria que talvez fosse o aspecto mais importante mesmo. E mais marcante. Arriscaria a dizer que se tolerava mais facilmente um esquecimento de anatomia, um aluno não se lembrar no nome de um osso ou outra coisa qualquer, do que propriamente uma falha ao nível da relação. Isto ocupava um espaço extremamente importante nesta altura”⁹¹⁷.

As relações humanas eram uma característica essencial nos processos formativos na Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Os entrevistados estão de acordo quanto à importância das relações humanas para o desenvolvimento, principalmente na década de

⁹¹⁵ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro, pp. 3 e 4.

⁹¹⁶ Idem, pp. 4.

⁹¹⁷ Idem, pp. 6.

80, de uma maior visibilidade social e acreditação profissional. Esta habilidade comunicacional apresenta-se como a grande característica diferenciadora da enfermagem face, por exemplo, ao grupo dos médicos. Este aspecto permitiu olhar de um modo mais centrado para o Ser Humano, aprofundando uma visão holística, voltada para o cuidar. Foram estas competências de natureza subjectiva que permitiram, em grande medida, a afirmação e distinção da enfermagem ao longo das décadas de 70 e 80 do século XX.

3.2. A humanização da relação enfermeira-doente: conhecer o paciente

A partir da década de 70 a visão sobre o paciente foi-se alterando gradualmente. Começava a olhar-se o doente como um “ser completo” que pretendia alcançar o bem-estar enquanto conceito maior. Com efeito, Ismael Martins realça bem esta ideia quando refere:

“A enfermagem tem evoluído muito desde a tal fase de caridade, de fazer um penso, de curar uma ferida de aplicar uma injeção, enfim de fazer um tratamento de raio x, além dessas coisas já se passou dessa fase para outro nível de ser capaz de interpretar o estado de autonomia do ser humano e se está limitado ou não nas suas necessidades básicas. A enfermagem hoje, penso eu, e deve ser cada vez mais, na década de 70 e 80 já era isso, baseava-se muito nas necessidades básicas do ser humano: a necessidade de comer, dormir, de eliminar, as suas relações de vida de segurança, as necessidades básicas do ser humano e a enfermagem procurava ajudar sempre que possível as necessidades, suprir essas necessidades nos momentos transitórios ou permanentes, mas ao mesmo tempo procurar reservar sempre a autonomia (...). A pessoa não é só o seu pé doente ou a sua mão doente ou a sua incapacidade, é mais qualquer coisa, o ser humano é um todo com um corpo e uma mente...(...)”⁹¹⁸.

Esta alteração de concepção exigia novos hábitos e novas responsabilidades profissionais. O doente passou a ser o centro da atenção da enfermagem em Portugal e tornou-se, cada vez mais, necessário conhecê-lo de perto para identificar as suas necessidades e cuidar das mesmas.

A psicologia surgia neste contexto como um saber que devia ser estudado nas escolas de enfermagem dado que permitia um conhecimento profundo das aptidões e das capacidades do doente e da própria enfermeira. Esta, por sua vez, “precisa de conhecer as diferentes características na maneira de pensar, reagir e comportar-se dos

⁹¹⁸ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 21 e 22 (Anexos).

seus doentes”⁹¹⁹. Cada doente devia ser interpretado individualmente e em cruzamento com a sociedade pois “os doentes não reagem à mesma doença do mesmo modo, nem o ambiente dos doentes reage para com eles do mesmo modo”⁹²⁰.

O conhecimento profundo do doente evitava “cair no perigo de simplificações e em atitudes estereotipadas para qualquer doente”⁹²¹. De acordo com o Enfermeiro-Chefe Ferreira de Lima, “a adaptação a cada doente é o problema número um do bom enfermeiro” dado que “caso ele falhe nesse ponto, pode falhar toda a sua acção de apoio moral e, até mesmo, terapêutico”⁹²². A título de exemplo, a um doente com uma doença incurável exige “sempre, do enfermeiro, grandes dotes humanos para confortar e compreender”⁹²³.

Por outro lado, a interacção com o doente permitia evitar estados depressivos e de angustia aquando do internamento. Esta acção da enfermeira sobre o doente, muitas vezes, alargava-se às famílias. A enfermeira explicava-lhes modos de estar perante o familiar doente, com o objectivo de não piorar o seu estado de saúde.

“O enfermeiro esclarecerá, também, a família e outras visitas, das atitudes que mais concorrem para o alívio do doente. Por exemplo: em presença dos incapacitados, as atitudes choronas e a comiseração humilhadora deve ser banida. Se é de desejar que o doente aceite e esqueças as suas deficiências, todos os que lidam com ele devem tratá-lo com naturalidade como a outros doentes. Devem ser evitadas e banidas, sempre, frases como «coitadinho, nunca mais tem cura», «o pobrezinho, que lhe havia de acontecer», pois só servem para o humilhar, o desanimar e suggestionar o negativismo”⁹²⁴.

Deste modo, o processo de hospitalização do doente era um aspecto que devia ser tomado em conta. Este momento era “sentido pela maior parte dos doentes como um choque, no seio dum mundo novo em que se aniquilam todos os projectos para o futuro e em que domina um sentimento de solidariedade”⁹²⁵. A inactividade, a passividade e a dependência do doente face à enfermeira, e aos outros profissionais de saúde, deviam ser abordados com cuidado. A enfermeira, e todos os profissionais de saúde, deviam ter “sempre presente que se o doente se encontra no hospital, é para receber apoio e não

⁹¹⁹ LIMA, Enf^a-Chefe Ferreira, “Os enfermeiros perante a pessoa dos doentes”. *Revista Hospitalidade*, Ano XXXVI, n.º 144, Outubro-Dezembro, 1971, pp. 268.

⁹²⁰ Idem, pp. 269.

⁹²¹ Idem.

⁹²² Idem.

⁹²³ Idem.

⁹²⁴ Idem, pp. 271.

⁹²⁵ Idem.

ordens, compreensão afectiva e não dureza, ser ouvido nas suas queixas e não ouvir ameaças”⁹²⁶.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco também se deu destaque formativo à relação que se deveria estabelecer entre o aluno de enfermagem e o doente. Os professores incutiam nos alunos a importância de conhecer o doente como um Ser Humano global. O sujeito da investigação José Manuel Preto Ribeiro refere-se a esta questão do seguinte modo:

“Era importantíssimo. Era a base da nossa presença, quer no curso, na escola ou locais de estágio. Era aqui que tudo começava e era aqui que tudo acabava, digamos assim. Eu diria que nesta altura, tudo o que fazíamos tinha a ver com o doente. Todas as nossas intervenções não tinham interesse enquanto actos isolados. Claro que tínhamos de ser rigorosos, tínhamos de possuir uma destreza extremamente elevada, até porque quanto mais destreza tivermos menos sofrimentos causamos ao doente. Tudo partia do conhecimento do doente”⁹²⁷.

O entrevistado ao referir estas palavras salienta que o doente não podia ser visto como algo isolado. Pelo contrário, era necessário um entendimento amplo sobre o doente. A importância dessa amplitude permitia ao enfermeiro compreender se estava perante um problema “celular” ou se o problema tinha origem, por exemplo, na família ou na comunidade. Refere que na Escola de Enfermagem de Castelo Branco “já tínhamos a preocupação de olhar para a componente social, espiritual, aliás há uma palavra que é a palavra holística que é um adjectivo que nos persegue há muito tempo e ainda bem”⁹²⁸.

Maria Augusta Magalhães também refere que este processo de conhecimento do doente era essencial. A aproximação do profissional de saúde ao doente gerava um processo de humanização a partir das habilidades comunicacionais. Por isso, considera que as alunas que formava:

“ (...) saíam com uma formação diferente. Depois na aplicação dessa formação notava-se realmente que as enfermeiras eram diferentes. Notava-se que tinham uma formação mais humana, de proximidade aos doentes, mas isso eram aspectos que nós incutíamos na escola, a humanização dos cuidados e a importância de conhecer bem o Ser Humano”⁹²⁹.

⁹²⁶ Idem, pp. 272.

⁹²⁷ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro, pp. 7 (Anexos).

⁹²⁸ Idem.

⁹²⁹ Vd. Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães, pp. 6 (Anexos).

A ideia da humanização era algo transversal à formação em enfermagem na escola albicastrense. A este propósito em 1988 a Escola de Enfermagem de Castelo Branco organizou um congresso comemorativo dos 40 anos da instituição. O tema deste congresso era “Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem”. Defendeu-se que o profissional de enfermagem devia seguir o caminho da humanização. Aires Gameiro presente neste encontro referiu, a este propósito, o seguinte:

“Humanizar consiste em manter uma relação que, por um lado, faça o doente sentir-se melhor e crescer melhor, numa forma integral, e, por outro lado, faça o enfermeiro sentir-se mais contente pela sua maneira de tratar o doente e mais realizado no crescimento para a bondade. A humanização dos cuidados de enfermagem converge para uma dupla ético-realização: a do doente e a do enfermeiro”⁹³⁰.

A ideia da humanização dos cuidados de enfermagem é algo que esteve na base de uma construção identitária com um maior sentido de humanidade que o grupo das/os enfermeiras/os deveria representar. Esta linha de pensamento foi seguida na Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Numa mesa redonda, no mesmo congresso, além de Aires Gameiro, também o psicólogo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco e a Enfermeira Maria Augusta Magalhães concordaram com a afirmação anterior, referindo o seguinte:

“Humanizar é levar em linha de conta o ser humano em todas as suas vertentes. É preocuparmo-nos com todos os homens, com o homem todo, de todos os quadrantes sociais, idades e culturas. Em campo tão vasto como este, é forçoso ser selectivo e inevitável ser omissivo. As comunicações aqui apresentadas pretendem simplesmente alinhar uma série de interrogações sobre a problemática da humanização e levar as pessoas à tomada de consciência de que “humanizar-se para humanizar” é querer e poder ser mais numa relação com os outros”⁹³¹.

A/o enfermeira/o devia inspirar confiança ao doente que, por sua vez, acreditava nela/e transferindo, muitas vezes “os sentimentos e emoções” para a sua pessoa. Também no domínio afectivo a/o enfermeira/o devia actuar de modo a ajudar a compreender o doente e “todos os seus conflitos e frustrações”⁹³², construindo uma relação interpessoal onde o doente devia ser tratado como uma pessoa e não como um

⁹³⁰ GAMEIRO, Aires (1988), *Op. cit.* pp. 209.

⁹³¹ GAMEIRO, Aires, PIRES, João dos Santos e MAGALHÃES, Maria Augusta (1988), *Op. Cit.* pp. 212.

⁹³² AUGUSTO, Enf^o-Chefe Macedo, “O enfermeiro e os problemas afectivos do doente”. *Revista Hospitalidade*, Ano XXXVI, nº 144, Outubro-Dezembro, 1971, pp. 302.

objecto a cuidar. Considerava-se que as principais necessidades do doente hospitalizado eram as seguintes:

“Necessidade de ser tratado como pessoa, possibilidade de expressar os seus sentimentos, negativos e positivos: queixar-se, ser agressivo, experimentar sentimentos de hostilidade; mas também, manifestar a sua simpatia, sensação de bem-estar... Estar certo de que é respeitado, seja qual for a natureza dos cuidados que recebe, seja qual for a dependência corporal em que está provisoriamente mergulhado.

Espera compreensão, aceitação, respeito pelos seus direitos de autonomia relativa nas escolhas e decisões cuja natureza não vá contra o interesse geral do serviço nem contra as prescrições médicas.

Necessidade de confiança: saber que o que é dito ao enfermeiro respeitante às suas dificuldades pessoais e à sua vida privada tem um carácter de confidência e de segredo confiado”⁹³³.

Perante tais necessidades a enfermeira devia agir no sentido de compreender e ajudar o doente a superá-las e, do mesmo modo, “aceitar o doente tal como é e não como desejaria que fosse”⁹³⁴. Pedia-se à enfermeira bom senso e prudência no que diz respeito às questões relacionadas com os sentimentos do doente e com as suas confidências. Ouvir o doente “é qualquer coisa de «psicoterapêutico», em virtude do alívio que o facto de se ter ouvido ocasiona”⁹³⁵. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco estes aspectos eram treinados com os alunos. Ensinava-se a escutar e a observar o doente. José Manuel Preto Ribeiro recorda-se destes aspectos dado que pertenceram à sua formação escolar:

“Nós tínhamos aulas práticas em que treinávamos precisamente este tipo de competências. Saber-escutar, ou saber observar, nós percebíamos e éramos sensibilizados para isso, que na avaliação do outro e no conhecimento do outro era muito importante sabe-lo observar, com todos os órgãos dos sentidos. Porque nos era inculcada aquela ideia da comunicação não verbal. A pessoa com quem estamos a relacionar-nos traz-nos muita informação que vai verbalizar, há outra que ele não consegue verbalizar tão bem, e há muita outra informação que ele não vai sequer verbalizar mas que nós não devemos deixar escapar. Devemos observar e tirar daí as ilações e nos treinávamos isto na escola. E treinávamos de uma forma até...enfim, nós sabemos que um treino nunca é a mesma coisa que a situação real mas havia uma tentativa de simulação do real com grande proximidade. Nós muitas vezes o doente que tínhamos na nossa frente era o nosso professor que sabia montar-nos todo o tipo de armadilhas e que sabia dissimular a tal comunicação não verbal, os aspectos não verbais. Depois estava atento a ver se os alunos que estavam se conseguiam captar essa informação. Portanto, tínhamos o paciente mais difícil que se podia ter em ambiente

⁹³³ Idem.

⁹³⁴ Idem.

⁹³⁵ Idem, pp. 303.

simulado. No Hospital ou centro de saúde as coisas mudavam ainda mais e eram ainda mais complexas. O saber-escutar era fundamental mas diria mesmo saber observar com todos os sentidos”⁹³⁶.

Estes processos de avaliação do doente eram treinados na escola de enfermagem para depois serem aplicados em contexto de prática clínica. A escola preparava os alunos de uma forma bastante intensiva do ponto de vista técnico, mas sobretudo no que diz respeito às habilidades comunicacionais ou relacionais. Estas aprendizagens permitiam ao profissional de saúde estabelecer uma relação de confiança com o doente que possibilitavam uma avaliação global do seu estado de saúde e preparar melhor uma intervenção adequada a cada situação. A observação, a comunicação e a relação constituíam “ferramentas” essenciais do enfermeiro. Na escola treinavam-se estas competências.

3.3. O valor do conhecimento: a actualização permanente

Para responder a um mundo em mudança era necessária uma enfermagem dinâmica e constantemente actualizada. A partir do final da década de 60 assistimos à implementação de programas de educação permanente, alguns deles promovidos pela Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, promovendo, sobretudo, a frequência de cursos pós-base e a actualização dos conhecimentos profissionais através de programas formativos específicos. Estes programas tinham como objectivo “melhorar a actuação dos praticantes de enfermagem”⁹³⁷ de acordo com as suas necessidades de aprendizagem e com a evolução do seu Saber na época.

“A enfermeira que não se esforça por se manter a par com os novos conhecimentos, está irremediavelmente limitada a um padrão de cuidados de enfermagem, tradicional mas obsoleto, que não foi ainda abandonado, porque os sistemas continuam a mover-se em padrões conservativos, muito depois dos conhecimentos terem provado a ineficácia do comportamento corrente. Uma profissional, em qualquer ramo, deve entregar-se a actividades destinadas a reduzir o abismo entre o conhecimento e a prática, com o fim de manter a sua experiência actualizada e orientada para o futuro”⁹³⁸.

A partir da década de 70 desenvolveu-se um debate sobre a importância da educação permanente como forma de suprir necessidades científicas, de motivar para a

⁹³⁶ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro, pp. 8 (Anexos).

⁹³⁷ HATFIELD, Patrícia, “Educação continua obrigatória”. *Servir*, Vol. 24 (1), Janeiro-Feveireiro, 1974, pp. 22.

⁹³⁸ Idem, pp. 23.

actividade profissional através da exploração permanente dos conhecimentos e de aplicar os conhecimentos apreendidos, no interior do grupo socioprofissional das enfermeiras.

A enfermeira Maria Fernanda da Silva Resende, em comunicação apresentada no XIV Congresso Internacional de Enfermeiras em Montreal em Junho de 1969, defendia a educação permanente e explicava o que entendia por este conceito que, de acordo com a autora, se encontrava alinhado com os princípios promovidos pela UNESCO no que diz respeito ao desenvolvimento completo da personalidade humana.

“A educação permanente é um processo de renovação do homem, que lhe dá possibilidades de evolução constante, desenvolvendo a sua personalidade, ajudando-o a encontrar equilíbrio intelectual e situando-o na época em que vive.

A educação permanente permite valorizar os homens, descobrindo em cada um, os seus valores positivos e ajudando-os a desenvolverem-se.

«A educação permanente dirige-se ao homem, apoia-se no homem e centraliza no homem o seu objectivo, reconhecendo-lhe o direito à realização plena de todos os seus valores, de todas as suas possibilidades que, existindo em potencial, ainda não se realizaram por não encontrarem o ambiente próprio para essa realização. Assim, procura proporcionar exactamente a todos os homens o viverem na sua época, realizando-se inteiramente dentro das suas possibilidades [a autora cita Maria de Lurdes Bettencourt]».

A educação permanente, é, pode dizer-se, num país ou numa profissão, antes de mais um *estado de espírito*, uma atitude, um processo permanente de mentalização de toda a gente, é um método de ajuda. É também um processo de obtenção e maior produtividade para as empresas ou países⁹³⁹.

Na opinião de Maria Fernanda Resende a educação permanente podia resumir-se a um processo onde o indivíduo participava ao longo de toda a sua vida. A educação permanente, depois da aquisição do curso de enfermagem geral, podia fazer-se por duas vias. A primeira, frequentando um curso complementar de enfermagem (ensino e administração; enfermagem obstétrica; enfermagem de reabilitação ou pediátrica); a segunda, a acção educativa podia ser realizada “através de espectáculos, visitas de estudo, difusão pela rádio, televisão e imprensa”⁹⁴⁰ ou frequentando acções de formação.

Em 1973 a enfermeira Maria José de Campos Maneca, na sequência de Maria Fernanda Resende, definia a educação permanente como uma “necessidade humana – visto o homem tender para a harmonia integral – e que, ao mesmo tempo, é uma

⁹³⁹ RESENDE, Maria Fernanda, “Educação Permanente”. *Servir*, Vol. 17 (5), 1969, pp. 7.

⁹⁴⁰ Idem, pp. 8.

esperança – porque o ser humano tende para a realidade actual, a qual é a adaptação à função que se quer realizar tendo em vista a promoção”⁹⁴¹.

“O século actual exige do homem novas técnicas, nova pedagogia, impostas pelo desenvolvimento científico e tecnológico que rapidamente se estendeu a todos os continentes em maior ou menor grau. Para que possa dar uma «resposta» a esse mundo em contínua evolução cada vez mais acelerada, tem que se esforçar por «pôr em dia» conhecimentos e técnica adquiridas ampliando-os, reforçando-os, aperfeiçoando-os ou substituindo-os”⁹⁴².

Além do necessário acompanhamento da dinâmica que o século XX imprimiu à enfermagem, a educação permanente orientava-se principalmente para “o homem do futuro contribuindo para que o progresso seja cada vez mais consciente e maior em todos os campos”⁹⁴³. A autora defendia que a educação permanente assumia três grandes objectivos: 1) integrar o homem na sua época; 2) torná-lo participante na preparação do futuro; 3) e, possibilitar ao homem um contributo para o progresso das gerações.

Todos estes objectivos podiam ser cumpridos através da educação em serviço que integraria o conceito maior de educação permanente. A autora define a educação em serviço, à luz das aprendizagens no curso de formação complementar que efectuou, do seguinte modo:

“A educação em serviço é um processo formativo e informativo que, através de actividades informais, pretende desenvolver as capacidades e competências do pessoal, e modificar as atitudes, em ordem a um melhor desempenho de funções e maior satisfação profissional, de acordo com os objectivos próprios de cada instituição”⁹⁴⁴.

A educação em serviço permitiria o desenvolvimento dos conhecimentos que tinham sido transmitidos apenas teoricamente, e que careciam de aplicabilidade, no interior do curso de enfermagem, além de possibilitar o conhecimento das novidades tecnológicas e científicas e, conseqüentemente, o desenvolvimento profissional e reconhecimento social. Maria José de Campos Maneca argumentava que “o profissional

⁹⁴¹ MANECA, Maria José de Campos, “Princípios Gerais da Educação em Serviço”. *Servir*, Vol. 21 (4), Julho-Agosto, 1973, pp. 143.

⁹⁴² Idem.

⁹⁴³ Idem.

⁹⁴⁴ Idem, pp. 144.

de enfermagem deve acompanhar o progresso e a evolução da ciência para que o nível de cuidados seja cada vez melhor”⁹⁴⁵.

Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco entre 1948 e 1988 os seus professores (enfermeiros) procuraram engrandecer o seu conhecimento profissional através da frequência de jornadas, de participação em congressos ou da organização dos próprios congressos⁹⁴⁶. A Escola de Enfermagem patrocinava as inscrições nesses eventos de modo a valorizar a escola e os seus próprios professores. De acordo com Ismael Martins a Escola de Enfermagem de Castelo Branco procurava disponibilizar todos os anos um determinado montante financeiro para promover a formação e a valorização dos docentes da instituição. Bom exemplo disso foi António Fernando Alves Marrucho, professor enfermeiro desta escola, que participou em inúmeros encontros com vista à valorização pessoal e profissional. Referia em relação à formação permanente o seguinte:

“A minha participação em acções de formação permanente desde sempre tiveram uma, e só uma, finalidade que é a de melhorar conhecimentos com vista a um maior apoio às áreas onde desenvolvia o meu trabalho. As acções de formação permanente em que participei inserem-se numa gama muito variada que vão desde congressos a programas de actualização, passando por jornadas e simpósios (...)”⁹⁴⁷

A título de exemplo, em 1978 participou, em Lisboa, no terceiro programa de actualização para docentes das escolas de enfermagem; em 1981, em Coimbra, participou no segundo curso de actualização de enfermagem cirúrgica; em 1982, em Castelo Branco, participou no programa de actualização em pedagogia, organizado pela Escola de Enfermagem albacastrense; nesse mesmo ano, em Coimbra, participou no terceiro curso de actualização de enfermagem cirúrgica; além destes programas de actualização participou ainda em Congressos, Jornadas e Simpósios⁹⁴⁸. Ismael Martins refere a propósito da actualização permanente que:

“Nas áreas mais abrangentes, como as Relações Humanas, Ética Profissional, Psicologia, Sociologia, dessas disciplinas genéricas iam todos, sempre que podiam e

⁹⁴⁵ Idem.

⁹⁴⁶ AEECB – *Correspondência Expedida* – Cursos de Actualização científica – 11 de Maio de 1972 (Ismael Martins); 11 de Maio de 1972 (Maria Augusta Magalhães); 8 de Junho de 1973 (Ismael Martins) ou 24 de Abril de 1974 (Maria de Fátima Fortunato).

⁹⁴⁷ AEECB – *Curriculum Vitae de António Fernando Alves Marrucho*, Castelo Branco, Março de 1985, pp. 14.

⁹⁴⁸ AEECB – *Curriculum Vitae de António Fernando Alves Marrucho*, Castelo Branco, Março de 1985.

queriam. Para além disso, quando se sentia que uma área qualquer estava em carência desenvolvíamos actividades na própria escola. Íamos buscar os técnicos e fazíamos ali formação de dois, três ou quatro dias e nessa altura procurávamos que os alunos estivessem mais em estágio, acompanhados pelos próprios enfermeiros do serviço que colaboravam muito connosco, embora lá fossem os monitores de serviço de vez em quando, mas nós próprios trazíamos à escola formadores sempre que havia necessidade disso”⁹⁴⁹.

Nesta sequência de ideias integra-se a necessidade da enfermagem produzir o seu próprio conhecimento apostando na investigação e na construção de teorias que desenvolvessem e valorizassem os cuidados de enfermagem. É aqui que o processo de enfermagem assume destaque na valorização da actividade profissional. Aplica-se um conhecimento integrado e teórico-prático às diversas situações. José Manuel Preto Ribeiro considera que o processo de enfermagem foi uma mais-valia para a afirmação identitária da enfermagem e para o desenvolvimento da profissão, alcançando mais autonomia. O entrevistado refere o seguinte sobre este assunto:

“Talvez tenha sido uma das mais importantes roturas em que se faz a transição do conhecimento baseado em técnicas para a necessidade de ser um bom conhecedor dos fundamentos e depois ter técnicas muito boas, estou convencido que isso representa uma mudança muito grande na formação. Aliás é nesta altura que entra um conceito chamado processo de enfermagem, ganha destaque e leva um empurrão muito grande. O processo de enfermagem não é mais do que integrar aquilo que é a prática num sistema sequencial e estruturado do pensamento em que há uma serie de etapas, no fundo são as etapas do método científico. Os procedimentos mais técnicos deviam ser integrados num esquema de pensamento que segue uma determinada lógica. A técnica devia ser apenas um reflexo, uma imagem, de todo o processo de enfermagem”⁹⁵⁰.

De acordo com o autor da transcrição o processo de enfermagem constitui a base do método científico aplicado à enfermagem. A Escola de Enfermagem de Castelo Branco utilizou este processo. Marie-Françoise Collière refere-se ao processo de enfermagem como uma forma capaz de determinar o tipo de cuidados a prestar, a razão de ser desses cuidados, os objectivos e os meios necessários para os atingir. Este é um processo que se vai construindo e aplicando consoante as descobertas que se vão fazendo. É um processo, com características de natureza científica, que procura através da interactividade entre profissional e doente avaliar o significado das descobertas que se fazem e construir soluções adaptadas a cada situação. A autora refere que é um processo de descoberta, elucidação e acção que permite avaliar situações, tentar

⁹⁴⁹ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 10 (Anexos).

⁹⁵⁰ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro, pp. 9 (Anexos).

encontrar soluções e resolvê-las e, ainda, perceber o impacto das soluções propostas, avaliando novamente⁹⁵¹. O processo de enfermagem apresenta-se como um aprofundamento da *cientificidade* da enfermagem em Portugal que valorizou o grupo profissional e a sua jurisdição académica e profissional que são os *cuidados de enfermagem*.

3.4. A igualdade profissional: O espírito de equipa

A partir do final da década de 60, do século XX, as transformações científicas e técnicas e a evolução e defesa da própria actividade profissional pelos diferentes actores (colectivos e/ou individuais), como veremos adiante, permitiram à enfermeira posicionar-se de um modo diferente face a outros protagonistas profissionais com quem desenvolvia a sua actividade. Estas mudanças possibilitaram a alteração do modelo relacional (com outros actores) até aí vigente, transitando, ainda que muito lentamente, da condição de subordinada, e de auxiliar, para a condição de colaboradora, num espírito de igualdade profissional, e participando em equipas de saúde multidisciplinares:

“Como todos sabemos, a forma de trabalhar em equipa é hoje uma condição, digamos, fundamental para um trabalho válido no campo da promoção da saúde. Médicos, Enfermeiros, Trabalhadores Sociais, todos são técnicos especializados ao serviço do doente, todos são elementos de uma Equipa de Saúde que terá a finalidade de devolver, em todas as suas dimensões, a saúde ao homem doente e, para além disto, de lhe evitar, por todos os meios, a doença”⁹⁵².

O princípio da colaboração interprofissional implementava-se gradualmente. Assim, médico, enfermeira, entre outros, deveriam assumir-se como elementos cooperantes cujo objectivo principal era o de tratar e de cuidar do doente/pessoa humana nas suas diferentes fragilidades. A enfermeira deveria ser o elo de ligação “com todos os serviços técnicos do Hospital”⁹⁵³ afirmando a sua condição de profissão

⁹⁵¹ COLLIÈRE, Marie-Francoise (1999), *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*, Lisboa/Porto/Coimbra: SEP/LIDEI, pp. 293.

⁹⁵² MELLO, Maria Lucília Mercês de, “A acção do profissional de enfermagem como elemento da equipa de saúde num programa de defesa contra o alcoolismo”. *Servir*, Vol. 21 (1), Janeiro-Fevereiro, 1973, pp. 21.

⁹⁵³ MOALIC, Irmã Georgette, “Lugar da enfermeira no Hospital de hoje.”, *Servir*, Vol. 18 (2), 1970, pp. 21.

relacional. Pedia-se à enfermeira competência “não só no campo da técnica, mas num plano humano pessoal e de relação”⁹⁵⁴.

A constituição de equipas multidisciplinares trazia novas exigências profissionais. A enfermeira devia, como dissemos no ponto anterior, manter-se actualizada continuamente, devia possuir uma formação psico-pedagógica alargada e desenvolver esforços para adaptar-se a novos métodos de trabalho onde imperava a racionalidade. Na sequência das novas exigências, já não se pedia que a enfermeira soubesse lidar com todas as situações, mas que se especializasse em algumas, como por exemplo nos problemas da comunidade.

A enfermeira deveria representar um verdadeiro agente promotor da saúde pois as suas actividades desenvolviam-se nos meios mais diversificados, em todas as idades e circunstâncias “colocando-[a] numa posição verdadeiramente de eleição”⁹⁵⁵, e de importante colaboradora com os restantes elementos que participam nos processos curativos/preventivos de saúde, em termos gerais, e na comunidade em particular.

De acordo com Maria Lucília Mercês de Mello “o seu papel foi aliás bem definido há alguns anos pela 9ª Assembleia Mundial de Saúde, que, no seu Relatório o aponta como «educador e conselheiro sanitário junto dos doentes e suas famílias, por meio de contactos permanentes e através da sua posição estratégica para comunicar, em termos simples e adequados os conhecimentos científicos» que porão em prática porque os compreenderam e os aceitaram”⁹⁵⁶.

O trabalho em equipa no interior das comunidades, mas também em contexto hospitalar, possibilitou um reconhecimento social e interprofissional mais relevante deste grupo.

“Poderá o enfermeiro estabelecer um plano eficiente de cuidados de enfermagem sem o médico estabelecer o plano de tratamento do doente em causa? Mas poderá o médico estabelecer este plano sem a colaboração do enfermeiro? Concerteza que não! E o que se passa com os outros membros da equipa de saúde? Com as dietistas, com os farmacêuticos, com as assistentes sociais e outros? Nenhum destes membros da equipa de saúde poderá por si só estabelecer um plano eficiente sem a colaboração de todos, incluindo o próprio doente, que, como é obvio, fará parte integrante da própria equipa, é esta aliás o seu centro”⁹⁵⁷.

⁹⁵⁴ Idem, pp. 23.

⁹⁵⁵ MELLO, Maria Lucília Mercês de, op. cit. pp. 21.

⁹⁵⁶ Idem.

⁹⁵⁷ SOUSA, Mariana Dulce Diniz, “Quem Somos, O que Fazemos?”, *Servir*, Vol. 22 (1), Janeiro - Fevereiro, 1974, pp. 13.

A equipa de saúde onde a enfermeira deveria ter um papel cooperante e de proximidade com todos os elementos que a compunham constituiu uma mais-valia para os *cuidados de enfermagem* que foram valorizados pelos outros grupos profissionais que também se movimentavam em redor do ser humano.

O isolamento profissional foi assim, cada vez mais, colocado em causa e realçou-se o trabalho em equipa (de saúde ou de enfermagem) de modo a oferecer ao “cliente” os cuidados e respectivos tratamentos integrais necessários.

Quando analisamos o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco percebemos que depois de 1974, nomeadamente quando assumiu funções de director da Escola, o professor Ismael Martins realçava a importância do contacto profissional entre os/as alunas/os e os técnicos ao serviço nas diferentes instituições de saúde. Este professor e director chamava muitas vezes professores externos à escola – que eram técnicos de saúde – permitindo criar desde o momento da formação um espírito de colaboração entre os diferentes técnicos e as/os alunas/os da escola.

“Aqui aconteciam várias coisas positivas: abria as portas do hospital e centros de saúde aos nossos alunos, porque os melhores apoios que lá tinham eram os técnicos de lá. Cirurgiões e outros especialistas convidava-os para dar aulas na escola, nem que fosse só um capítulo ou dois, mas introduzia-os na família da escola e os alunos passavam a ter à vontade com eles e tanto aprendiam nas aulas teóricas na escola, como nas práticas no hospital. Isso acrescentava o corpo docente da escola, melhorava as relações da escola, responsabilizava os alunos quer na escola quer nos serviços de saúde e todos nós procurávamos ter as melhores relações humanas. Portanto, onde é que os alunos bebiam esta inspiração? Nas aulas teóricas da escola, em todas as aulas, pois procurávamos ter aspectos ligados à ética em todas elas, mas também através dos técnicos que vinham dar aulas à escola facilitando as relações dos docentes da escola com os técnicos e misturava a teoria da escola com a prática dos hospitais. De modo que posso dizer-lhe com agrado que nunca tive dificuldade nenhuma em que os nossos alunos fossem estagiar para qualquer sítio. Eram recebidos de braços abertos e muito apoiados e ajudados nesses serviços”⁹⁵⁸.

Esta aproximação favorecia os processos de socialização entre a escola e a profissão e permitia o desenvolvimento de maior autonomia profissional quando estas/es alunas/os chegavam às instituições de saúde para trabalhar e já conheciam a realidade aí vivida. Esta interactividade permitia o desenvolvimento da jurisdição profissional da enfermagem e o reforço identitário perante outros grupos numa lógica de aprendizagem mútua. O entrevistado José Manuel Preto Ribeiro confirma o testemunho

⁹⁵⁸ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 6 (Anexos).

de Ismael Martins, e reforça-o, quando se refere à importância da construção de um espírito de equipa multidisciplinar que era promovido a partir das relações estabelecidas entre a escola e as instituições colaboradoras/ e ou técnicos de saúde:

“Havia uma excelente relação entre todos os técnicos. Nesta altura os enfermeiros já funcionavam com uma grande autonomia, tinham chefias próprias, estruturas próprias. Funcionavam de forma integrada mas funcionavam bem. O mais importante era o doente, era o elemento comum entre os diferentes técnicos. Havia o espírito de equipa”⁹⁵⁹.

A ideia de que a enfermagem podia e devia integrar-se no interior de equipas e nestas equipas podia ter um papel nuclear era inculcada nos alunos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. A igualdade profissional era um objectivo a não perder de vista pela enfermagem e o que unia um conjunto alargado de técnicos de saúde, incluindo o enfermeiro, era o próprio doente. É por isso que José Manuel Preto Ribeiro defende que esta relação responsabilizava ainda mais os enfermeiros porque tinham de estar à altura de discutir os diferentes casos. Aqui o processo de enfermagem ajudou os enfermeiros a saber o lugar que ocupavam na medida em que a enfermagem aprofundou o caminho da *cientificidade*. De acordo com o pensamento defendido é a situação da pessoa doente que dita o que fazer e isto apenas é conseguido se existir um espírito de equipa muito forte onde a proximidade às pessoas doentes e aos outros intervenientes do campo da saúde constituíam um elemento chave.

3.5. A qualidade de vida e o bem-estar da pessoa humana

A enfermagem a partir do final da década de 60 caracterizou-se pela construção de novas atitudes formativas e profissionais que promoveram a credibilidade do grupo, e consequentemente reforçaram a sua identidade, junto da sociedade e dos grupos socioprofissionais com que se relacionava. Nos pontos precedentes pudemos verificar que a enfermagem tentou transitar de um modelo formativo moral e voltado para o tecnicismo, para um modelo de natureza científica em contexto de trabalho onde a educação permanente e o conhecimento ganharam importância. Nesta nova forma de se apresentar, os princípios valorizados foram, entre outros, os da responsabilidade, da dignidade, da igualdade, da solidariedade e do diálogo profissional.

⁹⁵⁹ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro, pp. 10 (Anexos).

Todos os princípios que acabamos de referir articulavam-se com uma causa maior: a qualidade da Vida. Este grupo transformou-se na garantia do bem-estar integral do doente e da pessoa sã. Na década de 70 havia mesmo quem dissesse que as enfermeiras (parteiras) eram as guardiãs da vida⁹⁶⁰ ou as “advogadas de cuidados”. Para Ismael Martins a enfermagem é muito difícil de definir, todavia realça o seguinte:

“Por um lado, podemos dizer, a enfermagem é uma ciência e uma arte ao serviço do homem. Só que isso é muito vago. Não há dúvida que é ao serviço do homem e nasceu para o homem, não para auxiliar o médico. Ajudar o homem nas suas dificuldades, nas suas situações transitórias de mal-estar na vida ou por situações patológicas, de tristeza. A enfermagem está e deve estar ao serviço do ser humano. Se é uma ciência já não sei. Tenho as minhas dúvidas, mas que para lá caminha, pelo menos caminha. Já tem muitos conteúdos de natureza científica, com métodos próprios de observar o ser humano no seu estado de carências e a enfermagem é capaz de fazer o diagnóstico da enfermagem. Se a pessoa doente ou sã está muito dependente de outra, se tem autonomia, se precisa de orientação ou ajuda. O enfermeiro pode dar indicações para...olhe precisa de um psicólogo, de um pediatra, deste ou daquele técnico... o melhor é procurar um técnico desta área ou daquela. Mas muita ajuda, o enfermeiro em si já pode dar”⁹⁶¹.

Um dos aspectos mais relevantes da actividade profissional das/os enfermeiras/os era a possibilidade de promoverem a autonomia do doente com fragilidades e de defenderem a integridade do mesmo quando este não se encontrasse apto para o efeito. Por isso mesmo:

“Cuidar não consiste apenas em prolongar, como auxiliar obediente e devotado, a acção do médico junto dos doentes, mas sim em fazer por eles-mesmos, durante 24 horas, o que eles fariam se tivessem para isso a força, a vontade e o saber. Cuidar é tentar ser a consciência do doente, é determinar, numa abordagem metodológica e científica, com cada pessoa, as suas necessidades de saúde e pôr em marcha as acções apropriadas para responder a estas, é tomar decisões de cuidados desenvolvendo uma relação personalizada e personalizante, na qual assistido e profissional de saúde são parceiros de um mesmo projecto”⁹⁶².

Reafirmava-se a natureza científica dos cuidados de enfermagem e a importância da presença do profissional de enfermagem em articulação com o doente de forma a transmitir-lhe confiança e a desenvolver a sua autonomia num quadro de dificuldades próprias da doença. O entrevistado Ismael Martins apresenta a sua concepção de cuidados de enfermagem, realçando a ideia de que a saúde é algo precioso que ajuda a

⁹⁶⁰ Cf. “Sois as Guardiãs da Vida”, *Servir*, Vol. 29 (2) Março-Abril, 1980.

⁹⁶¹ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 21 (Anexos).

⁹⁶² DUCHANOZ, Geneviève, “Os cuidados de enfermagem nos anos 80”. *Servir*, Vol. 33 (1), Janeiro-Fevereiro, 1985, pp.18.

construir a felicidade do homem pleno e que a doença, enquanto situação transitória, pode ser ajudada a superar pelo papel fundamental do profissional de enfermagem ajudando a pessoa em crise”⁹⁶³. José Manuel Preto Ribeiro refere que quando frequentou a escola de enfermagem a ideia de bem-estar estava muito presente nos discursos dos professores na época. Com efeito, refere que este conceito de bem-estar pode ser entendido, à luz da época, do seguinte modo:

“(…) admitindo nesta altura no curso a saúde era de facto considerada um completo estado de bem-estar e não apenas a ausência de doença, era assim a definição. Bem-estar pode ser entendido aqui como saúde, um dos grandes objectivos da enfermagem é isso, no fundo é devolver às pessoas esse bem-estar que é o que faz delas pessoas. Nós por muito que contestemos o termo ou a definição, o bem-estar é o que faz de nós pessoas. Nós estamos bem do ponto de vista biológico, psíquico, social, somos cidadãos totais”⁹⁶⁴.

Este profissional de enfermagem procurou responder às necessidades do doente, não só utilizando técnicas, proporcionando os melhores cuidados, mas sendo, ele mesmo **agente terapêutico**⁹⁶⁵. O bem-estar da pessoa humana não se devia resumir ao contexto da doença mas ultrapassar essa esfera. Isto é, o profissional deveria encontrar-se “comprometido” com o ser humano de modo a promover o bem-estar do mesmo e a tornar-se um educador de saúde que constrói e facilita, numa atitude reflexiva, responsável, tolerante, respeitadora e dialogante, ambientes e condições propícias ao bem-estar integral do ser humano em contexto hospitalar ou, por exemplo, no interior da própria comunidade onde ambos se encontram integrados. Estes princípios deviam ser estudados, desde logo, a partir dos planos de estudo das escolas de enfermagem. A Escola de Enfermagem de Castelo Branco aplicou-os e ajudou a construir uma identidade mais centrada no Ser Humano apostando num paradigma formativo onde a humanização é, talvez, a principal característica da formação no interior desta escola, com tudo aquilo que a acompanha.

⁹⁶³ Cf. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 16.

⁹⁶⁴ Vd. Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro, pp. 12 (Anexos).

⁹⁶⁵ Idem, pp. 143 (sublinhado original).

Ilustração 12 – Capa da revista de enfermagem “Servir” em 1978 com alusão à importância da vida humana.



“Olhar é uma coisa
Ver o que se olha é outra coisa
Compreender o que se vê é uma terceira coisa
Aprender do que se compreende é algo diferente...
Porém, agir de acordo com o que se aprende é o que realmente interessa!”⁹⁶⁶.

Considerações Finais

No decorrer deste capítulo discutimos os princípios que enquadraram a enfermagem ao longo do século XX procurando uma articulação entre o contexto da formação e a situação concreta de trabalho (profissão). Assumimos as normas e os valores como elementos participantes no processo de construção identitária e de socialização profissional do grupo das/os enfermeiras/os portuguesas/es. As normas e os valores representam para a enfermagem um mecanismo de coesão do grupo valorizado logo a partir das instituições de formação alterando-se consoante os contextos histórico-políticos.

Para compreender os processos de construção histórica da identidade profissional do grupo da enfermagem é fundamental estudar as normas e os valores como elementos abstractos que organizam e ajudam a disciplinar o mundo do trabalho mas também os quotidianos estudantis.

A construção de uma jurisdição profissional, ou de um domínio profissional, exige a participação de sistemas normativos que o grupo domine e “lugares” onde os elementos os possam apreender (organizações). É no interior deste cenário que as instituições de formação assumem particular destaque na relação que estabelecem entre

⁹⁶⁶ Idem (citação de Benjamim Pucket).

o público e o privado, o eu e o outro. É relevante compreender que as tipificações construídas em torno da ideia de enfermeira/o se alteram de acordo com os princípios que envolvem politicamente o grupo. Por outro lado, também percebemos que as relações entre os grupos profissionais e o exercício de poder de uns grupos sobre os outros moldam as características e os contornos do próprio grupo.

É diferente analisar o perfil identitário do grupo das/os enfermeiras/os antes da década de 70 do século XX ou depois dessa década porque há processos que alteraram os caminhos e a identidade profissional assumida pelo grupo até aí. Assim, aprender a estar e a agir perante o outro depende de diferentes variáveis e ideias que envolvem o grupo num determinado espaço-tempo. O conceito de socialização é dinâmico porque procura constantemente linhas de interacção no interior dos espaços escolares ou fora dos mesmos.

Neste sentido, a formação escolar, através das suas estruturas de funcionamento administrativo permitiu que se estabelecessem laços e processos entre a actividade formativa e os cenários profissionais, desenvolvendo-se um espírito ético comum, e construindo gradualmente uma ideologia própria do grupo que circula entre os processos formativos e os cenários profissionais. Como já tivemos oportunidade de verificar anteriormente os estágios clínicos constituem um bom elo de ligação do que acabamos de referir.

Às estruturas de funcionamento administrativo ou organizacional como o Director ou o Conselho Escolar e as diversas Comissões existentes no interior do Portugal Democrático coube a missão de regulamentar os quotidianos e zelar pelo bom funcionamento formal da instituição, onde se incluem os bons costumes e os valores de época. Estas estruturas promoveram a coesão do grupo e reforçaram a sua identidade profissional.

As escolas de enfermagem desenvolvem esse duplo papel de, por um lado, uniformização moral/ética e, por outro lado, técnico-científica ao longo, principalmente, da segunda metade do século XX.

As escolas constituem elementos vigilantes da moral dos seus estudantes, daqueles que vão integrar futuramente o grupo profissional da enfermagem e que por sua vez devem possuir, principalmente até à década de 70, características muito ligadas a uma “moral profissional” desenvolvendo “competências morais” como a obediência e a disciplina a outros grupos profissionais (médicos) mas também à sociedade em geral; por outro lado, através da influência de organismos internacionais e fruto da mudança

dos tempos, do ponto de vista político, em Portugal, depois da década de 70, assistimos a uma aposta técnico-científica, sem esquecer a dimensão ética, dirigindo a enfermagem para o Ser Humano na sua globalidade, nomeadamente, a aposta na compreensão das relações humanas, na dignidade profissional, numa relação de igualdade profissional, entre outros aspectos que ajudaram a construir uma jurisdição profissional menos permeável às incursões de corpos “estranhos” ao grupo, embora admitindo que o grupo se caracteriza pelo seu carácter relacional e isto apresenta-se como uma necessidade tornando-o, em certa medida, mais fraco.

As estruturas organizacionais das escolas de enfermagem, constroem regulamentos e aplicam-nos procurando disciplinar os comportamentos dos alunos e as suas formas de estar e apresentar perante a sociedade e os outros grupos socioprofissionais. Procuram construir, como já dissemos e reforçamos novamente, uma ideologia própria, cruzada com os interesses da época, e assim utilizar/construir códigos de natureza ética ou científica como elementos integradores em relação ao contexto profissional.

A construção de códigos morais, a partir das escolas de enfermagem, constitui uma forma de coesão escolar, social e profissional na medida em que os valores partilhados são idênticos, criando uma jurisdição profissional menos permeável a interesses exteriores ao grupo. Estes códigos normativos e de moralidade constituem, ao mesmo tempo, importantes elementos de socialização escolar e profissional na medida em que as escolas lidam de perto com a sua própria actividade profissional desde muito cedo, construindo-se um ideário comum, suporte do exercício profissional.

A importância da formação em espaço escolar pode ser objectivada através, não apenas da própria escola de enfermagem em si, mas também do Lar de Alunas Enfermeiras que, além de cumprir funções de acolhimento, funcionava como um dispositivo moralizador e disciplinador dos comportamentos. Queiramos ou não, a existência de um espaço comum (escolar e de habitação) permite um controlo maior sobre as condutas dos indivíduos e ajuda a construir elementos melhor preparados, na perspectiva de quem os molda, e adequados a um determinado padrão promovido pelas macroestruturas como o Estado.

Uma aprendizagem contínua entre a escola e o LAE – espaço comum – reforçam os códigos e as linguagens axiológicas utilizadas e fundamentam o grupo do ponto de vista ético preparando melhor para a actividade profissional futura.

Atrás avançamos algumas características da/o enfermeira/o ideal antes e depois da década de 70. Recordemos algumas características: (antes da década de 70) a enfermeira devia ser virtuosa, disciplinada, possuir temperamento vigoroso, dedicada ao bem comum, paciente, corajosa, alegre, silenciosa e discreta; depois dos anos 70, passou a dar-se importância, não a uma “moral profissional” baseada em princípios de natureza conventual e cristã, mas a uma atitude com carácter profissional, baseada nas Ciências Sociais, Humanas e Comportamentais, valorizando-se os cuidados e teorias de enfermagem como domínio de exclusividade da enfermagem portuguesa. O interesse deslocou-se das características morais para aspectos que valorizavam o grupo e os seus elementos procurando identificar-se com um determinado grau de *cientificidade* que lhes permitia assumir definitivamente os *cuidados de enfermagem* como um Saber multidisciplinar específico do grupo, reforçando a identidade e, conseqüentemente, a sua jurisdição profissional. O grupo passou a interessar-se pelas relações humanas e pela forma como se desenvolviam. A compreensão das relações enfermeira/o-doente foi importante para valorizar a actividade promovendo uma humanização das práticas de saúde onde o paciente passou, gradualmente, a reconhecer a importância e o valor deste grupo.

O conhecimento, a necessidade de actualização permanente, a procura da igualdade profissional através da constituição de equipas de saúde multidisciplinares, foram princípios pelos quais as/os enfermeiras/os, numa atitude activa, seguiram a partir da década de 70, e deram continuidade nas seguintes, com o objectivo de ajudar a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa humana na medida em que era esse o grande objectivo desta actividade.

Nos anos 80 a enfermagem apresentava-se como uma actividade profissional relacional onde os cuidados de enfermagem ao utente/doente resultam de um cruzamento entre os saberes técnicos, teóricos, deontológicos, métodos e técnicas absorvidos de outras ciências/saberes que passaram a ser utilizados por este grupo reforçando a sua própria identidade. Transitou-se de uma enfermagem de natureza moral para uma enfermagem com uma atitude científica e profissional, com carácter multidisciplinar, adequando-se às rápidas mudanças da década de 70 e seguintes.

O processo crescente de organização do grupo, do ponto de vista associativo e sindical, também se revelou importante para defender a actividade e mostrar a sua importância. É a partir desta ideia que desenvolveremos o nosso raciocínio no capítulo seguinte.

Capítulo V

A emergência de um grupo: A construção de uma jurisdição profissional

Introdução

A construção de uma jurisdição profissional depende de vários factores. Até agora tivemos oportunidade de salientar a importância das escolas de enfermagem nos processos de credencialismo em relação aos indivíduos que pretendiam ingressar na instituição escolar; olhamos particularmente para a forma como se construiu uma jurisdição académica e teórico-abstracta de conhecimentos, relacionados com a enfermagem, e percebemos a importância da existência de sistemas normativos dentro e fora das instituições escolares, para a constituição de uma consciência de grupo. Até aqui, este estudo incidiu particularmente na importância das instituições escolares na constituição de jurisdições de natureza académica. Estes aspectos constituem características que ajudam à produção de identidades profissionais reforçadas e suportam o processo de construção de uma jurisdição profissional.

De acordo com Andrew Abbot, uma jurisdição profissional constitui um domínio profissional de proximidade entre o conhecimento teórico-abstracto, que sustenta uma profissão, e o exercício concreto do trabalho, não esquecendo a importância das dimensões legal e pública que influenciam a constituição e fixação de jurisdições⁹⁶⁷. Este autor, em articulação com as ideias precedentes, afirma mesmo que as:

“Pretensões jurisdicionais podem ser realizadas em dimensões diversificadas. Uma delas é o sistema legal, que permite controlar formalmente o trabalho. A outra é a dimensão relacionada com a opinião pública, lugar onde as profissões constroem imagens que permitem pressionar o sistema legal. Uma dimensão igualmente importante, embora menos estudada é o local de trabalho”⁹⁶⁸.

A constituição de um sistema legal, a formação de uma opinião pública em articulação com as situações concretas de trabalho, constituem elementos fundamentais para o estudo das jurisdições profissionais. A fixação de uma jurisdição profissional depende, em grande medida, da construção de um conhecimento teórico-abstracto, a partir das instituições formativas especializadas, relativamente forte e o menos permeável possível a eventuais incursões e disputas com outros grupos em emergência ou “estabelecidos” ou mesmo de elementos que pretendem agir sem acreditação para o efeito, isto é ilegalmente.

⁹⁶⁷ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.* pp. 59-79.

⁹⁶⁸ *Idem*, pp. 59 e 60.

O conhecimento académico é o elemento mais relevante que suporta uma jurisdição profissional e o grupo respectivo, dado que as jurisdições incidem fortemente nas tarefas que o grupo pode executar e desenvolver exclusivamente⁹⁶⁹. No fundo, as jurisdições profissionais encontram-se umbilicalmente ancoradas ao conhecimento académico-abstracto construído a partir das instituições escolares de formação. Um bom exemplo desta articulação podem ser os “cuidados de enfermagem”.

Porém, quando nos referimos á construção de jurisdições profissionais devemos ter em conta, além de factores internos, factores externos à escola que podem ajudar a interpretar melhor o processo de construção dos domínios profissionais do grupo em questão⁹⁷⁰. Destacam-se principalmente duas dimensões de análise que constituem elementos significativos de compreensão da realidade que estamos a abordar: por um lado, a dimensão Social; por outro lado, a dimensão Estatal.

Uma actividade só adquire verdadeiramente uma jurisdição profissional se estabelecer um diálogo constante e profícuo entre o campo formativo e o campo profissional. Isto é, a aquisição de respeitabilidade académica e profissional, em relação a uma determinada jurisdição, acontece por referência a um sistema relacional e dinâmico de interdependências entre ambos os campos. As duas principais dimensões influenciadoras destes campos são a Sociedade e a dimensão Estatal. A Sociedade e o Estado reconhecem e permitem, respectivamente, a aquisição de respeitabilidade e de credibilidade em relação ao grupo de acordo com os interesses de cada momento (espaço-tempo). Assim, uma jurisdição profissional tende gradualmente a fortalecer-se à medida que a sua aceitação e a aceitação das suas reivindicações forem bem sucedidas do ponto de vista do Estado e da Sociedade.

Andrew Abbott recorda sobretudo o papel do Estado como elemento de protecção das profissões. Refere a este propósito que:

“Perante o Estado, o poder é exercido através de pressões legislativas para que sejam estabelecidas entidades licenciadoras, usando-se essas entidades contra as profissões concorrentes, pressionando para que sejam estabelecidos monopólios, estatutários ou judiciais, de prestação ou de pagamento de serviços, e para que sejam controlados legalmente os praticantes sem licença ou sem princípios éticos”⁹⁷¹.

⁹⁶⁹ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.* pp. 59-79.

⁹⁷⁰ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.* pp. 94.

⁹⁷¹ *Idem*, pp. 138.

No caso da enfermagem o que o autor refere nesta transcrição aplica-se em grande medida. Com o intuito de alcançar alguma autonomia profissional, afastando-se do grupo dos médicos e dos saberes impostos pelos mesmos nas instituições escolares, as/os enfermeiras/os colocaram-se ao serviço dos interesses do Estado, procurando aí ancorar o seu grupo em processo de emergência. É a partir do momento em que a enfermagem procura “abrigo” junto do Estado, nomeadamente a partir de meados do século XX, que este assume, em articulação com as estruturas reivindicativas da enfermagem, sobretudo o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem e as associações então existentes, um papel fundamental na definição do futuro da própria actividade, exercício e ensino da enfermagem em Portugal.

A interpretação anterior pode ainda ser acompanhada por algumas outras ideias que complementam o raciocínio que acabamos de propor. Na sequência do que referimos sobre o papel do Estado na constituição de jurisdições profissionais, o estudo do grupo das/os enfermeiras/os sugere um “duplo fechamento” levado a efeito, primeiro em relação ao grupo dos médicos, da subserviência ao trabalho hospitalar e a toda uma moral profissional e técnica vigente no Estado Novo; e, depois, parece haver um afastamento em relação ao domínio de natureza patriarcal que caracterizava uma enfermagem submissa, do ponto de vista social, em relação a outros grupos dominados pelo universo masculino⁹⁷².

Anne Witz quando se refere á importância da construção dos projectos profissionais femininos utiliza as ideias que acabamos de referir para defender, no caso da enfermagem, o “duplo fechamento” como forma de adquirir maior respeitabilidade profissional⁹⁷³ e social. Isto é, por um lado torna-se necessário que os grupos em emergência, como os/as enfermeiros/as, encontrem estratégias de resistência em relação aos grupos dominantes profissionalmente, como acontecia com os médicos; e, por outro lado, além da demarcação em relação aos grupos dominantes, aqueles que pretendem afirmar-se devem encontrar uma posição social cuja característica principal tenha a ver com a singularidade dos serviços prestados. Embora complexos e diversificados os projectos e as estratégias dos grupos ocupacionais femininos em emergência devem assumir um caminho socioprofissional procurando a maior autonomia possível, marcando posição no interior das hierarquias onde se movimentam.

⁹⁷² MACDONALD, Keith (1995), *Op. Cit.*, pp. 139.

⁹⁷³ WITZ, Anne (1992), *Op. Cit.*, pp. 39 e seguintes.

Posto isto, pretendemos apresentar e discutir os caminhos de construção de uma jurisdição da enfermagem em Portugal, sobretudo, na segunda metade do século XX, em articulação com os processos de formação que referimos em capítulos anteriores. Ao percorrer a documentação que serve de suporte empírico deste estudo verificamos a existência de momentos relevantes onde o grupo procurou definir melhor a sua identidade e jurisdição profissional. Assim, propomos uma análise em torno de quatro momentos:

- 1) A importância da constituição de associações e organismos sindicais como ponto de partida e de sustentação do grupo socioprofissional;
- 2) A constituição de carreiras próprias da enfermagem, nomeadamente a carreira hospitalar e de saúde pública⁹⁷⁴;
- 3) A organização de *Congressos Nacionais de Enfermagem* como expressão pública de engrandecimento da actividade profissional;
- 4) A integração no Sistema Educativo Nacional (ensino superior politécnico);

Estes momentos, apesar de alguns deles estarem associados a arcos temporais específicos, não constituem processos autónomos, mas antes etapas dinâmicas relacionadas entre si.

No que diz respeito ao primeiro ponto, procuraremos mostrar a importância do sindicalismo e associativismo na constituição e delimitação de um conjunto de saberes, normas e formas de estar na enfermagem em Portugal. O diálogo estabelecido com o Estado na tentativa de dignificar social e profissionalmente a enfermagem como mecanismo de legitimação do grupo socioprofissional é outro aspecto que vamos explorar.

No segundo ponto propomos descrever a(s) carreira(s) de enfermagem nas suas diversas valências como um meio que ajudou a autonomizar a profissão face a outros grupos socioprofissionais, ao mesmo tempo que se aproximou e submeteu progressivamente à figura do Estado. Referimo-nos às carreiras hospitalar e de saúde pública.

O terceiro ponto constitui simultaneamente um momento de chegada e de partida. A organização dos *Congressos Nacionais de Enfermagem*, nas décadas de 70 e

⁹⁷⁴ A carreira relacionada com o ensino de enfermagem encontra-se propositadamente noutra capítulo deste trabalho.

80, corresponde a um processo de afirmação e maturação do Saber relacionado com a enfermagem e, conseqüentemente, a novos entendimentos sobre os caminhos a tomar no sentido de aprofundar a importância desta área de trabalho, em diferentes contextos, procurando a sua redefinição do ponto de vista identitário.

Por fim, o quarto momento constitui uma etapa de reconhecimento, por parte do Estado, da importância deste Saber. A sua integração no Sistema Educativo Nacional, nomeadamente no ensino superior politécnico, representa o momento mais visível socialmente, e significativo profissionalmente, do caminho percorrido pelo grupo socioprofissional na tentativa de legitimar a sua posição social, os seus conhecimentos técnico-científicos e a sua jurisdição profissional.

Para ilustrarmos melhor cada um dos tópicos referidos tentaremos sempre que possível, como temos feito até agora, recorrer ao exemplo da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias estabelecendo um diálogo entre o geral e o particular.

1. A emergência e consolidação de um grupo socioprofissional

1.1. A acção sindical das/os enfermeiras/os no Estado Novo

A organização associativa e/ou sindical dos trabalhadores constitui um mecanismo de defesa, de legitimação e de reforço identitário dos grupos socioprofissionais⁹⁷⁵. Apesar de, algumas vezes, o seu papel ficar limitado, como aconteceu por exemplo no Estado Novo, isso não significa que dentro das suas limitações não consiga exercer os objectivos a que se propôs relacionados com a defesa e legitimação do grupo⁹⁷⁶, procurando meios e estratégias para o fazer.

De acordo com António Nóvoa⁹⁷⁷, as associações e os sindicatos têm vários objectivos que, em resumo, passam pela constituição de um espírito de grupo que promova relações de solidariedade entre os membros da associação ou do sindicato.

⁹⁷⁵ Sobre este assunto deve consultar-se os trabalhos de: BARRETO, José (1991), *A formação das centrais sindicais e do sindicalismo contemporâneo em Portugal*, Lisboa: Ed. Restrita do autor. PATRIARCA, Fátima (1995), *A questão social no Salazarismo*, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

⁹⁷⁶ Cf. BARRETO, António e MÓNICA, Maria Filomena (Coord.) (2000), *Dicionário de História de Portugal*, Vol. 9, Lisboa: Figueirinhas, pp. 432-445. ROSAS, Fernando, BRITO, J.M. Brandão de (Dir.) (1996), *Dicionário de História do Estado Novo*, Vol. II, Venda-nova: Bertrand Editora, pp. 913-923.

⁹⁷⁷ Cf. NÓVOA, António (1987), *Le temps des professeurs- Analyse socio-historique de la profession enseignante au Portugal (XVIII – XX siècle)*, II vols., Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, pp. 693-728.

Deste modo criam-se interesses comuns, normalmente a partir do exercício de uma actividade, constituindo-se assim uma consciência profissional.

É esta comunhão de interesses que se encontra na base da constituição das associações e dos sindicatos que, por sua vez, lutam pela dignidade social e profissional dos grupos que representam. Para o efeito, constroem canais de diálogo constante com os elementos do grupo e com as instituições que tutelam a área de trabalho dos grupos socioprofissionais. No mesmo sentido, estabelecem vias de comunicação com a sociedade promovendo o grupo e reagindo quando necessário.

As acções levadas a cabo pelos organismos associativos e/ou sindicais que representaram o grupo socioprofissional dos enfermeiros, em Portugal, não escapam a estas características. A acção associativa e/ou sindical constituiu, em nosso entender, um importante meio de legitimação organizada dos enfermeiros portugueses procurando construir uma imagem de respeitabilidade e de credibilidade socioprofissional, principalmente na segunda metade da centúria de novecentos.

Segundo Maria Isabel Soares na década de 20 do século passado existiam em Portugal a Associação de Classe dos Enfermeiros e Enfermeiras da Região Sul, a Associação de Classe dos Hospitais Civis Portugueses e a Associação de Classe de Ambos os Sexos do Porto. As questões que preocupavam estas associações prendiam-se com a falta de regulamentação do exercício da enfermagem, o reconhecimento de um título legal para o exercício da profissão, questões de natureza socioeconómica, as condições de trabalho, o horário e a influência da enfermagem religiosa face à “enfermagem profissional” nas instituições hospitalares⁹⁷⁸.

Já na década de 30, do século XX, surge na literatura da especialidade referência à Associação de Classe das Parteiras Portuguesas e foi criado o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul⁹⁷⁹. Estas organizações continuaram a alertar para as dificuldades crescentes deste grupo socioprofissional. Maria Isabel Soares refere-se a esta questão do seguinte modo:

“O seu “Programa de Realizações” é o espelho das dificuldades e problemas resultantes da crise económica que o país atravessava. Baixíssimas remunerações, abaixo do nível de subsistência, horários pesados, falta de emprego acrescida da ameaça constante da competição dos não diplomados, conflitos internos motivados pelo reconhecimento desigual dos diplomados, impedindo que os enfermeiros circulassem livremente entre os

⁹⁷⁸ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *Da blusa de brim à touca branca – contributo para a História do ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa, pp. 113 e 114.

⁹⁷⁹ Sindicato criado em 1931 por Alvará de 21 de Fevereiro e dissolvido em 1933.

serviços de saúde, estão entre os principais problemas que o Sindicato se propõe resolver”⁹⁸⁰.

Na verdade, em 1933, os Sindicatos existentes foram obrigados a reformular os seus estatutos por força do próprio Estado Novo, que impunha novas regras⁹⁸¹. Por exemplo, a Associação de Classe das Parteiras Portuguesas “em assembleia-geral realizada em 28 de Dezembro de 1933” passou a designar-se por Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas. Com sede em Lisboa, só poderia exercer a actividade de parteira “as senhoras legalmente diplomadas com o curso de Parteira das Faculdades do país”⁹⁸². Porém, como demonstra António Gomes Ferreira, o acompanhamento dos partos por parteiras especializadas, com um diploma, não se verificava em muitos locais desde, pelo menos, a centúria de setecentos. A assistência às parturientes era feita na sua grande maioria por mulheres sem qualquer tipo de formação académica utilizando apenas a sua experiência empírica, muitas vezes de quem já fora mãe, para assistir nos partos. As preocupações com esta actividade recuam, pelo menos, ao século XVIII⁹⁸³. Desde esta altura que a preocupação com a definição do exercício legal desta actividade, relacionada com a prática da enfermagem acontecia em Portugal.

No entanto, foi na década de 40 do século XX que surgiu um sindicato único de cariz nacional que agrupava enfermeiros e parteiras de todo o país: o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem (S.N.P.E.), com sede em Lisboa. O S.N.P.E. foi constituído a 8 de Junho de 1945 assumindo, pelo menos até 1962⁹⁸⁴, o protagonismo na “luta” sindical e na defesa dos interesses dos enfermeiros portugueses⁹⁸⁵.

No primeiro número da *Revista de Enfermagem* o enfermeiro Alberto Mourão refere-se ao Sindicato como “factor de aperfeiçoamento profissional”⁹⁸⁶. Do seu ponto

⁹⁸⁰ Cf. SOARES, Maria Isabel (1997), *Op. Cit.*, pp. 115 e 116.

⁹⁸¹ Cf. BARRETO, António e MÓNICA, Maria Filomena (Coord.) (2000), *Op. Cit.*, pp. 2.

⁹⁸² Cf. “Estatutos do Sindicato Nacional das Parteiras Portugueses” (Cap. I). *Enfermagem em foco* (2008), nº 71, Ano XVI, Fevereiro/Março/Abril, pp. 1.

⁹⁸³ FERREIRA, António Gomes (2000), *Gerar, Criar, Educar – A criança no Portugal do Antigo Regime*, Coimbra: Quarteto Editora, pp. 96-98.

⁹⁸⁴ Ano em que se constitui a Federação Nacional dos Sindicatos de Enfermagem Portugueses, passando esta a assumir um papel relevante na defesa dos interesses do grupo.

⁹⁸⁵ A propósito das comemorações do X aniversário da Fundação do Sindicato Nacional dos Profissionais de enfermagem podemos ler o seguinte:

“Antes da fundação do actual Organismo existiram, como se sabe, pelo menos cinco sindicatos: o Sindicato dos Enfermeiros do Sul, o Sindicato das Parteiras, O Sindicato das Enfermeiras Portuguesas, o Sindicato do Centro (Coimbra), e o Sindicato Regional do Distrito do Porto que, após a formação do actual S.N.P.E. passou a designar-se Secção Regional do Norte”. Cf. “Editorial – Comemoração do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº13, Fevereiro de 1956, pp. 1.

⁹⁸⁶Cf. MOURÃO, Alberto, “O Sindicato como factor de aperfeiçoamento profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 23.

de vista, o aperfeiçoamento técnico e cultural do grupo socioprofissional dos enfermeiros constituía uma das “maiores atribuições sindicais”. Devido ao elevado número de enfermeiros, cerca de 6.000, que existiam “pelos diversos concelhos metropolitanos e no ultramar” tornava-se necessária a existência de um órgão coordenador que permitisse “um contacto útil e produtivo no que se refere a cultura e a melhoria de conhecimentos”⁹⁸⁷. Neste sentido refere o seguinte:

“Sem um organismo coordenador e orientador era difícil sair-se do marasmo em que se debatem a maioria das profissões. Cabe, pois, à organização corporativa o desenvolver as actividades imprescindíveis e indispensáveis a um intercâmbio entre todas as unidades, comunicando com elas e vice-versa, mas de forma que se tratem assuntos vários, promovendo reuniões de carácter técnico-cultural para a colectividade, visitas a estabelecimentos de que resulte aumento de conhecimentos, tornando conhecidos uns dos outros todos os elementos activos da profissão, dando relevo aos melhores para que possam influir sob qualquer aspecto no desenvolvimento intelectual, técnico e moral dos restantes”⁹⁸⁸.

De acordo com o autor, era importante promover cursos de aperfeiçoamento profissional inclusivamente nos meios mais rurais, apesar das dificuldades económicas na manutenção dos cursos. Salientava a organização de alguns destes cursos nas cidades de Coimbra, Lisboa e Porto. O primeiro realizou-se a 03 de Maio de 1950 ganhando projecção os temas e a discussão em torno da enfermagem⁹⁸⁹. Alberto Mourão refere a este propósito que:

“A assistência a essas reuniões computa-se, em média, por sessão, à volta de 100-150 profissionais, o que é para considerar. Contam-nos que noutros centros são utilizadas grandes salas que comportam cerca de 1000 pessoas, porém, o número de profissionais que assiste é reduzido, porque a maioria são convidados e familiares”⁹⁹⁰.

No seu entender “a luz do Sindicato dimana, embora nem a todos se estenda, ampara e é esteio dos que a seu belo prazer seguem a estrutura política da organização corporativa portuguesa”⁹⁹¹. Percebe-se, pelas palavras do autor, a proximidade e influência do Estado Novo nas organizações sindicais da época que influenciavam a constituição de uma jurisdição profissional autónoma.

⁹⁸⁷ Idem.

⁹⁸⁸ Idem.

⁹⁸⁹ Idem, pp. 24.

⁹⁹⁰ Idem.

⁹⁹¹ Idem.

O S.N.P.E. soube organizar-se de modo a estar mais próximo dos seus profissionais constituindo algumas delegações que estavam espalhadas pelo país. Assim, em 1953, podemos encontrar delegações nas cidades do Porto e Lisboa, mas também um conjunto de delegados espalhados pelo país nomeadamente em Figueira da Foz, Torres Novas, Braga ou Coimbra.

O Sindicato depressa percebeu que era urgente cativar mais associados de modo a tornar-se mais influente na sociedade e na política. Neste sentido, promoveu um conjunto de regalias dirigidas aos sócios. Entre elas, contavam-se, por exemplo, a concessão de casas económicas a “alguns associados” mais necessitados; a ajuda no processo de instalação de telefones nas casas dos seus membros “ao abrigo do despacho de S. Ex.^a o Ministro das Comunicações, o qual se dignou, a pedido deste Organismo, conceder prioridade na instalação telefónica destinada a parteiras ou enfermeiros de ambos os sexos”⁹⁹²; o apoio jurídico aos associados, dado que alguns sócios do Sindicato queixavam-se que havia doentes por eles tratados que se recusavam a pagar a quantia estipulada⁹⁹³; a introdução de espaços de férias para os seus membros; o apoio com “socorros prestados aos sócios que deles necessitam” através de subsídios de doença e desemprego, apesar das dificuldades económicas pois “o Sindicato não é rico (...)”; ou, ainda, a criação de uma agência de trabalho que tinha como objectivo encontrar “por intermédio do Sindicato, colocações” nas instituições. Estes apoios constituem apenas exemplos da acção sindical levada a cabo pelo S.N.P.E na tentativa de elevar o número de membros associados e, conseqüentemente, aumentar a sua influência.

No interior do Estado Novo o S.N.P.E. manteve relações com as escolas de enfermagem. De facto, encontramos por diversas vezes nos livros de correspondência recebida e expedida da Escola de Enfermagem de Castelo Branco alguns elementos que permitem evidenciar um canal de diálogo com as estruturas escolares⁹⁹⁴. Todavia esse diálogo era apenas referente a assuntos relacionados com pequenas questões de índole administrativa sem interesse de maior para o desenvolvimento do ensino da enfermagem.

⁹⁹² Cf. “Diversos”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 44 e 45.

⁹⁹³ Idem.

⁹⁹⁴ AEECB – *Correspondência Expedida* – Visita de Estudo a Granada, 04 de Agosto de 1954; Envio de Cheque para pagamento de despesas de transporte, 14 de Agosto de 1954; Diploma e Cédula do Sindicato, 27 Dezembro de 1962;

Apresentadas, em termos gerais, as linhas norteadoras do S.N.P.E., vamos realçar algumas áreas de actuação do Sindicato tomando como referência as décadas de 50 e 60. Este período corresponde a um momento importante de definição identitária e constituição de um campo legal, que vem dos anos 40, relacionado com o exercício da profissão. Assim, vamos olhar para o papel do S.N.P.E., no arco temporal proposto, utilizando como suporte empírico a *Revista de enfermagem*, criada em 1953 e propriedade do Sindicato.

1.1.1. Os periódicos de enfermagem: o exemplo da *Revista de Enfermagem* (1953-1973) – objectivos da publicação

A imprensa constitui um importante veículo de informação que permite captar uma multiplicidade de sentidos. Espaço de diálogo dos grupos, contribui para a discussão de ideias e, conseqüentemente, para a afirmação de um determinado Saber ou jurisdição. Ao mesmo tempo permite uma análise mais próxima das estratégias seguidas pelo grupo no caminho da sua afirmação numa perspectiva sistémica e de reacção. Em enfermagem, os periódicos especializados constituíram elementos importantes na definição identitária do colectivo pois possibilitaram a discussão sobre assuntos diversificados que diziam respeito à coesão e afirmação do próprio grupo⁹⁹⁵.

António Nóvoa realça três motivos principais, relacionados com o campo educativo, que ajudam a mostrar a importância da imprensa⁹⁹⁶. Refere, em primeiro lugar, que “a imprensa é o melhor meio para apreender a multiplicidade do campo educativo” e que “revela as múltiplas facetas dos processos educativos, numa perspectiva interna ao sistema de ensino (cursos, programas, currículos, etc.), mas também no que diz respeito ao papel desempenhado pelas famílias e pelas diversas instâncias de socialização (...)”. Quer dizer que os periódicos apresentam diferentes perspectivas sobre um determinado assunto e isso ajuda a compreendê-lo melhor, bem como as posições que os diferentes actores assumiram sobre o mesmo num determinado contexto.

Em segundo lugar, salienta a “natureza da informação fornecida pela imprensa” que constitui um elemento de proximidade em relação a um determinado acontecimento

⁹⁹⁵ Cf. FILIPE, Ana Rosário (2006), *Contribuição para o estudo dos periódicos de enfermagem: traços de perfil do enfermeiro na revista Servir (1952-1984)*, Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa [texto policopiado].

⁹⁹⁶ Cf. NÓVOA, António (dir.) (1993), *A Imprensa de Educação e Ensino. Repertório Analítico (Séculos XIX-XX)*, Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.

permitindo, muitas vezes, “construir uma ligação entre as orientações emanadas do Estado” e as práticas, por exemplo, no interior das instituições educativas. Segundo António Nóvoa, a imprensa inscreve-se “frequentemente numa lógica de reacção a acontecimentos ou ideias, a normas legais ou a situações políticas”. Acrescenta, ainda, que a imprensa é “talvez, o melhor meio para compreender as dificuldades de articulação entre a teoria e a prática”.

O terceiro motivo que encontra para definir a importância da imprensa como fonte de investigação, prende-se a questões de legitimação dos grupos socioprofissionais. O autor refere que “a imprensa é o lugar de uma afirmação em grupo e de uma permanente regulação colectiva, na medida em que «cada criador está a ser julgado, seja pelo público, seja por outras revistas, seja pelos seus próprios companheiros de geração».

A imprensa, no seguimento do pensamento de António Nóvoa, representa um espaço de diálogo onde podemos encontrar debates e discussões, controvérsias e reivindicações. Ora, é, portanto, uma fonte privilegiada que nos pode ajudar a compreender os mecanismos de afirmação dos indivíduos ou grupos socioprofissionais, mas também de campos de intervenção de saberes em construção, bem como das suas aproximações a outras áreas do conhecimento.

De acordo com Marie-Françoise Collière, a enfermagem francesa também utilizou os periódicos especializados para fomentar o seu Saber e a sua posição profissional. Refere que, gradualmente, uma linguagem própria relacionada com os cuidados de enfermagem foi assumindo protagonismo. Aos poucos os cuidados de enfermagem alcançaram um nível sofisticado de conhecimentos, afirmando-se como elemento fundamental para a construção identitária e jurisdicional da enfermagem. Deste modo as publicações ajudaram a construir diálogos pensados e registados, valorizando os discursos escritos pelas/os próprias/os enfermeiras/os⁹⁹⁷ e a própria actividade profissional.

Em Portugal, as revistas de enfermagem também têm um passado significativo como elementos de valorização do grupo socioprofissional dos enfermeiros. De acordo com Lucília Nunes, os periódicos especializados de enfermagem representam “a existência de um grupo consciente dos seus interesses, que recorre a essa forma de

⁹⁹⁷ Cf. COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999), *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, 5ª edição, Lisboa/Porto/ Coimbra: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses/Lidel, pp. 158.

comunicação e difusão de informação no intento de estreitar as relações entre os seus membros, proporcionar reflexão sobre os problemas comuns e garantir informações actualizadas”⁹⁹⁸. Assim, os periódicos especializados, como as revistas de enfermagem, tornam-se elementos de união de um grupo e, por outro lado, pontos de discussão dos caminhos a seguir no sentido da valorização de uma determinada identidade profissional.

Em Portugal, defende Lucília Nunes, encontramos as primeiras referências a uma revista de enfermagem na década de 20, da centúria de novecentos. Segundo esta autora, a 31 de Outubro de 1929 surgiu a revista “O Enfermeiro Português”. Esta publicação quinzenal pertencia aos “profissionais de enfermagem e propaganda do grémio dos enfermeiros de terra e mar do norte de Portugal”⁹⁹⁹ e tinha como objectivo a defesa dos interesses do grupo e o combate ao charlatanismo. Ao sexto número a publicação terminou. Sabemos, no entanto, que esta não terá sido a primeira publicação deste género dedicada à enfermagem em Portugal. O professor Costa Sacadura, no primeiro número da *Revista de Enfermagem*, refere que encontra várias revistas da especialidade na sua colecção pessoal salientando que “encontro a primeira datada de 1922 e de que se publicaram apenas dois números. Outras se lhe sucederam também de efémera duração”¹⁰⁰⁰.

Pouco tempo depois do aparecimento de “*O Enfermeiro Português*” surgiu, com maior consistência temporal, o periódico “*A Voz do Enfermeiro*”. Esta publicação manteve-se activa durante cerca de dois anos e meio¹⁰⁰¹ e encontrava-se associada ao Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul. Lucília Nunes refere que este periódico, além de apelar à “conquista dos direitos naturais e humanos que nos devem ser conferidos”, era também um mecanismo de promoção de “cultura geral e elevação moral e espiritual dos enfermeiros diplomados”¹⁰⁰². Destacava-se, neste periódico, o apelo à organização profissional dos enfermeiros, assim como a necessidade de uma enfermagem laica.

Porém, foi apenas nos anos 50 que surgiu em Portugal a primeira publicação organizada de modo criterioso, enfim *profissional*. Tal como refere a autora que temos

⁹⁹⁸ Cf. NUNES, Lucília (2003), *Um olhar sobre o ombro – enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência, pp. 203.

⁹⁹⁹ Idem, pp. 204.

¹⁰⁰⁰ Cf. COSTA SACADURA, “Algumas palavras de apresentação”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 3 e 4.

¹⁰⁰¹ Agosto de 1931 e Dezembro de 1933 (saíram 28 números).

¹⁰⁰² Cf. NUNES, Lucília (2003), *Op. Cit*, pp. 6 (209).

vindo a acompanhar, “basta atentar, por comparação com os periódicos anteriores (quase sempre com um director e 2 ou 3 colaboradores fixos) no corpo redactorial”¹⁰⁰³. Efectivamente o corpo redactorial no primeiro número contava com 15 pessoas, surgindo no segundo número mais alguns nomes que pretendiam colaborar. Este periódico emergiu como um elemento de grande necessidade que o grupo possuía, para poder encontrar caminhos que o definissem e legitimassem. De carácter bimestral e propriedade do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, perdurou durante décadas, até 1973, como o fórum de referência dos enfermeiros portugueses e da enfermagem portuguesa no estrangeiro.

Tomando como exemplo o primeiro editorial desta revista percebemos claramente os objectivos e o público a que se destinava a publicação:

“Esta Revista destina-se em especial aos Profissionais de Enfermagem e pretende levar, a todos, os impulsos vivificadores que animam uma época, e simultaneamente satisfazer os anseios de quem, tendo abraçado uma profissão, se sente desamparado e já falto de fé no seu destino.

Deve ser desejo unânime que ela consiga os seus fins, quer na difusão de mais e melhores conceitos técnicos e éticos, quer no acolhimento daquelas aspirações que nos hão-de colocar na posição que nos compete, por direito próprio, dentro da sociedade – e tudo para bem da Nação”¹⁰⁰⁴.

No seguimento dos objectivos apresentados, no editorial, ainda podemos encontrar alguns indícios importantes relacionados com a publicação e que apontam no sentido da “defesa da dignificação de uma classe à qual nos devemos orgulhar de pertencer”¹⁰⁰⁵. Alinhado com estes princípios o S.N.P.E considerava o seguinte:

“É frequente ouvir-se dizer que a classe está doente, sem remédio possível para os seus males; algo de verdadeiro existe nesta afirmação, mas a essa verdade devemos opor a nossa fé, a nossa vontade, firmemente unidos em ideias e conjugando esforços no sentido de debelar a crise. Desde que pugnemos dentro dos princípios orientadores que regem a nossa sociedade, convictos estamos de que com o auxílio do Governo, até agora nunca recusado, da classe médica e de todos, a crise passará e dela sairemos, altivos e dignos, cientes da justiça prestada e prontos a cumprir sempre, mais e melhor, o nosso dever em prol do bem comum, elevando-nos e erguendo tão alto quanto possível o sagrado nome de PORTUGAL”¹⁰⁰⁶.

¹⁰⁰³ Idem.

¹⁰⁰⁴ Cf. “editorial”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 1.

¹⁰⁰⁵ Idem.

¹⁰⁰⁶ Ibidem.

No primeiro número encontramos um conjunto de personalidades de referência nacional para o grupo dos enfermeiros a escrever sobre a importância desta publicação e o contributo que podia oferecer ao grupo.

O professor Costa Sacadura referia que “esta revista aparece no seguimento de um plano cultural inteligentemente traçado e realizado pelo Sindicato, sob a superior direcção do respectivo Presidente Manuel Leitão Branco”. Efectivamente, Manuel Leitão Branco contribuiu de forma significativa para o processo de construção identitária dos enfermeiros portugueses na medida em que foi sob a sua presidência no S.N.P.E. que se delinearão muitas intervenções e que resultaram numa maior definição, por exemplo, de quem podia ou não exercer enfermagem, combatendo o charlatanismo.

Referindo-se à publicação, Costa Sacadura salientou que a considerava um “elemento precioso e valioso da cultura para o aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem e que muito contribuirá, sob aspectos vários, para aumentar os conhecimentos dos seus leitores e elevar o prestígio da classe”¹⁰⁰⁷. Terminou o seu texto realçando que “à nova revista não faltará colaboração de médicos e enfermeiros, visando principalmente o aperfeiçoamento do ensino, baseado na selecção dos candidatos, no internato, na especialização, etc.”¹⁰⁰⁸. Esta visão encontrava-se alinhada com a posição do regime político instalado na medida em que o Estado Novo propunha novas regras para o exercício da enfermagem. Este regime político destacou o papel credencialista das escolas de enfermagem, cujo diploma escolar devia ser o único meio que permitia a um indivíduo o exercício legal desta actividade. Outro aspecto relevante tem a ver com a posição do Estado Novo relacionada com a importância do internato na formação das/os enfermeiras/os. Neste ponto o Estado Novo, desde final da década de 40, do séc. XX, propõe uma formação de natureza escolar prolongada para o espaço privado através, por exemplo, dos Lares de Alunas Enfermeiras. Esta visão possibilitava um maior contacto das/os alunas/os com uma determinada moral profissional inculcada pelo próprio regime político, dissolvendo as barreiras entre aquilo que devia ser considerado público e privado, exercendo um maior controlo e disciplina sobre as/os alunas/os, promovendo uma socialização profissional intensa e uma formação integral.

No mesmo sentido Beatriz Mello Corrêa, enfermeira graduada da Escola Técnica de Enfermeiras, mostrava a importância da existência de uma “*Revista de Enfermagem* de enfermeiras, para enfermeiras” realçando o seguinte:

¹⁰⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁰⁸ Ibidem, pp. 4.

“A existência de um periódico especializado implica a existência dum grupo consciente dos seus interesses e que recorre a essa forma no intento de estreitar relações entre os diversos membros que o compõem, levantar discussões sobre problemas relacionados e garantir informações actualizadas que a todos aproveitem, traduzindo-se isto por um melhoramento do grupo devido a um melhoramento individual dos seus membros”¹⁰⁰⁹.

Beatriz Mello Corrêa chamava ainda a atenção para o processo de profissionalização da enfermagem, tomando como exemplo Florence Nightingale e a Escola de S. Tomás em Londres (1860). Referia que em Portugal, tal como em Inglaterra, deviam cumprir-se um conjunto de etapas relevantes que caracterizavam os grupos socioprofissionais, numa lógica funcionalista seguida pela Sociologia das Profissões e que apresentamos na primeira parte deste trabalho. Refere o seguinte:

“ (...) veremos que, com pequenas oscilações, regularmente se observam os mesmos aspectos:

- 1 – Criação de escolas com objectivos bem definidos;
- 2 – Reorganização dos serviços de enfermagem em estabelecimentos hospitalares;
- 3 – Garantia de extensão desses serviços na própria comunidade (enfermagem de saúde pública);
- 4 – Organização do pessoal de enfermagem;
- 5 – Desenvolvimento dum literatura própria (Segundo o Dr. Flexner, este é um importante factor a atender quando pretendemos analisar os elementos que, de *uma ocupação*, fazem **uma profissão**);
- 6 – Protecção do grupo e da pratica de enfermagem por meio de legislação; e
- 7 – Desenvolvimento de especialização, e maior exigência quanto à preparação básica da candidata a Enfermeira”¹⁰¹⁰.

Estas etapas, para a autora, constituíam um conjunto de princípios orientadores que a enfermagem portuguesa devia seguir se queria afirmar-se como profissão autónoma e independente.

Como depreendemos através da análise do conteúdo do primeiro número da publicação, a revista havia, desejavelmente, de constituir um dispositivo importante de legitimação das/os enfermeiras/os em Portugal promovendo a difusão de ideias, o diálogo profissional e o desenvolvimento do Saber.

É neste sentido que o professor albicastrense Ismael Martins realça a importância da escrita pelos enfermeiros como forma de destacar o seu trabalho de uma

¹⁰⁰⁹ Cf. CORRÊA, Beatriz Mello, “Revista de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 19.

¹⁰¹⁰ Idem.

maneira mais científica porque, segundo o próprio defendia “os enfermeiros mostravam-se pouco, escreviam pouco, trabalhavam, trabalhavam como formiguinhas *mourijantes*, como costumávamos dizer, mas não escreviam, não faziam relatórios, não procuravam cientificar o seu trabalho”¹⁰¹¹. De acordo com Ismael Martins era necessário uma outra abordagem perante o próprio trabalho. Era necessário produzir reflexão e conhecimento e divulgá-lo perante os pares e os outros grupos profissionais como forma de legitimar a sua jurisdição profissional e reforçar a identidade do grupo. Na Revista de Enfermagem vamos encontrar um conjunto de outros temas quase sempre presentes e que passamos a identificar e analisar a sua importância para a construção de identidades e jurisdições profissionais.

1.1.1.1. O combate ao exercício ilegal de enfermagem

O exercício ilegal da enfermagem era uma prática comum e um assunto recorrente na *Revista de Enfermagem*. Com a intervenção do Estado no domínio da enfermagem, na década de 40 da centúria de novecentos, legislou-se no sentido de permitir o exercício desta actividade apenas aos elementos que possuíssem um mandato para o efeito. Quer dizer, só aqueles indivíduos que tivessem frequentado um curso de enfermagem poderiam legalmente considerar-se enfermeiras/os e exercer enfermagem. Todavia, apesar da legislação existir não quer dizer que fosse cumprida na íntegra. Na imprensa especializada encontramos variadíssimas vezes discursos que remetem para a importância do combate ao exercício ilegal da enfermagem. Esta luta fomentava a construção de identidades profissionais mais fortes, dando consistência à jurisdição profissional em emergência, afastando aqueles que não estavam mandatados para o exercício desta actividade. O que se encontrava em causa era a coesão profissional do grupo. A sua afirmação profissional dependia, em grande medida, de um conhecimento certificado. As escolas de enfermagem assumiram um papel central na certificação dos indivíduos que podiam exercer a actividade. Do mesmo modo as organizações associativas tiveram um papel relevante no afastamento e denúncia daqueles que eram apenas “curiosos” e que não dignificavam a enfermagem.

Neste combate as organizações sindicais assumiram um importante papel de vigilância, denunciando nos vários pontos do país o exercício ilegal da enfermagem.

¹⁰¹¹ Cf. Entrevista realizada a Ismael Martins, pp. 17.

Estas organizações tinham noção de que para se construir uma jurisdição profissional mais forte era necessário controlar o exercício ilegal da enfermagem e delimitar o acesso à actividade. Assim promoviam a respeitabilidade e uma maior credibilidade social e profissional dado que só aqueles que possuíam as credenciais necessárias poderiam exercer legalmente a actividade junto da sociedade.

Na década de 30, o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul enviava um conjunto de reivindicações ao Ministro do Interior onde se destacava o problema do exercício profissional. Reclamava-se do governo:

“a proibição absoluta por lei, do exercício de enfermagem a quem não estivesse diplomado pelas escolas profissionais oficiais civis ou militares, devendo o diploma ser registado nas inspecções ou subinspecções de saúde das localidades onde o enfermeiro exerça a profissão;

(...)

Repressão absoluta do curandeirismo, pelo estabelecimento das comissões de controlo constituídas por médicos, enfermeiros, parteiras e inspecções de saúde, denuncia e procedimento judicial contra os infractores;

(...)

Estabelecimento de partidos de enfermagem na província, à semelhança dos que existem para os médicos, para impedir a existência e procura do curandeirismo e o exercício da enfermagem aos não diplomados;”¹⁰¹².

O Sindicato apostou numa aproximação ao Estado como elemento regulador do exercício profissional da enfermagem. Neste sentido António Nóvoa escreve sobre a importância da intervenção do Estado, e do seu papel activo, na definição de campos profissionais. O autor defende que o Estado é um elemento dinâmico na produção de identidades profissionais. O papel activo do Estado, neste caso, reflecte-se na sua capacidade de legislar sobre um grupo e mandata-lo para o exercício de uma tarefa com um determinado grau de autonomia e uma posição socioprofissional reforçada.

A enfermagem não foge a esta regra, aproximando-se gradualmente do Estado, passando este, a partir da década de 40, a regular de modo prescritivo tudo aquilo que dizia respeito ao grupo em análise. Esta década representa um momento de transição. Se até aí qualquer indivíduo podia exercer enfermagem, a partir de meados dessa década

¹⁰¹² Cf. “Cópia da representação entregue ao Exmo. Senhor Ministro do Interior pelo Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul, em face do projecto de lei entregue ao mesmo Ministro pela classe médica, em 17 de Março de 1931” extraído de SOARES, Maria Isabel (1997), *Da blusa de brim à touca branca – contributo para a História do ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa, pp. 116 e 117.

passou a ser necessário um diploma escolar¹⁰¹³. As escolas de enfermagem surgem como elementos que respondem a uma necessidade credencialista das competências legais que um enfermeiro deveria possuir e apreender¹⁰¹⁴. O Estado favoreceu o aparecimento de escolas de enfermagem pelo país, inclusivamente particulares, como aconteceu, em 1948, com a Escola de Enfermagem de Castelo Branco, com o objectivo de mandar mais profissionais de enfermagem.

Porém, sabemos que o resultado prático desta legislação demorou algum tempo a ser absorvido. Isto é, depois de 1944, continuamos a assistir a um conjunto de elementos que praticavam enfermagem sem a habilitação legal necessária. O Sindicato (S.N.P.E.) dá-nos conta deste problema centrando a sua acção no combate ao exercício ilegal da enfermagem ao longo das décadas de 50 e 60.

No primeiro número da *Revista de Enfermagem* (1953) encontramos uma secção que se intitula “*Exercício Ilegal de Enfermagem*” e que acompanhou até aos anos 60, ainda que de modo intermitente, a publicação. Neste primeiro número, foi o próprio presidente do S.N.P.E., o enfermeiro Manuel Leitão Branco, que decidiu escrever sobre este assunto traçando um diagnóstico sobre o problema que, segundo o próprio, estava identificado há muito tempo:

“As notícias que chegam até nós, quase diariamente, dos mais diversos pontos do país, deixam-nos convictos que a prática ilegal de semelhantes actos continua impunemente, com absoluto desrespeito pela legislação em vigor.

Sobre este assunto, muito se tem escrito e dito e não há jornal ou revista, creio eu, que a ele se não tenham referido, com mais ou menos desenvolvimento, sem que o problema encontrasse até hoje, completa e desejada solução”¹⁰¹⁵.

Manuel Leitão Branco referia que a acção das autoridades competentes “tem sido de certo modo meritória”, não obstante “dado o número de infractores que se encontram por toda a parte, não lhes tem sido possível eliminar tal praga”¹⁰¹⁶. Considerava esta questão como um verdadeiro problema de natureza social “da mais alta importância” constatando, no entanto, que “não é só dos nossos tempos, mas sim dos tempos mais recuados, pois de há muito a pobre humanidade suporta uma chusma

¹⁰¹³ Cf. Decreto nº 32 612, DG, 31 de Dezembro de 1942.

¹⁰¹⁴ Sobre o processo credencialista do Estado em relação ao grupo socioprofissional das/os enfermeiras/os deve consultar-se o segundo capítulo deste trabalho. Aqui descrevemos a importância das escolas, as formas de recrutamento das/os alunas/os, e os públicos que as frequentavam.

¹⁰¹⁵ Cf. BRANCO, Manuel Leitão, “Exercício Ilegal de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 21.

¹⁰¹⁶ *Idem*.

de indivíduos que, sob os mais variados disfarces, invadem o campo da enfermagem e não menos vezes o campo da medicina”¹⁰¹⁷.

De facto, como também José Lopes Dias¹⁰¹⁸ salientava, o curandeirismo e o charlatanismo eram considerados como uma enorme “praga” que colocavam problemas constantes às populações. Num entendimento mais sofisticado, colocava problemas à regulação do exercício profissional da enfermagem, assim como à dignidade desta profissão, dado que, como dizia Manuel Leitão Branco “(...) a profissão de enfermagem, é uma profissão sublime, mas só quando exercida pelos verdadeiros profissionais, e nunca por «enfermeiros furtivos», ou antes, amadores aventureiros”¹⁰¹⁹.

Em 1954 o enfermeiro Pedro Faro em texto dirigido ao Dr. Celestino Gomes, publicado na *Revista de Enfermagem*, contava alguns episódios que descreviam o grave problema do curandeirismo sobretudo nos meios rurais, tomando como exemplo, a zona da Beira:

“ (...) o curandeiro, mais conhecido nos nossos meios rurais por *barbeiros de aldeia*, praga organizada à margem da lei, que nada respeita e para os quais a lei é gargalhada, impunes por artes diabólicas, é respeitado e querido pela mui grande maioria do nosso bom povo sertanejo, que chega a julgá-los *melhores que um Médico!*... Não pagam impostos profissionais ou cotas de Sindicatos, exercem a sua tripla profissão de escamboadores, agricultores e de...médicos, sem que haja quem lhes tolha o passo e, possivelmente, com gáudio de alguns boticários que aceitam os seus receituários, agradecidos por lhes levarem freguesia!...”¹⁰²⁰.

O autor do texto pergunta-se a si mesmo “porque motivo estão enjaulados animais que nunca fizeram mal a ninguém e se deixam estas feras à solta? Que responda quem de direito”¹⁰²¹. O caminho apontado para este combate ia ao encontro da necessidade do S.N.P.E. colocar o Estado num papel regulador, controlador e interventivo na definição dos campos profissionais, onde as escolas de enfermagem deviam desempenhar um papel crucial na formação especializada dos indivíduos.

¹⁰¹⁷ Idem.

¹⁰¹⁸ AEECB- Correspondência expedida, ofício enviado ao Inspector Chefe de Assistência Social, 14 de Janeiro de 1953.

¹⁰¹⁹ Cf. BRANCO, Manuel Leitão, “Exercício Ilegal de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 21.

¹⁰²⁰ Cf. FARO, Pedro, “Exercício Ilegal de Enfermagem – A Aventura de Stra”. *Revista de Enfermagem*, nº5, Outubro de 1954, pp. 29.

¹⁰²¹ Idem, pp. 30.

Manuel Leitão Branco, alinhado com o Estado Novo, apelava ao desenvolvimento do ensino da enfermagem¹⁰²² como forma de combater o exercício ilegal da enfermagem e de valorizar a profissão, dado que:

“É de facto necessário contrariar este hábito tradicional e clássico do nosso povo, que consiste em inadvertidamente entregar a sua saúde (bem precioso, de incalculável valor) ao primeiro charlatão que lhe apareça. Há que lutar contra todos aqueles que sem qualquer preparação ou título, pretendem infiltrar-se numa classe que, devidamente organizada, deve merecer o respeito de todas as outras classes sociais, organizadas ou não, quer pelo seu valor moral e espiritual, quer ainda como factor social desta prestigiosa Nação”¹⁰²³.

De acordo com alguns textos que encontramos na *Revista de Enfermagem* perdurava a ideia de que não era possível um desenvolvimento efectivo da profissão de enfermeira/o enquanto existissem anúncios nos jornais, interesses individualistas e/ou lucrativos associados à profissão de enfermeira/o que não respeitassem o percurso sindical, técnico e moral que a enfermagem construía nos últimos anos (décadas de 40 e 50)¹⁰²⁴.

Porém, estes problemas que identificamos não se ficavam pela metrópole. Também das colónias portuguesas, nomeadamente de Moçambique, chegavam notícias relacionadas com os problemas do exercício ilegal da enfermagem.

Carlos da Silva Cordeiro, enfermeiro de 1ª classe dos Serviços de Saúde de Moçambique, referia, em 1959, que “está a tornar-se nesta cidade o exercício ilegal de enfermagem por numerosos pseudo-profissionais de enfermagem ou antes enfermeiros-furtivos de ambos os sexos”¹⁰²⁵.

Apesar de uma repressão constante do exercício ilegal de enfermagem verificamos que, ainda, em 1966 encontramos referências a esta luta dos enfermeiros contra os «barbeiros» e o «curandeirismo»¹⁰²⁶. Podemos ler no artigo de F. Cândido da Silva, no *Diário de Coimbra* e publicado mais tarde na *Revista de Enfermagem*, que a profissão está legalmente regulada e que é necessário cumprir a lei. No entanto, em jeito de diagnóstico, olhando para a cidade de Coimbra, o autor fez a seguinte reflexão:

¹⁰²² Idem.

¹⁰²³ Idem, pp. 22.

¹⁰²⁴ Cf. “Exercício Ilegal de enfermagem – comentário”. *Revista de Enfermagem*, nº9, Outubro de 1959, pp. 20.

¹⁰²⁵ Cf. “Os problemas da enfermagem no Ultramar – O exercício ilegal de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº9, Outubro de 1959, pp. 28.

¹⁰²⁶ Cf. RAMOS, Fernando, “Enfermagem e Curandeirice”. *Revista de Enfermagem*, nº36, Dezembro de 1959, pp. 36.

“Mas se repararmos, o que vai por essa cidade fora? Há criadas a fazer pensos e a dar injeções, há empregadas de consultório, há empregados de farmácia, servindo-se da própria farmácia como se fosse banco de socorros, consultório ou posto de tratamentos, enfim, um muro da cidade, onde há cerca de 400 enfermeiros diplomados e sindicalizados, se pratica ilegalmente a enfermagem, sobretudo nas farmácias”¹⁰²⁷.

Ora, um dos problemas estava precisamente na luta entre competências que pertenciam, supostamente, aos enfermeiros e que outros grupos profissionais muitas vezes não respeitavam, como acontecia com os farmacêuticos. Esta luta tem a ver com a construção de uma jurisdição profissional autónoma e forte, independente de outros grupos e de preferência pouco permeável. Só deste modo a enfermagem poderia alcançar um domínio concreto e obter o seu espaço junto da Sociedade, das outras profissões e do próprio Estado.

Cândido da Silva lançou o repto às farmácias para que estas ajudassem no combate à enfermagem ilegal e pedia, especificamente, aos directores técnicos das farmácias, o seguinte:

“1º - Que se exija que os serviços de enfermagem sejam executados por enfermeiros diplomados pelas Escolas de Enfermagem reconhecidas pelo Dec. Lei nº 36 219;
2º - Que permitam que nas farmácias do distrito de Coimbra, sejam afixadas as moradas dos enfermeiros e enfermeiras da área da farmácia;
3º - Que no caso de aparecer alguém a solicitar serviços de enfermagem lhes sejam indicadas as respectivas moradas dos profissionais de enfermagem, recusando-se a atender essa solicitação. Para casos de urgência, indicar na cidade as várias Casas de Saúde e o Banco dos H.U.C. que atendem permanentemente”¹⁰²⁸.

O S.N.P.E adoptou algumas vezes o princípio da divulgação dos nomes, quando identificados, daqueles que exerciam ilegalmente enfermagem em Portugal. Podemos ler no primeiro número da *Revista de Enfermagem* na coluna “*Actividades Sindicais*” o seguinte:

“Esta é uma das mais árduas campanhas em que o Sindicato se tem empenhado. As queixas dos nossos associados surgem-nos de todos os pontos do país – e o Sindicato utiliza todos os meios ao seu dispor afim de alcançar o total desaparecimento dos pseudo-profissionais. Quando essas queixas têm real fundamento e se encontram devidamente testemunhadas, enviam-se participações à Polícia Judiciária, Inspeção do Trabalho e aos Ex.mos Governadores Civis, conforme os casos. Estas entidades têm

¹⁰²⁷ Cf. SILVA, F. Cândido, “Enfermagem Ilegal”. *Revista de Enfermagem*, Vol.V (nova série), nº1, Fevereiro de 1966, pp. 82.

¹⁰²⁸ Idem.

colaborado com este Organismo na repressão do exercício ilegal, justo é dizê-lo; apesar disso, não foi muito o que se conseguiu até hoje [1953]. Algo se realizou, no entanto, e a campanha continua, convictos de que o nosso trabalho não será improfícuo.

Vejamos ainda que por alto o que se tentou fazer e o que já se alcançou no corrente ano:

(...)

- Ao ex.mo Governador Civil do Distrito de Lisboa fizeram-se participações das farmácias Santos e Misericórdia, de Cascais;

- Ao ex.mo Delegado do Procurador da Republica, em Abrantes, fizeram-se participações de Deolinda Martinho e de Joaquim Rosa Marques, residentes em Lameiros e Arrifana, Rossio ao Sul do Tejo.

- Em Castelo Branco comunicou-se também que José Craveiro exercia ilegalmente enfermagem em S. Vicente da Beira.

(etc..)¹⁰²⁹.

Quando comprovados os delitos relacionados com esta prática ilegal do exercício de enfermagem, os tribunais aplicavam penas diversas consoante os casos. Assim, por exemplo, “em 21 de Abril, também do corrente ano [1953], no mesmo tribunal e em 2º Juízo Correccional, foi julgado (...) Bernardo Soares sob a acusação de exercer enfermagem sem possuir carteira profissional, acumulando a prática de ajudante técnico de farmácia. Foi condenado em 6 meses de prisão, igual tempo de multa a 10\$00 por dia e 1.500\$00 de indemnização ao queixoso”¹⁰³⁰.

O afastamento daqueles que exerciam enfermagem sem habilitação legal para o efeito foi uma forma de afirmar a actividade e de ganhar maior respeitabilidade socioprofissional. O Estado assumiu um papel activo na fiscalização desta actividade socioprofissional e apelou, através da legislação, à valorização dos títulos profissionais que eram emitidos pelas escolas de enfermagem de carácter oficial e/ou particular¹⁰³¹. A articulação do sindicato com o Estado, em relação a este assunto, foi relevante pois permitiu aprofundar o processo de construção de uma jurisdição profissional mais coesa ao tentar afastar aqueles que não estavam credenciados para exercer a enfermagem e valorizar os que possuíam um mandato escolar para o exercício da actividade.

1.1.1.2. A dignidade profissional: problemas, desafios e o apelo à união.

O Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem promoveu um conjunto de acções que tinham como objectivo combater o exercício ilegal da

¹⁰²⁹ Cf. “Actividades Sindicais – Repressão ao exercício ilegal de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 39.

¹⁰³⁰ Idem, pp. 40.

¹⁰³¹ Cf. Decreto-Lei nº 36 219 de 10 de Abril de 1947.

enfermagem e defender o campo de intervenção do grupo socioprofissional das/os enfermeiras/os. De facto, este trabalho de vigilância e denúncia, levado a efeito pelo S.N.P.E. e depois por outras estruturas sindicais que foram surgindo a partir da segunda metade da década de 60, tinha como objectivo agir sobre a área circundante do grupo, isto é sobre elementos estranhos/externos à enfermagem credenciada, como tivemos oportunidade de verificar atrás.

O que apresentamos neste ponto corresponde a uma intenção declarada de apelo à união, do ponto de vista interno, do grupo. Vamos lançar um olhar para dentro do próprio grupo identificando alguns problemas e desafios que os intervenientes do mesmo assinalaram e discutiram nas revistas da especialidade, nomeadamente na *Revista de Enfermagem*, entre as décadas de 50 e 60.

De acordo com o enfermeiro Alexandre Ferreira Fontes “o pessoal de enfermagem constitui uma classe que tem as suas aspirações” e que as podia cumprir, se fosse capaz de dignificar profissionalmente a sua actividade. Este enfermeiro apontava o caminho da técnica e do trabalho sério como base da dignidade, da respeitabilidade e da credibilidade socioprofissional que o grupo devia possuir. Cumprindo este princípio, a dignidade estaria assegurada “perante essa massa heterogénea [com] que o profissional tem de actuar na sua vida profissional”¹⁰³². Desde o mais rico ao mais pobre, a/o enfermeira/o deveria assumir uma atitude profissional isto é, digna dos diferentes estratos sociais. Não bastava saber cuidar do outro, era também importante *Saber-Estar* perante o doente e aqueles que o rodeavam. O caminho mais apropriado era o da “educação, instrução e até, o que não é de somenos importância, o vestuário”¹⁰³³.

Alexandre Ferreira Fontes queria, por um lado, ver os “maus hábitos” afastados do interior do grupo socioprofissional; e, por outro lado, que este tivesse atenção aos pormenores que, aparentemente, poderiam parecer insignificantes, mas que marcavam de modo negativo a imagem que se queria para o grupo. Neste sentido, tornava-se necessário “(...) abolir a frase corriqueira e atrevida” e, pelo contrário, promover uma característica importante que era a de “criar espírito e sagacidade”¹⁰³⁴ junto do grupo. A/O enfermeira/o devia procurar constituir-se como um modelo de virtudes e neste sentido interessava, por exemplo, ter cuidado com a linguagem a

¹⁰³² Cf. FONTES, Alexandre Ferreira, “Ética profissional – Dignidade profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 17.

¹⁰³³ Idem.

¹⁰³⁴ Idem.

empregar junto dos doentes, dos colegas, dos médicos e da comunidade, em termos gerais.

Esta dignidade profissional passava pela construção interna de normas de conduta profissionalmente aceitáveis, por parte das/os enfermeiras/os, caminhando no sentido da construção de um esboço do que poderia vir a ser um código deontológico para a enfermagem portuguesa. De certo modo, este aspecto era já cuidado no interior das Escolas de Enfermagem e teria que continuar a ser aprofundado, neste caso, pelas organizações sindicais e pelos seus associados.

A construção da dignidade profissional do grupo deveria ir ao encontro de uma imagem de seriedade, de pessoas de bem e de elementos instruídos que dominavam um corpo de saberes próprios, apreendidos numa instituição de formação de enfermeiras/os.

De forma a construir uma imagem credível deste grupo, o Sindicato percebeu a importância do capital intelectual/científico para se legitimar. De acordo com Augusto Soares Coimbra, tornava-se necessário apostar em cursos de valorização e aperfeiçoamento das competências profissionais. O Sindicato surgia como um elemento importante na realização de jornadas que “procura[va]m aperfeiçoar, sempre mais e melhor, os seus conhecimentos e a dignidade e a nobreza de uma profissão”¹⁰³⁵. Este aprofundamento do conhecimento constituía uma mais valia para o engrandecimento da jurisdição profissional das enfermagem. Andrew Abbot refere que este é o principal motor de uma jurisdição profissional¹⁰³⁶.

No mesmo sentido Ferreira Fontes, em 1959, realçava que “será nas grandes provações que teremos de pôr á vista todo o nosso valor. Como é grande a nossa missão quando é abraçada como um verdadeiro sacerdócio!”¹⁰³⁷. Esta ideia representa a visão que se possuía sobre a enfermagem nesta época. Uma enfermagem onde a entrega total à actividade era uma exigência, que era interpretada como uma missão. Com o passar do tempo esta visão alterou-se e percebeu-se que o caminho adoptado deveria colocar de lado as questões espirituais e apostar-se na profissionalização do grupo adoptando outro tipo de atitudes que melhoravam a posição social e profissional do mesmo.

¹⁰³⁵ Cf. COIMBRA, Augusto Soares, “Fé e confiança na Dignidade Profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº5, Agosto de 1954, pp. 23.

¹⁰³⁶ ABBOTT, Andrew (1988), *Op. Cit.* pp. 59-79.

¹⁰³⁷ Cf. FONTES, Alexandre Ferreira, “Ética Profissional – Temas velhos em actualidade”. *Revista de Enfermagem*, nº8, Abril de 1959, pp. 30.

Por outro lado, na década de 60, esta perspectiva, alinhada com uma nova atitude profissional emergente, ganhava novos contornos e o profissional de enfermagem pretendia afirmar-se como um elemento de uma equipa da qual faziam parte o médico, o enfermeiro, entre outros profissionais. Pelo menos em teoria, transitava-se, portanto, de uma atitude passiva da enfermagem perante a medicina (onde era considerada como uma auxiliar) para uma atitude de igualdade profissional e, conseqüentemente, de colaboração da/o enfermeira/o com o médico/a¹⁰³⁸. Este processo de negociação entre a enfermagem e a medicina foi longo e, cremos mesmo, que ainda hoje continua a existir no quotidiano das instituições¹⁰³⁹. Do mesmo modo, o aprofundamento da relação enfermeiro-doente permitia à actividade ganhar mais credibilidade¹⁰⁴⁰. Estes aspectos conjugados permitiam a construção de uma identidade profissional mais forte e independente. Este processo foi lento todavia importante para a construção da jurisdição profissional da enfermagem.

Havia que unir o grupo e torná-lo cada vez mais coeso de modo a conquistar uma crescente respeitabilidade socioprofissional. O sindicato tinha aqui um papel central como elemento de união e promotor de comportamentos dignos de uma actividade em processo de emergência social e profissional. Tornava-se importante considerar os assuntos de interesse colectivo e relegar para segundo plano “assuntos menores”.

Alberto Mourão, em 1956, chamava a atenção exactamente para os “defeitos e virtudes da nossa classe” apresentando alguns exemplos de membros que utilizavam o Sindicato para promover os interesses individuais e pessoais, colocando-os acima do interesse colectivo. Este enfermeiro apelava ao sentido de responsabilidade dos membros do Sindicato. Argumentava que algumas atitudes das/os enfermeiras/os não dignificavam profissionalmente o grupo e que, desse modo, as suas reivindicações não poderiam ser levadas a sério, dificultando a construção de uma posição social e profissional melhorada. Pelo contrário, o autor defendia a união do grupo em torno da figura do sindicato. Era importante que todos participassem e valorizassem o grupo e a acção sindical. O caminho para essa valorização socioprofissional podia passar pela participação das/os enfermeiras/os nas reuniões sindicais, onde se debatiam ideias e podiam delinear estratégias de emancipação profissional; nas jornadas de trabalho e nas

¹⁰³⁸ Cf. KAPLAN, Barbara H., THOMSTAD, Beatrice e CUNNINGHAM, Nicolas, “Mudança das regras do jogo Médico-Enfermeira”, *Servir*, Vol. 24, nº 6, Novembro-Dezembro, 1976.

¹⁰³⁹ Cf. CARAPINHEIRO, Graça (2005), *op. cit.* pp. 129.

¹⁰⁴⁰ FONTES, Alexandre Ferreira, *op.cit.*, pp. 30.

acções sindicais de modo a mostrar um grupo sólido e coeso de forma a fazer com que os «maiores do país» se empenhassem, também eles, na dignificação desta actividade. A coesão e a união do grupo surgem como elementos diferenciadores, pela positiva, no processo de construção identitária e fortalecimento desta jurisdição socioprofissional.

1.1.1.2.1. O uniforme como elemento de respeitabilidade

A credibilidade social e profissional da enfermagem passava pela construção de um conjunto de normas e regras de boa conduta que deviam ajudar a implementar uma imagem cuidada das/os enfermeiras/os e a promover uma identidade profissional forte. Este era outro assunto tratado por várias vezes na *Revista de Enfermagem*. De facto, um dos aspectos realçados neste domínio prendia-se com a importância do uniforme a utilizar pelos profissionais como elemento de apoio à credibilidade profissional do grupo. De certo modo, esta já era uma prática no interior das Escolas de Enfermagem, nomeadamente quando os alunos se encontravam a estagiar nas diversas instituições de saúde.

O Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem preocupava-se com esta questão. Através da *Revista de Enfermagem* podemos verificar que “já em tempos (...) lançou [uma] campanha do fardamento, tendo até apresentado esquemas e desenhos para uniformes de enfermeiros e enfermeiras. Mas como se tratava de um fardamento único para todo o país, surgiram complicações variadas e de tal forma elas eram que o assunto acabou por ficar nas gavetas das secretárias”¹⁰⁴¹. De facto, este assunto era assumido com alguma importância dado que é recorrente na revista de enfermagem ao longo, principalmente, da década de 50.

Alexandre Ferreira Fontes realçou a importância do uniforme quando afirmava que era preciso “ter tanto cuidado com a linguagem como com o corte de fato a vestir”¹⁰⁴². De acordo com este enfermeiro, “não podemos ser pessoas andrajosas e destituídas de todo o bom gosto”, não significando, no entanto, um apelo à vaidade mas antes à simplicidade e ao cuidado com os trajes. O bom aspecto era um sinal de elevação, prestígio e de disciplina da actividade profissional e dos membros do grupo promovendo assim uma imagem social e profissionalmente respeitável.

¹⁰⁴¹ Cf. “Uniformes” in *Revista de Enfermagem*, nº 22, Agosto de 1957, pp. 131.

¹⁰⁴² FONTES, Alexandre Ferreira, “Ética profissional – Dignidade profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 18.

No mesmo sentido, Alberto Reis em 1959, traçava um breve percurso histórico para mostrar a importância do uniforme na caracterização de diferentes grupos que o utilizaram ao longo dos tempos de modo a legitimar a sua posição:

“Desde a antiguidade se avalia a disciplina imposta a qualquer comunidade pela apresentação e aspecto do seu uniforme. Se, de uma maneira geral, a sensibilidade humana detesta a monotonia da forma e da expressão, por outro lado aprecia as grandes massas com uniformes cuidados, nos desfiles militares, nas paradas atléticas, ou nas salas de um colégio; avalia da categoria de um hotel pelo porte e uniforme do corrector que espera os hóspedes na estação; da prosperidade de um estabelecimento pela apresentação do porteiro; dos cuidados e educação de uma dona de casa pela maneira como veste as criadas”¹⁰⁴³.

Em meados do século XX, o uniforme apresentava-se como um elemento caracterizador de actividades socioprofissionais dignas, estatuto que a enfermagem pretendia alcançar. No mesmo sentido, o cuidado com o uniforme era sinónimo de disciplina e de *Saber-Estar* perante o outro.

A enfermagem portuguesa não fugiu a estes princípios na medida em que, desde cedo, o grupo sentiu necessidade de utilizar um uniforme “logo que as ideias pasteurianas conseguiram impor-se no campo médico-cirúrgico”¹⁰⁴⁴. Foi então que surgiram alguns elementos que caracterizaram e identificaram, simbolicamente, os enfermeiros portugueses ao longo do seu percurso histórico contemporâneo, nomeadamente, “a bata branca, o avental, o lenço, as luvas, o barrete e a máscara”¹⁰⁴⁵ ou mesmo a própria cor do uniforme.

A ideia da cor branca tinha a ver principalmente com as condições de higiene e com a limpeza dos uniformes. O branco não permitia enganar os superiores quando verificavam os cuidados de limpeza dos uniformes. Com o decorrer do tempo a questão da cor tornou-se um elemento identificador dos grupos profissionais, isto é “as categorias passaram a diferenciar-se pela cor do uniforme, que passou a ser sóbrio mas elegante”¹⁰⁴⁶.

Alberto Reis, interessado neste assunto, chamava a atenção para o exemplo dos hospitais ingleses tomando-o como modelo a seguir:

¹⁰⁴³ Cf. REIS, Alberto, “Coisas que não estão certas...Disciplina e Uniforme”. *Revista de Enfermagem*, nº9, Junho de 1959, pp. 18.

¹⁰⁴⁴ Idem.

¹⁰⁴⁵ Idem.

¹⁰⁴⁶ Idem.

“Olhe-se para o uniforme do pessoal de enfermagem e, no meio da qualidade que reina, ficar-se-á a saber que a alimentação é cuidada, a terapêutica é ministrada a horas, as camas mantêm-se limpas, a louça é esterilizada, os doentes são tratados com educação e carinho, etc., etc., etc., enfim tudo o que, salvo raras exceções, não estamos habituados a ver”¹⁰⁴⁷.

Para este autor a realidade portuguesa não correspondia ao estado avançado da enfermagem inglesa, no que diz respeito aos uniformes, descrevendo-a da seguinte forma:

“ Desagradável espectáculo, terrível sintoma, o das enfermeiras com lenço na cabeça a trabalhar ao lado de outras que usam o «cap», os sapatos brancos ao lado dos de pele de cobra, sapatilhas brancas ao lado das sapatilhas azuis, chinelas ao lado dos sacos, meias pretas e meias brancas, batas apertadas à frente e batas apertadas atrás, batas escuras que, apesar da cor, ainda mostram a falta de limpeza!”¹⁰⁴⁸.

O mesmo autor condenava estas práticas e questionava-se se esta seria a melhor forma de “elevar o nível dos estabelecimentos hospitalares”? Evidentemente, apontava outro caminho que passava, principalmente, pela obrigatoriedade do cumprimento dos regulamentos e pela instituição de “um uniforme, exigindo-se o seu uso rigoroso com o brio inerente, ética e responsabilidade da profissão que abraçaram”¹⁰⁴⁹.

Em 1957, a polémica relacionada com a importância dos uniformes no seio da enfermagem continuava presente. Numa visita realizada ao Hospital Regional de Vila Franca de Xira, no âmbito do *X Congresso Internacional de Hospitais*, “os congressistas visitaram o bonito hospital regional daquele concelho. A harmonia das cores e da construção, a leveza e a singeleza da arquitectura, a sobriedade dos móveis e o conforto dos doentes, tudo foi apreciado na devida conta. Apenas destoou um pormenor no qual só uma meia dúzia de congressistas repararam. Tratava-se nem mais nem menos do fardamento usado pelo profissional que ali se encontrava de serviço: calças e bata branca, sandálias e meias sarapintadas”¹⁰⁵⁰.

Quem escreveu o artigo manifestou o seu profundo desagrado pela ausência de regulamentação no que diz respeito à questão dos uniformes a utilizar. O conselho enviado aos profissionais de enfermagem era no sentido de, pelo menos, utilizarem o “fardamento que usavam nas escolas onde fizeram os respectivos cursos”, pois “se

¹⁰⁴⁷ Idem.

¹⁰⁴⁸ Idem.

¹⁰⁴⁹ Idem.

¹⁰⁵⁰ Cf. “Uniformes”. *Revista de Enfermagem*, nº 22, Agosto de 1957, pp. 131.

assim procedessem não teríamos nós, congressistas, censurado o fardamento exótico daquele profissional”¹⁰⁵¹.

“Poderão argumentar que cada qual se farda como quizer porque não há regulamentos que imponham um determinado uniforme. De acordo, mas que sigam um modelo em ordem. Se há muitos, que se escolha um da nossa simpatia. Mas que se use integralmente e tendo em consideração que a apresentação exterior revela quase sempre a disciplina e a ordem não só da organização que se serve como da própria pessoa. Por isso pensamos que, mesmo sem tipo de fardamento obrigatório, esse profissional destoou do conjunto e merece em boa verdade a nossa censura”¹⁰⁵².

Duas ideias merecem destaque a partir da transcrição anterior. A primeira tem a ver com a necessidade de utilização de um uniforme padrão. Este uniforme padrão deveria constituir uma prática dos profissionais de enfermagem na medida em que a sua utilização facilitaria melhores cuidados de enfermagem ao doente e permitiria a identificação profissional do elemento do grupo. A segunda ideia tem a ver com o facto do uniforme constituir um elemento diferenciador e de disciplina no contexto das organizações desta natureza. Um uniforme padrão representa simbolicamente uma atitude profissional disciplinada e uma posição socioprofissional bem definida na hierarquia organizacional. Também na Escola de Enfermagem de Castelo Branco era obrigatório a utilização de um uniforme. Aliás, as estagiárias eram avaliadas pelo facto de “uniformizarem” adequadamente ou não. O uniforme era um elemento identificador, que as distinguia na hierarquia profissional e ilustrativo da sua própria atitude perante os superiores a que as/os alunas/os estavam submetidas no interior do Estado Novo.

1.1.1.3. Os cursos, as jornadas e as semanas da enfermagem: exemplos

Um dos caminhos seguidos pelo Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, ao longo das décadas de 50 e 60, passou, como já referimos atrás, pela valorização e legitimação do grupo através da realização de cursos de aperfeiçoamento profissional e cultural, de jornadas dedicadas ao exercício teórico-prático da enfermagem e à realização de semanas orientadas para a reflexão sobre a enfermagem.

No caso dos cursos de aperfeiçoamento profissional o Sindicato exerceu uma actividade de promoção dos mesmos desde 1950, inclusivamente em meios rurais. A primeira conferência organizada por este Sindicato teve lugar na Faculdade de Medicina

¹⁰⁵¹ Idem.

¹⁰⁵² Idem.

de Lisboa e foi proferida pelo Professor Doutor Costa Sacadura¹⁰⁵³. Curiosamente a conferência inaugural é proferida por um médico, verificando-se a subserviência e a admiração que a enfermagem tinha por este grupo. Este processo certamente que dificultava o estabelecimento de uma identidade profissional mais definida e concreta, com menos ambiguidades.

Foi também a partir da década de 50, da centúria de novecentos, que assistimos à realização de jornadas nacionais de profissionais de enfermagem. Estes momentos tinham como objectivo mostrar a “vitalidade dos enfermeiros portugueses”¹⁰⁵⁴. Augusto Soares Coimbra, alinhado com a situação política, realça que “realmente poucas classes poderão hoje, como esta, orgulhar-se neste país de viverem uma hora tão alta de confiança e de fé na dignidade e na nobreza do seu trabalho”¹⁰⁵⁵.

Nestas jornadas, os profissionais de enfermagem procuravam aperfeiçoar os seus conhecimentos. Nestas reuniões dos enfermeiros, pretendia-se o desenvolvimento de laços de solidariedade profissional. Promovia-se o estudo dos problemas com o objectivo de solucionar o que estava mal e aperfeiçoar o que funcionava¹⁰⁵⁶.

Estas reuniões procuraram consolidar uma área de trabalho que convivia com muitas outras, constituindo-se, assim, como um mecanismo de legitimação do grupo. O S.N.P.E. participou em vários encontros onde foram debatidas ideias relacionadas com a afirmação da enfermagem portuguesa, como por exemplo no *X Congresso Internacional de Medicina do Trabalho* e no *I Congresso Nacional da Marinha Mercante* onde foram apresentadas comunicações que defendiam determinadas soluções para problemas da enfermagem no sector do trabalho industrial e nos transportes marítimos¹⁰⁵⁷.

No X aniversário do Sindicato observamos que o sindicato deu uma enorme importância a este tipo de encontros culturais e profissionais, como forma de desenvolver o domínio profissional da enfermagem. Observamos que um acontecimento de excepcional relevo, e para o qual o Sindicato assumiu um papel de primeira grandeza foi a *Primeira Reunião de Enfermeiros Portugueses, no 4º Centenário da Morte de S. João de Deus*, em Lisboa. Neste encontro começou a perceber-se que, efectivamente, a concentração de profissionais de enfermagem de todo o país vincou profundamente o

¹⁰⁵³ Cf. “As comemorações do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº14, Abril de 1956, pp. 2.

¹⁰⁵⁴ Cf. COIMBRA, Augusto Soares, “Fé e confiança na Dignidade Profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº5, Agosto de 1954, pp. 23.

¹⁰⁵⁵ Idem.

¹⁰⁵⁶ Idem.

¹⁰⁵⁷ Cf. “Editorial – Comemoração do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº13, Fevereiro de 1956, pp. 1.

seu valor e existência enquanto grupo com aspirações ao nível de outros no domínio da saúde¹⁰⁵⁸. Foi nas comemorações do *IV Centenário da Morte de S. João de Deus* que “o Sindicato tomou contacto com a Ordem dos Irmãos Hospitaleiros, mantendo pelo tempo fora o melhor entendimento com essa modelar organização, a qual nunca deixou de nos honrar com a sua solidariedade, com a sua presença e com o seu auxílio em todas as nossas iniciativas”¹⁰⁵⁹.

O aniversário do Sindicato foi comemorado por todo o país dando seguimento a um programa recheado com conferências ou inaugurações de sedes de secções, como aconteceu em Coimbra. Foi a partir deste conjunto de encontros, relacionados com a enfermagem, que o Sindicato tentou colocar em andamento a organização de um *Congresso Nacional de Enfermagem* como “corolário destes 10 anos de actividade sindical” pensando, os organizadores, estarem reunidas condições para a realização deste grande evento, cujo objectivo passava pelo estabelecimento de um *Estatuto Nacional de Enfermagem* e “a partir desse Estatuto, surg[iria] a necessidade da criação de um Conselho Nacional de Enfermagem” de modo a garantir-se “melhor nível social e cultural para os enfermeiros portugueses”¹⁰⁶⁰. Na verdade, esta aspiração só em 1973 foi concretizada.

Estas acções de valorização da enfermagem continuaram, e ganharam uma expressão cada vez mais alargada à medida que percorremos a década de 60, do século XX. Nesta década encontramos alguns exemplos de *Semanas da Enfermagem* com objectivos muito claros. Por exemplo, na *II Semana da Enfermagem*, realizada em Lisboa de 4 a 11 de Março de 1961, no Secretariado Nacional de Informação, e que contou com a presença de representantes dos Ministérios das Corporações, da Saúde e do Ultramar, podemos verificar que o principal objectivo do evento consistia na divulgação dos princípios orientadores da profissão de enfermagem, nomeadamente as questões morais, científicas e sociais que esta actividade representava¹⁰⁶¹.

Nestes encontros construíram-se novas linhas de orientação e definiram-se alguns aspectos que podiam e deviam ser explorados e aprofundados de modo a facilitar

¹⁰⁵⁸ Cf. “Editorial – Comemoração do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº13, Fevereiro de 1956, pp. 1.

¹⁰⁵⁹ Cf. “As comemorações do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº14, Abril de 1956, pp. 2.

¹⁰⁶⁰ Cf. “Editorial – Comemoração do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº13, Fevereiro de 1956, pp. 2.

¹⁰⁶¹ Cf. “A II Semana de Enfermagem (4 a 11 de Março de 1961)”. *Revista e Enfermagem*, nº 44, Maio de 1961, pp. 21.

Na *II Semana de Enfermagem* inscreveram-se 418 participantes: 325 enfermeiros e 93 alunos).

o reconhecimento da actividade. Desenhava-se deste modo um debate alargado dentro do grupo socioprofissional sobre a autonomia e legitimação da profissão de enfermeira/o traçando estratégias para o conseguir.

As principais conclusões aprovadas e extraídas desta *Semana de Enfermagem* foram as seguintes: em primeiro lugar, todo o ensino, quer no curso básico quer no pós-básico, deveria preparar os alunas/os para actuarem com igual competência profissional no campo da enfermagem hospitalar, no da saúde pública ou no do ensino¹⁰⁶²; em segundo lugar, relativamente ao Hospital e aos serviços de enfermagem, deveria criar-se uma comissão cujo objectivo principal seria o de estudar em pormenor o problema das visitas aos doentes de modo a evitar conflitos entre os enfermeiros e as famílias dos doentes; em terceiro lugar, quanto à enfermagem de saúde pública reconhecia-se a necessidade do trabalho, em grande escala, dos enfermeiros de saúde pública e dado o interesse que a especialidade suscitava em todo o grupo da enfermagem, propunha-se que a mesma fosse integrada em todos os cursos de enfermagem de base¹⁰⁶³. Estas orientações ajudaram a construir novos entendimentos sobre a enfermagem portuguesa e a afirmar a identidade de um grupo através de uma atitude reflexiva e do conhecimento resultante, em parte, destas jornadas de trabalho onde se reuniam e debatiam os problemas as/os enfermeiras/os.

No mesmo sentido, realizou-se no mês de Maio a *III Semana de Enfermagem*¹⁰⁶⁴, também organizada pelo Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, que contou com intervenções de enfermeiras e também representantes de organizações internacionais¹⁰⁶⁵. O principal objectivo desta semana foi a análise do papel dos profissionais de enfermagem face às necessidades do país. Foram vários os intervenientes que participaram com comunicações sobre a importância da enfermagem e as suas ramificações¹⁰⁶⁶.

¹⁰⁶² Desenha-se aquilo que acontecerá com a reforma do ensino da enfermagem de 1965 e a elevação da exigência no acesso à profissão. Idem, pp. 33 e 37.

¹⁰⁶³ Idem, pp. 29.

¹⁰⁶⁴ Inscreveram-se na III Semana da Enfermagem 653 pessoas: 477 enfermeiros e 176 alunos.

¹⁰⁶⁵ Estiveram presentes: uma enfermeira consultora do *Bureau* Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde e uma enfermeira responsável pelo ensino na província de Moçambique.

¹⁰⁶⁶ Participaram as enfermeiras Maria Teresa Bastos Pereira Forjaz, com o tema “Papel da Enfermeira num programa de higiene mental”; Maria Ermelinda Sarrafana com “Contribuição da enfermeira para a saúde da criança”; Maria Palmira Bruto da Costa – “A acção da enfermeira na saúde escolar”; Maria José Simeão – Funções e responsabilidades da enfermeira para com os indivíduos na idade adulta e na anciania”; Irene Pinto de Carvalho – “Da acção do enfermeiro nas situações agudas de urgência”; Fontes Pereira de Melo – “O papel da enfermagem perante o doente crónico”; Maria Luísa de Fátima Conde Pereira – “O papel da enfermagem na reabilitação”; Maria Helena Cadete Bernardo – “Considerações sobre o segredo profissional”; Dília de Almeida Ribeiro – “Apresentação para discussão do anteprojecto

O principal objectivo era o de elevar a posição socioprofissional do grupo das/os enfermeiras/os. O contacto com os problemas existentes e o debate sobre os mesmos seria a melhor forma de encontrar estratégias para melhorar a condição do grupo. Era necessário disciplina e compreensão para conseguir alcançar as reivindicações colectivas¹⁰⁶⁷. Este movimento de afirmação através dos cursos de aperfeiçoamento cultural e profissional, das semanas de enfermagem e de outras iniciativas, também se estenderam ao Ultramar.

Em suma, estamos perante um movimento de afirmação da enfermagem principalmente fazendo uso do conhecimento que, aos poucos, se produzia sobre as realidades do grupo em Portugal. A dimensão cultural e científica entre as décadas de 50 e 60 constituiu uma aposta clara do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, e das suas secções, como estratégia de legitimação do grupo perante outros grupos profissionais e a sociedade em termos gerais. No entanto, também se evidencia o esquecimento das escolas particulares, como a de Castelo Branco, no que diz respeito à organização deste tipo de iniciativas. Na verdade, parecem existir duas realidades distintas. A realidade das escolas oficiais, nomeadamente de Lisboa, Porto e Coimbra, e a realidade das escolas particulares, geograficamente deprimidas, como a escola albicastrense. Este entendimento leva-nos a dizer que a dificuldade de engrandecimento da actividade profissional era muito maior nestes termos, apesar dos constantes apelos à união do grupo. De facto, basta olhar para a legislação e percebe-se que esta era dirigida essencialmente para as escolas de enfermagem mais reconhecidas e que se situavam geograficamente nos locais referidos. As outras escolas limitavam-se a seguir o modelo adoptado pelas “escolas centrais”, chegando mesmo a orientar os seus alunos pelos manuais elaborados nessas escolas, como aconteceu no caso de Castelo Branco no Estado Novo. Acontecia o mesmo com as jornadas de trabalho, as semanas de enfermagem, ou outro tipo de cursos promovidos pelo sindicato. Se por um lado este tipo de iniciativas pretendia a inclusão e a união do grupo, por outro lado afastava aqueles que estavam geograficamente mais distantes dos grandes centros de enfermagem. Isto dificultava a construção de uma identidade forte e de uma jurisdição profissional com impacto em toda a sociedade portuguesa.

do código deontológico para os profissionais de enfermagem”; Mário Sarmento Rebelo – “Preparação básica de enfermeiros”; Maria Teresa Lemos Martins – “Actividades circum-escolares e a sua influência para a preparação dos enfermeiros”; Maria Fernanda Gouveia Pinto – “Dificuldades encontradas pelos enfermeiros do continente em serviço no ultramar e preparação complementar necessária para o bom desempenho da profissão”. Cf. *Revista de Enfermagem*, nº2, vol.2, 1962, pp. 69.

¹⁰⁶⁷ Idem, pp. 70.

1.2. A acção sindical no Portugal democrático: o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco

A construção de identidades profissionais articula-se com o espaço-tempo que envolve a sua edificação. Os regimes políticos constituem um importante elemento definidor de características que compõem a identidade profissional dos grupos. Do mesmo modo, a mudança de regime político traz consigo alterações de modelos ideológicos que acabam por influenciar decisivamente a construção identitária dos grupos profissionais.

Durante o Estado Novo a acção sindical caracterizou-se principalmente por uma vigilância do cumprimento das normas impostas ao grupo dos enfermeiros de acordo com os princípios definidos pelo regime político da época. O Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem exercia uma acção vigilante em relação ao exercício ilegal da enfermagem, denunciando os casos às autoridades. Por outro lado, a acção sindical embora bastante limitada, assumiu importância, do ponto de vista identitário, dado que ajudou a constituir uma consciência de grupo. Os apelos à união, a chamada de atenção para a importância do domínio do conhecimento e, conseqüentemente, a participação em jornadas de trabalho ajudaram a edificar uma identidade profissional mais forte e com uma visibilidade social e política maior, porém muito controlada pelo Estado Novo.

A implementação de um novo regime político, em 1974, alterou o modelo de organização económica, social e política da Sociedade portuguesa. Estas alterações concorreram para o acelerar do processo de emergência de novos grupos profissionais¹⁰⁶⁸. A enfermagem era um destes novos grupos que procurava há muitos anos a sua afirmação na sociedade e junto de outros grupos profissionais já “estabelecidos”. Neste contexto de mudança os Sindicatos ganharam maior destaque e poder de negociação e reivindicação junto do Estado. Surgiram vários sindicatos de enfermeiros que ajudaram à construção de uma identidade profissional mais definida. Ismael Martins é bem peremptório nisso, ao afirmar o seguinte em relação à intervenção sindical, no âmbito da enfermagem, antes e depois da Revolução dos Cravos:

¹⁰⁶⁸ FERREIRA, José Medeiros (1994), in MATTOSO, José, *História de Portugal – Portugal em Transe* (1974-1985), Vol. VIII, Lisboa: Editorial Estampa, pp. 105 e seguintes.

“é sentimento meu, que até ao 25 de Abril a acção sindical terá sido bastante apagada. Não era necessário ser sindicalizado para se exercer a profissão, não eram permitidas greves, enfim... a acção foi muito apagada e limitada. Mas, após o 25 de Abril, aí sim começa-se a discutir muito em Portugal a unicidade sindical ou a diversidade dos sindicatos. Os partidos ditos mais à esquerda reivindicavam que devia implantar-se a unicidade sindical. Mas não vingou, e cada classe passou a ter o seu sindicato e surge o Sindicato dos Enfermeiros da Região Sul e Ilhas, o Sindicato dos Enfermeiros da Zona Centro, o Sindicato dos Enfermeiros da Zona Norte, e apareceu ainda um outro, a nível nacional, que era o Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados, que apareceu precisamente no pós 25 de Abril”¹⁰⁶⁹.

A visão do entrevistado é clara e permite-nos perceber que foi no pós-25 de Abril que diversos sindicatos surgiram direccionados para a defesa da enfermagem enquanto actividade profissional. Assumiram um papel interventivo, permitindo a construção e o fortalecimento de uma identidade e uma jurisdição profissional mais forte. Algo que muito lentamente vinha sendo construído desde os anos 40 e que agora ganhava um novo fôlego.

A reflexão sobre o percurso seguido pela enfermagem ao longo do século XX foi algo para o qual se tentou chamar a atenção no interior do Portugal Democrático. Só através da reflexão se poderia construir uma identidade profissional mais forte. Esta era a opinião de Marcolino Gramacho em meados da década de 80. Este enfermeiro referia-se ao problema da construção identitária do grupo dos enfermeiros por comparação ao dos médicos. Defendia que vários problemas dificultaram a construção de uma verdadeira identidade profissional. A falta de homogeneidade ou a diversidade da origem social dos enfermeiros constituíam, no seu entender, elementos que não ajudavam a construir uma imagem sólida desta profissão. Refere-se a estas dificuldades do seguinte modo:

“Peguemos nos últimos 50 anos.

Os médicos, por exemplo, foram sempre médicos, sujeitos às mesmas exigências habilitacionais e ao mesmo diploma. São, apesar de acidentes de percurso, uma profissão homogénea, o que não significa que todos os médicos sejam idênticos. E nós? Quantas alterações nas habilitações literárias, nas durações dos cursos, na diversidade de escolas, nas mudanças de programas, quantos passos atrás?”¹⁰⁷⁰

¹⁰⁶⁹ Cf. Entrevista realizada a Ismael Martins, pp. 18 e 19 (anexos).

¹⁰⁷⁰ CDI/SEP - GRAMACHO, Marcolino Galhardo (1985), *Perspectiva Sindical sobre as condições de exercício em Portugal. O futuro*. Comunicação apresentada ao *III Congresso Nacional de Enfermagem*, [documento dactilografado], pp. 3.

Este discurso encontra-se alinhado com a ideia da importância do papel dos sindicatos que, apesar da diversidade social da profissão, deviam constituir uma garantia de união entre os profissionais, aqueles que se encontram em formação e a visibilidade transmitida para o interior da Sociedade. Este triplo papel, para Marcolino Gramacho, constituía uma importante missão sindical no sentido da construção de uma identidade profissional mais forte, consistente social e profissionalmente. Para este autor o grande objectivo dos sindicatos era precisamente a integração da diversidade social e cultural dos enfermeiros na construção de uma identidade com carácter profissional¹⁰⁷¹.

Foram vários os sindicatos que surgiram no Portugal democrático, divididos pelas diferentes regiões do país. Encontramos o Sindicato dos Enfermeiros da Zona Norte; o Sindicato dos Enfermeiros da Região Sul e Ilhas e o Sindicato dos Enfermeiros da Zona Centro. Além destes também surgiu o Sindicato dos Enfermeiros Diplomados.

No caso dos enfermeiros provenientes da Escola de Enfermagem de Castelo Branco percebemos que a maior acção sindical desenvolvida no interior daquela estrutura escolar foi a do Sindicato dos Enfermeiros da Zona Centro. A maioria dos docentes encontrava-se filiada neste sindicato e pagava a respectiva quota sindical¹⁰⁷². Na verdade, nesta escola evidenciou-se Ismael Martins dado que ele próprio pertencia ao Sindicato dos Enfermeiros da Zona Centro, desde 1976, chegando a ser o Presidente da Assembleia Geral daquele sindicato, com sede em Coimbra. O fortalecimento do ensino da enfermagem portuguesa e a elevação social da profissão foram os motivos que levaram Ismael Martins a fazer parte activa desta luta. Refere a propósito disto o seguinte:

“Eu fiz parte desta luta e daí poder dizer-lhe que foi um dos motivos que me levou a aceitar fazer parte do Sindicato dos Enfermeiros do Centro, nomeadamente como presidente da mesa da Assembleia Geral, ainda não era director da escola, mas foi uma das razões para aceitar, para de alguma maneira mobilizar os próprios sindicatos para nos ajudarem a elevar o ensino da enfermagem, porque estavam mais preocupados com as suas relações de trabalho, os seus horários, as suas tarefas, os salários, as suas folgas, do que propriamente com o ensino da enfermagem”¹⁰⁷³.

De acordo com Ismael Martins, o papel dos sindicatos encontrava-se muito direccionado para o exercício da enfermagem, relegando para segundo plano o ensino da enfermagem. O entrevistado percebeu muito cedo que só poderiam possuir uma

¹⁰⁷¹ Idem, pp. 4.

¹⁰⁷² AEECB – *Correspondência Expedida* – Pagamento de quotas, 1989.

¹⁰⁷³ Cf. Entrevista Realizada a Ismael Martins, pp. 18 (anexos).

identidade profissional forte se tivessem um ensino da enfermagem reconhecido. Esta ideia encontra substância na acção de Ismael Martins, enquanto director da instituição escolar, devido à importância que dava ao conhecimento e à formação científica dos docentes da Escola de Enfermagem de Castelo Branco. Esta concepção representa bem a importância da articulação entre o conhecimento e o reforço identitário e jurisdicional desta actividade. Ismael Martins foi o coordenador de todas as acções de formação promovidas pelo Sindicato dos Enfermeiros da Zona Centro, ao longo de doze anos, dirigidas ás/aos enfermeiras/os do distrito de Castelo Branco¹⁰⁷⁴. Também foi ele o coordenador dos cursos de promoção de enfermeiros de 3ª classe, tutelados pelos sindicatos. Esta sua actividade sindical ilustra o papel que os enfermeiros deviam possuir na construção do seu próprio grupo, através da organização de eventos e da reflexão sobre os problemas identitária do grupo, como defendia Marcolino Galhardo.

No que diz respeito a uma intervenção directa dos sindicatos em relação aos alunos, especificamente, pode referir-se que no caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco ela existiu. Havia tentativas dos sindicatos contactarem com os alunos finalistas com o objectivo de apresentar “uma perspectiva panorâmica sobre a integração profissional no mundo do trabalho”¹⁰⁷⁵. Este constituía, quando era possível a sua realização, o momento de cativar associados para a causa sindical.

Ao longo do período de estudo dos alunos na Escola de Enfermagem de Castelo Branco eram incluídos nos conteúdos programáticos pequenos apontamentos sobre a acção sindical. Por vezes eram convidados elementos dos diferentes sindicatos para apresentar a sua concepção sobre a profissão. Sobre este assunto Ismael Martins refere o seguinte:

“havia um pequeno conteúdo programático na área da enfermagem em que tinha de se falar das organizações de classe, que eu próprio ministrava algumas vezes e para me ajudar nessa área, que era pequena, era apenas um capítulo, me socorresse de prelectores e quando me socorria desses prelectores convidava diversos dirigentes dos diversos sindicatos. Ou não convidava nenhum e era eu que dava ou procurava dar as informações que havia a dar a nível sindical, procurando ser o mais neutro possível, e eles tinham a liberdade de fazer as perguntas que quisessem e se filiavam onde queriam. Ou então quando convidava auxiliares para me ajudarem nessa matéria convidada um prelector de cada sindicato e de associações”¹⁰⁷⁶.

¹⁰⁷⁴ AEECB – Curriculum Vitae de *Ismael Martins*, 1990, pp. 11.

¹⁰⁷⁵ AEECB – *Correspondência Recebida – Ofício do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses dirigido ao director da Escola de Enfermagem*, 1989.

¹⁰⁷⁶ Cf. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 19 e 20.

A influência dos sindicatos também entrou nas escolas de enfermagem. A acção sindical permitia o desenvolvimento de sentimentos de pertença ao grupo das/os enfermeiras/os e ainda o reforço da posição socioprofissional. Tentava-se articular a Escola com o mundo do trabalho tornando os sindicatos canais de diálogo que defendiam os interesses dos seus associados. Esta visão era transmitida aos alunos e profissionais num contexto social e político diferente daquele que anteriormente existia e onde os sindicatos tinham agora um papel diferente do desempenhado no Estado Novo.

A edificação do regime político democrático e construção de um Estado - providência possibilitou à enfermagem o fortalecimento do seu domínio profissional e da sua identidade do ponto de vista social. A mudança de mentalidades também contribuiu para melhorar o entendimento que até então existia em relação à importância da actividade desenvolvida pela enfermagem, possibilitando a emergência deste novo grupo com carácter profissional e de grande importância para a Sociedade e para o próprio Estado.

Apresentado o panorama sindical entre o Estado Novo e o Portugal Democrático vamos evidenciar alguns aspectos relacionados com a afirmação da enfermagem em Portugal que permitiram a construção de uma jurisdição profissional ao longo do período que se situa entre o Estado Novo e o Portugal Democrático (até ao final dos anos 80). Na medida do possível tentaremos também utilizar algumas informações recolhidas sobre o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco no interior do cenário descrito anteriormente.

2. A enfermagem e o Estado: as carreiras de enfermagem (Hospitalar e de Saúde Pública)

O Estado assumiu o papel activo no processo de construção identitária e jurisdicional da enfermagem portuguesa desde a década de 40 do século XX. Aos poucos regulou e interveio na construção deste grupo. A compreensão do seu papel neste contexto é da maior centralidade. Num momento em que o Estado Novo necessitava de responder aos anseios da população por melhores cuidados de saúde criou escolas de enfermagem e tentou captar mais público para dar essa resposta. Essas escolas foram controladas pelo estado, quer fossem oficiais ou particulares, pois todas estavam sob a dependência do Ministério do Interior e depois do Ministério da saúde e

Assistência (com excepção para a Escola Técnica de Enfermeiras). Por outro lado, a enfermagem portuguesa aproximou-se do Estado na tentativa de alcançar maior autonomia socioprofissional e demarcar-se da subserviência em relação ao poder médico. Esta aproximação constituiu uma estratégia de demarcação profissional e ao mesmo tempo de consolidação do colectivo junto do Estado e da própria sociedade. Esta tentativa de mudança de posição socioprofissional pode ser verificada através de uma multiplicidade de discursos que encontramos e, sobretudo, através da constituição efectiva de carreiras de enfermagem.

A década de 60 correspondeu a um momento importante na afirmação da enfermagem em Portugal. Desde o seu início que se traçavam cenários que apontavam para a crescente autonomia da profissão através da aposta na constituição de uma carreira profissional, específica da enfermagem, associada ao Estado. Esta ideia vislumbra-se logo em 1958, quando foi criado o Ministério da Saúde e pouco tempo depois (1961) a Direcção Geral dos Hospitais. Um ano mais tarde a enfermeira Maria Fernanda Resende era nomeada para o exercício de funções de chefia na 1ª Direcção de Serviço de Enfermagem Hospital, sob a tutela da Direcção Geral dos Hospitais.

Gradualmente o grupo das/os enfermeiras/os portuguesas/es assumia cargos no interior da hierarquia estatal. Prenúncio do desejo de muitas/os enfermeiras/os de ganhar maior autonomia através da constituição de uma carreira própria muito embora ligada ao Estado¹⁰⁷⁷.

A enfermeira Maria Emília Costa Macedo¹⁰⁷⁸, identificada com a hierarquia católica, partilhava a preocupação relacionada uma carreira própria da enfermagem. Salientava, contudo, que só através de uma formação apurada se conseguiria alcançar a desejada autonomia. Por outro lado, a autonomia só poderia ser conquistada, no seu entender, através da constituição de um estatuto próprio que permitisse a valorização da

¹⁰⁷⁷ Idem. Cf. RESENDE, Maria Fernanda, “A organização da Enfermagem como Profissão”. *Revista de Enfermagem*, nº5, vol. III, Dezembro de 1964.

¹⁰⁷⁸ De acordo com Lucília Nunes, Maria Emília Costa Macedo esteve na base de um conjunto de acções de formação, estrangeiras inclusivamente, que se realizaram em Portugal, ajudando assim os enfermeiros portugueses a actualizar os seus conhecimentos. Dirigiu a importante Revista *SERVIR*, ligada à Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. Colaborou em Congressos Mundiais (CICIAMS) que decorreram em Lisboa em 1964 e 1986. No processo de reconhecimento do mérito de Maria Emília Costa Macedo, o enfermeiro Romeu dos Santos referiu: “promoveu numerosas actividades de formação permanente para os nossos enfermeiros, abrangendo um leque de temas de inegável interesse e modernidade, recorrendo não só a destacadas personalidades portuguesas mas ainda trazendo até nós ilustres figuras da Enfermagem Internacional, dilatando os nossos horizontes e capacitando-nos para os mais rasgados projectos”. Continua Lucília Nunes “de entre as personalidades estrangeiras, destaque para Wanda Horta, lançando a questão do processo de enfermagem e a célebre máxima dos enfermeiros como “gente que cuida de gente” (NUNES, Lucília (2003), *Op. Cit.*, pp. 301).

profissão e ajudasse a legitimar e definir a actividade profissional junto de outros grupos.

Mesmo sem um estatuto formal, este caminho concretizou-se na segunda metade da década de 60 quando assistimos à organização da (s) carreira (s) de enfermagem admitindo, o legislador, que o exercício da profissão era bastante exigente, implicava responsabilidades, e impunha horários de trabalho diários pesados, prestados, em muitos casos, aos domingos e feriados e no período da noite¹⁰⁷⁹. Este privilégio concedido pelo Estado – uma carreira de enfermagem - pressupunha atrair mais público para uma actividade profissional muito exigente. Podemos ler no decreto organizador da carreira da enfermagem o seguinte:

“A carência de pessoal de enfermagem que actualmente se verificam impõem uma rápida actuação nos sectores, quer da saúde pública em geral, quer hospitalar, de modo a evitar o agravamento da situação presente e a permitir a realização dos programas existentes.

Torna-se, por isso, indispensável começar com a maior urgência, a intensificar as medidas que vêm sendo postas em prática, só por si insuficientes, de modo a conseguir, já no próximo ano lectivo, aumento significativo na frequência das escolas. Para tanto, estruturam-se as carreiras de enfermagem hospitalar, de saúde pública e de ensino (...)”¹⁰⁸⁰.

Aquilo que parecia um avanço no processo de autonomia da enfermagem portuguesa foi, de facto, um elemento que dividiu, ainda mais, o grupo que prestava cuidados de enfermagem. O decreto-lei propunha várias carreiras de enfermagem. Na verdade, este documento legal apontava para três carreiras de enfermagem.

Em cada uma das carreiras o decreto propunha categorias específicas e uma hierarquia definida com mecanismos e processos próprios para aceder à mesma. Debrucemo-nos apenas nas carreiras de enfermagem hospitalar e de saúde pública.

Na primeira [carreira de enfermagem hospitalar] estavam contempladas as figuras do enfermeiro-superintendente, do enfermeiro-geral, do enfermeiro-chefe, do enfermeiro-subchefe, do enfermeiro de 1ª e enfermeiro de 2ª classe. Além dos profissionais incluídos nestas categorias, também os Auxiliares de Enfermagem estavam divididos em 1ª ou 2ª classe e surgiam integrados na carreira de enfermagem hospitalar.

¹⁰⁷⁹ Decreto-Lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967.

¹⁰⁸⁰ Idem.

O conteúdo funcional de cada uma destas categorias era variável. Assim, os enfermeiros-superintendentes eram escolhidos entre os enfermeiros-gerais ou enfermeiros-chefes, desde que possuíssem dois anos de exercício nestas categorias e a secção de administração do curso de enfermagem complementar¹⁰⁸¹. Os enfermeiros-gerais eram recrutados entre os enfermeiros-chefes com, pelo menos, dois anos de exercício, habilitados com a secção de administração do curso de enfermagem complementar. Os enfermeiros-chefe eram providos por concurso documental entre enfermeiros-subchefes que tivessem seguido programas de aperfeiçoamento em serviço. Para esta categoria também podiam concorrer os enfermeiros habilitados com o curso de enfermagem complementar, da secção de administração, desde que contassem pelo menos cinco anos de exercício de enfermagem hospitalar¹⁰⁸². A admissão aos lugares de subchefe era realizada por concurso de provas entre os enfermeiros de 1ª com, pelo menos, dois anos de exercício nessa categoria¹⁰⁸³. Depois, nesta hierarquia, surgem os enfermeiros de 1ª classe, cujo acesso era feito por ordem de antiguidade, entre os enfermeiros da categoria anterior com, pelo menos, dois anos de exercício.

Na base da hierarquia, que acabamos de descrever, encontravam-se os enfermeiros de 2ª classe, cuja admissão a estes lugares dependia de concurso documental organizado em cada estabelecimento ou serviço, a que podiam apresentar-se os diplomados com o curso de enfermagem geral, podendo, também, concorrer os profissionais que estivessem habilitados com o curso de enfermagem psiquiátrica para os serviços de psiquiatria.

Na carreira de saúde pública os processos de recrutamento e progressão não eram muito diferentes do que referimos para o caso da carreira hospitalar. Esta carreira foi o resultado de todo um caminho percorrido relacionado com a importância crescente de aplicar medidas de profilaxia social no interior da sociedade portuguesa de modo a prevenir determinados problemas de saúde. Os enfermeiros de saúde pública encontravam-se muito próximos da população. Esta proximidade permitiu a constituição de uma relação de confiança com a Sociedade, conquistando o grupo maior respeitabilidade e credibilidade social e profissional.

A progressão na carreira de saúde pública acontecia da mesma forma apresentada para a enfermagem hospitalar. A diferença é que o ingresso na mesma era

¹⁰⁸¹ Idem.

¹⁰⁸² Idem.

¹⁰⁸³ Idem.

mais exigente. Os candidatos eram recrutados como enfermeiros de 1ª classe. A carreira era constituída por chefes de serviço de enfermagem regional, subchefes de serviço de enfermagem regional e os enfermeiros de saúde pública. Estava também prevista a existência de Auxiliares de enfermagem de 1ª e 2ª classe.

Os chefes de serviço de enfermagem regional eram recrutados entre os subchefes com dois anos, pelo menos, de exercício e a secção de administração do curso de enfermagem complementar. Os lugares de subchefe de serviço de enfermagem regional eram providos, mediante concurso de provas, entre os enfermeiros de saúde pública com três anos, pelo menos, de exercício. Por fim, os enfermeiros de saúde pública deviam possuir o curso de enfermagem geral ou de enfermagem de saúde pública, entrando mediante concurso documental, tal como acontecia na carreira de enfermagem hospitalar para a categoria de enfermeiro de 1ª classe.

Em 1971 aconteceu uma reorganização das carreiras profissionais, dependente do Ministério da Saúde e Assistência, onde também se definiram as condições de ingresso, graduação e acesso a cada uma das categorias¹⁰⁸⁴. As carreiras, segundo o Decreto-Lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971, passaram a encontrar-se divididas em categorias de *Tipo 1, 2 e 3*.

As carreiras de *Tipo 1* correspondiam a profissionais com habilitação de licenciatura universitária destacando-se a carreira médica hospitalar ou de saúde pública; a carreira farmacêutica; a carreira de administração hospitalar e a carreira dos técnicos superiores de laboratório.

Nas carreiras de *Tipo 2* encontravam-se os profissionais de ensino de enfermagem; de enfermagem de saúde pública; enfermagem hospitalar; carreiras de técnicos terapeutas, de serviço social, auxiliares de laboratório e técnicos auxiliares sanitários.

Por fim, as carreiras classificadas de *Tipo 3* correspondiam ao pessoal de natureza administrativa.

No que diz respeito especificamente ao pessoal de enfermagem as alterações face ao decreto-lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967 foram pontuais e tiveram a ver, principalmente, com uma remuneração mais atractiva como incentivo à procura da profissão de enfermagem. Esta correcção ao nível dos vencimentos do pessoal de enfermagem é explicada do seguinte modo:

¹⁰⁸⁴ Decreto-Lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971.

“Esta ligação indispensável com os serviços de actuação médica, quer no campo hospitalar, quer no campo da saúde pública, encontram-se os correspondentes serviços de enfermagem. Considera-se, na verdade, de primordial importância o papel do enfermeiro em todos os serviços preventivos e curativos, e importa promover a atracção do maior número possível de elementos válidos para as carreiras de enfermagem, bem como o aperfeiçoamento permanente dos respectivos profissionais. A reorganização de serviços atende a essa complementaridade e, por isso, julgou-se imprescindível que, paralelamente, fosse a situação profissional de enfermagem revista na oportunidade do presente diploma. Corrigem-se, assim, níveis de vencimentos que não tenham sido recentemente revistos e introduz-se maior perfeição no regime de recrutamento e acesso, trazendo, com essas medidas, prestígio e maiores atractivos às carreiras de enfermagem de saúde pública e de enfermagem hospitalar”¹⁰⁸⁵.

Para não cairmos na repetição de alguns dos elementos, que constam tanto no decreto-lei de 1967 como no decreto de 1971, construímos duas tabelas que permitem uma leitura e uma análise mais simples e que resumem a organização das carreiras de enfermagem hospitalar e de saúde pública.

Tabela 17 – Organização da carreira hospitalar de acordo com o decreto-lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971

Grau	Categoria	Acesso
9	Técnico de enfermagem de 1ª classe	Acesso por concurso de provas públicas.
8	Técnico de Enfermagem de 2ª classe	Acesso por concurso documental, 3º ciclo liceal e curso de enfermagem complementar (secção de administração).
8	Enfermeiro-Superintendente	Acesso por livre escolha do Conselho de Direcção, ouvido o Conselho Técnico de entre os profissionais do grau 6 e 7 com curso de enfermagem complementar (secção de administração).
7	Enfermeiro-Geral	Acesso por concurso documental e curso de enfermagem complementar (secção de administração)
6	Enfermeiro-chefe	Acesso por concurso documental e 3 anos de bom e efectivo serviço.
5	Enfermeiro Sub-Chefe	Acesso por concurso de provas públicas.
4	Enfermeiro de 1ª classe	Ingresso por concurso documental entre os enfermeiros cujo curso de enfermagem exija como habilitação o 3º ciclo liceal.
		Acesso por concurso documental e três anos de bom e efectivo serviço.

¹⁰⁸⁵ Idem.

3	Enfermeiro de 2ª classe	Ingresso por concurso documental entre os enfermeiros com curso de enfermagem geral
		Acesso por concurso documental e pelo menos um ano de bom e efectivo serviço na categoria anterior (auxiliares de enfermagem de 1ª classe) ou 3 anos na categoria de auxiliar de enfermagem de 2ª classe, e aprovação num “curso adequado”.
2	Auxiliar de Enfermagem de 1ª classe	Acesso por concurso documental e pelo menos um ano de bom e efectivo serviço na categoria precedente.
1	Auxiliar de Enfermagem de 2ª classe	Ingresso por concurso documental entre os auxiliares de enfermagem.

Fonte: AEECB, Correspondência recebida, 1972.

Este quadro permite mostrar que a carreira de enfermagem hospitalar obedecia a uma lógica de progressão na vertical e a determinados tempos de antiguidade para poder progredir para o grau seguinte. O ingresso na carreira era feito principalmente através de concurso documental. A excepção encontra-se no enfermeiro-superintendente que podia ser escolhido pela direcção da instituição hospitalar. Uma outra característica que se evidencia tem a ver com as tarefas relacionadas com os cuidados de enfermagem e administrativas. Observamos que os cuidados de enfermagem eram executados, de acordo com este decreto-lei, principalmente pela base da carreira. À medida que subimos no quadro percebemos que a proximidade ao doente deixa de existir e a acção desses enfermeiros passa a ser de gestão do pessoal e tarefas de outra natureza. O mesmo acontece com o topo da carreira. Os Técnicos de Enfermagem encontravam-se alheados dos cuidados de enfermagem hospitalar exercendo tarefas a um nível ministerial, nos serviços centrais do Estado. Importa referir que tanto na carreira hospitalar, como na de saúde pública que apresentamos a seguir, estavam contempladas duas categorias, nomeadamente Técnicos de Enfermagem [de saúde pública] de 1ª classe e de 2ª classe, que eram exercidas por enfermeiros, mas nos serviços centrais do Estado.

A tabela seguinte retrata a carreira de saúde pública a partir do mesmo decreto que utilizamos para a construção da primeira.

Tabela 18 – Organização da carreira de enfermagem de saúde pública de acordo com o decreto-lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971.

Grau	Categoria	Acesso
9	Técnico de enfermagem de saúde pública de 1ª classe	Acesso por concurso de provas públicas.
8	Técnico de Enfermagem de saúde pública de 2ª classe	Acesso por concurso documental, e pelo menos dois anos de exercício em enfermagem de saúde pública, 3º ciclo liceal e “curso adequado”.
7	Chefe de Serviço de Enfermagem Regional	Acesso por nomeação do Director-Geral de Saúde e aprovação em “curso adequado”.
5	Sub-Chefe de Serviço de Enfermagem Regional	Acesso por concurso de provas públicas.
4	Enfermeiro de saúde pública	Ingresso por concurso documental entre os enfermeiros com curso de enfermagem de saúde pública e os enfermeiros do curso de enfermagem geral com “curso adequado” em saúde pública.
		Acesso por concurso documental e pelo menos um ano de bom e efectivo serviço na categoria anterior (auxiliares de enfermagem de 1ª classe) ou 3 anos na categoria de auxiliar de enfermagem de 2ª classe, e aprovação num “curso adequado”.
2	Auxiliar de Enfermagem de saúde pública de 1ª classe	Acesso por concurso documental e pelo menos um ano de bom e efectivo serviço na categoria precedente.
1	Auxiliar de Enfermagem de saúde pública de 2ª classe	Ingresso por concurso documental, entre os auxiliares de enfermagem com curso intensivo de enfermagem de saúde pública ou os auxiliares de saúde pública com o 2º ciclo liceal.

Fonte: Decreto-lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971.

Como evidenciamos no quadro anterior, na carreira de saúde pública o recrutamento dos enfermeiros também acontecia principalmente por via do concurso documental. Os chefes de serviço de enfermagem regional eram a excepção dado que eram nomeados pelo director geral de saúde. Esta carreira encontrava-se vocacionada para o serviço de proximidade às populações. A sua organização interna também pode ser dividida em três tipos. A base que exercia um contacto directo com as populações.

Os chefes regionais que assumiam tarefas de gestão e administrativas. E os Técnicos de Enfermagem que assumiam funções no interior da estrutura central do Estado.

Estas características que acabamos de apontar, tanto para a carreira de enfermagem hospitalar como para a carreira de saúde pública, evidenciam uma enorme diversidade no que diz respeito às tarefas que caracterizavam cada categoria. Em ambos os casos as categorias superiores encontravam-se afastadas dos cuidados de enfermagem, domínio profissional que o grupo tentava consolidar, dificultando a construção de uma jurisdição e identidade profissional mais forte. Estas carreiras assumem um formato piramidal. A maioria efectuava os cuidados de enfermagem, as categorias intermédias asseguravam o funcionamento institucional ou regional e os poucos que estavam no topo da hierarquia assumiam funções quase de representantes de uma actividade da qual se encontravam, na prática, afastados. Todos estes aspectos contribuíram para dificultar a construção identitária da enfermagem portuguesa, apesar da existência de carreiras próprias de enfermagem.

A queda do Estado Novo trouxe algumas alterações. Os profissionais de enfermagem e as organizações sindicais passaram a ter novos entendimentos relativamente à orientação das carreiras profissionais. Em 1976, através do decreto nº 534 de 8 de Julho do Ministério dos Assuntos Sociais, foram retocados alguns aspectos das carreiras de enfermagem, deixando em aberto a constituição de uma única carreira que integrasse as três anteriores: Hospitalar, de Saúde Pública e de Ensino¹⁰⁸⁶. O objectivo da carreira única de enfermagem era precisamente reforçar a imagem e o

¹⁰⁸⁶ Neste texto legal previa-se que os auxiliares de enfermagem, enfermeiros de 3ª classe de saúde pública – da carreira de enfermagem de saúde pública - ou parteiras sem curso de enfermeiras – da carreira de enfermagem hospitalar – “logo que tenha seis anos de exercício profissional efectivo prestado numa ou mais categorias indicadas” devia transitar de posição remuneratória (de M para L); No artigo 4º refere que “o provimento na categoria de enfermeiro de saúde pública de 2ª classe, criada por este diploma, é feito por lista nominativa, aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde e publicada no Diário da República, dos enfermeiros de 3ª classe que hajam concluído o curso de promoção referido no nº 1 do art.º 4 do Decreto-Lei nº 440/74, de 11 de Setembro, com dispensa de quaisquer formalidades, excepto o visto do Tribunal de Contas, ou mediante concurso documental, quando hajam concluído o curso de enfermagem geral; No art. 5 refere que “o acesso à categoria de enfermeiro de saúde pública de 1ª classe fica dependente de habilitação com curso adequado; No artigo art. 6 refere que “o provimento na categoria de enfermeiro de 2ª classe é feito por lista nominativa, aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde e publicada no Diário da República, dos enfermeiros de 3ª classe que hajam concluído o curso de promoção referido no nº 1 do art.º 4 do Decreto-Lei nº 440/74, de 11 de Setembro, com dispensa de quaisquer formalidades, excepto o visto do Tribunal de Contas, ou mediante concurso documental, quando hajam concluído o curso de enfermagem geral; (...). Importa realçar que no art. 9 são criadas as categorias de enfermeiros chefe de centros de saúde “destinando-se à chefia dos centros de saúde, fazendo-se o provimento nas condições determinadas para a categoria de subchefe de serviço de enfermagem regional”.

prestígio do grupo socioprofissional dos enfermeiros, assim como consolidar a sua jurisdição profissional que se encontrava dividida em três áreas de actuação.

Tabela 19 – As carreiras de enfermagem de saúde pública e de enfermagem hospitalar com algumas alterações através do decreto nº 534 de 8 de Julho de 1976.

Letras	Carreira de enfermagem de saúde pública	Carreira de enfermagem hospitalar	
M	Auxiliar de enfermagem e enfermeiro de 3 ^o classe de saúde pública.	Auxiliar de enfermagem, parteira sem curso de enfermeira e enfermeiro de 3 ^a classe.	
L	Auxiliar de enfermagem e enfermeiro de 3 ^a classe de saúde pública.	Auxiliar de enfermagem, parteira sem curso de enfermeira e enfermeiro de 3 ^a classe.	
J	Enfermeiro de 2 ^a classe de saúde pública.	Enfermeiro de 2 ^a classe.	
I	Enfermeiro de saúde Pública de 1 ^a classe ¹⁰⁸⁷ .	Enfermeiro de 1 ^a classe.	
H	Subchefe de serviço de enfermagem regional e enfermeiro-chefe de centro de saúde ¹⁰⁸⁸ .	Enfermeiro chefe e enfermeiro subchefe.	
G		Enfermeiro Geral	
F	Chefe de serviço de enfermagem e técnico de saúde pública.	Enfermeiro superintendente e técnico de enfermagem.	
E	Inspector de enfermagem ¹⁰⁸⁹ .	Inspector de enfermagem.	

Fonte: Decreto nº 534 de 8 de Julho de 1976.

Como é evidente no quadro anterior os principais aspectos introduzidos nas carreiras de enfermagem dizem respeito especificamente à carreira de enfermagem de saúde pública. Foram criadas várias categorias através deste diploma, no entanto a lógica da progressão vertical e as características de fundo identificadas anteriormente encontram-se presentes. Realçamos o facto de surgirem os enfermeiros de 3^a classe.

¹⁰⁸⁷ Categoria criada por este diploma.

¹⁰⁸⁸ Designação criada por este diploma.

¹⁰⁸⁹ Categoria criada por este diploma.

Estes enfermeiros eram os antigos auxiliares de enfermagem que entretanto obtiveram a nova categoria através da frequência de um curso pensado para a sua progressão.

A edificação de um Estado-Providência obrigou os diferentes governos democráticos a tentar resolver de um modo consolidado a questão das carreiras profissionais de enfermagem. Segundo Aurora Bessa, estas encontravam-se divididas dificultando a união do grupo, tornando-se necessário a articulação das diferentes áreas de trabalho da enfermagem de modo a aumentar a sua eficácia¹⁰⁹⁰. Esta ideia foi ganhando consistência no interior da esfera governativa portuguesa ao longo da década de 70, do século XX, e em 1981 foi publicado o Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro que reformulou aquilo que, no fundo, vinha sendo reivindicado pelo grupo: a constituição de uma carreira única para a enfermagem.

Neste diploma o legislador justificou a mudança devido essencialmente a dois aspectos relevantes. Em primeiro lugar, as alterações justificavam-se porque os progressos técnicos e científicos entretanto verificados na profissão de enfermagem, bem como o desenvolvimento do nível de formação exigido aos enfermeiros, tornava urgente criar uma nova carreira mais consentânea com as realidades do país. A necessidade de garantir a prestação de melhores cuidados de enfermagem, o maior aproveitamento dos recursos humanos existentes e a eficiência dos serviços. Por outro lado, aumentar as perspectivas de realização e progressão profissionais¹⁰⁹¹. Em segundo lugar, porque o país encontrava-se num contexto diferente daquele que conhecera, do ponto de vista político até 1974, e precisava de se adaptar às novas circunstâncias e contextos internacionais. É por este motivo que o diploma refere que a carreira passa então a ter em conta as convenções e recomendações de organizações internacionais, nomeadamente da OMS e da OIT, e as exigências decorrentes da adesão anunciada de Portugal à CEE¹⁰⁹².

Deste modo, a carreira de enfermagem passou a desenvolver-se em torno de cinco graus. No grau 1 encontrava-se o Enfermeiro cujas funções eram os cuidados de enfermagem. No grau 2, encontramos o enfermeiro-graduado que orientava os grupos de enfermeiros e os recém-chegados a um determinado serviço. No grau 3 encontrava-se o enfermeiro-especialista a quem competia funções do grau 2 mas também funções de investigação, podendo ainda assumir funções de chefia directa. No grau 4

¹⁰⁹⁰ Cf. “Entrevista à Sr^a Enfermeira Aurora Bessa” in *Enfermagem em Foco*, Ano I, Maio/Julho de 1991, pp. 43.

¹⁰⁹¹ Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981.

¹⁰⁹² Idem.

encontrava-se o enfermeiro-supervisor cujas principais competências eram de gestão e administração de estabelecimentos ou regiões de saúde, devendo estabelecer um diálogo concertado com a administração central, caso se encontrasse na direcção do estabelecimento ou região. Por fim, no grau 5 encontrava-se o técnico de enfermagem que assumia principalmente a missão de propor políticas de enfermagem a partir dos seus trabalhos de investigação que executava nos serviços centrais.

A principal novidade foi a integração das três carreiras – Hospitalar, Saúde Pública e Ensino – numa única carreira de enfermagem. O ingresso manteve-se principalmente por concurso documental, embora existissem cargos de nomeação. A união das carreiras promoveu um diálogo concertado e uma maior definição sobre as competências de cada uma das categorias. Manteve-se a verticalidade ao nível da progressão, todavia apostou-se numa maior proximidade dos enfermeiros no geral às populações e aos cuidados de enfermagem, valorizando e unindo a actividade profissional¹⁰⁹³.

De acordo com Lucília Nunes, o diploma da carreira de enfermagem publicado em 1981 constituiu o ponto de chegada de todo um processo histórico de lutas, diálogos e acções levadas a cabo pelas/os enfermeiras/os e, sobretudo, pelas organizações sindicais que souberam movimentar-se antes e depois do 25 de Abril de 1974, em prol dos interesses do grupo, apesar de alguns avanços e recuos. Assim, este diploma “foi já considerado o verdadeiro normativo da prática de enfermagem nos anos 80 e encerra pressupostos e conceitos que estão na base dos caminhos dos anos 90”¹⁰⁹⁴. Neste sentido, a autora considera que “é este documento que consagra uma única carreira para todos os enfermeiros, independentemente da área ou local de exercício”¹⁰⁹⁵, e que é também neste documento que se avança com a ideia de que os enfermeiros só podem ser avaliados por enfermeiros¹⁰⁹⁶. Ao longo da década de 80 registaram-se algumas dificuldades na aplicação desta carreira o que levou a alterações e a “ajustamentos” em 1985, embora na sua essência o diploma de 1981 fosse o grande pilar da carreira.

Apesar das mudanças efectuadas na carreira de enfermagem entre as décadas de 60 e 80 verificamos que há princípios que se mantiveram inalteráveis na divisão do trabalho. Por um lado, o facto da carreira se orientar na vertical, exprimindo-se relações

¹⁰⁹³ Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981.

¹⁰⁹⁴ NUNES, Lucília (2003), *Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência, pp. 326.

¹⁰⁹⁵ Idem.

¹⁰⁹⁶ Idem.

de subordinação, numa lógica hierárquica, entre o topo e a base. Neste sentido, a divisão do trabalho entre os que administram e gerem os serviços (salários mais altos) e aqueles que executam as tarefas, desvalorizando as mesmas (salários mais baixos). Por outro lado, a importância dada à antiguidade e à experiência para poder aspirar a uma categoria superior. Estas características são transversais às transformações que a (s) carreira (s) de enfermagem sofreram no decorrer do arco temporal a que fizemos referência.

A enfermagem ganhou maior visibilidade social e profissional com a integração dos diferentes campos de actuação numa única carreira. Fruto de movimentações de natureza sindical, depois de Abril de 1974, a enfermagem engrandeceu a sua identidade e jurisdição profissional. O Estado e a sociedade passaram a olhar para a enfermagem como um grupo com uma importância estratégica para a construção de um Estado-Providência onde o bem-estar de todos devia ser uma característica essencial.

3. Os Congressos Nacionais de Enfermagem (1973, 1981, 1985): três momentos de definição

A construção identitária de um grupo e a definição de uma jurisdição socioprofissional encontra-se relacionada com o espaço-tempo que envolve as reivindicações e a oportunidade das mesmas para a sociedade reconhecer a importância de um grupo na resolução dos seus problemas. Quanto maior for a capacidade de organização interna dos grupos, melhor serão capazes de apresentar-se como estruturas definidas, organizadas e reconhecidas pela Sociedade, pelo Estado e outros grupos profissionais.

O conhecimento científico é fundamental para construir uma identidade profissional forte e um domínio profissional menos permeável às incursões de outros grupos estabelecidos ou em emergência. Neste sentido, as estruturas escolares desempenham um papel crucial no desenvolvimento e articulação dos saberes teóricos e práticos e na aplicabilidade dos mesmos junto da sociedade, de acordo com determinados princípios éticos, deontológicos e técnicos. Do mesmo modo, a expressão pública da organização interna, através de momentos de reflexão, como encontros, congressos, entre outros, constituem elementos chave para a construção jurídica e identitária dos grupos.

É a partir destas ideias que vamos defender a importância da procura do conhecimento científico em enfermagem na edificação de uma identidade e jurisdição profissionais mais definidas e concretas. Para o efeito utilizamos o exemplo dos 3 primeiros Congressos Nacionais de Enfermagem com expressão pública e profissional bastante alargada.

A problemática sobre a importância do conhecimento científico é transversal ao estudo das profissões. Para os funcionalistas o conhecimento científico apresenta-se como um atributo que ajuda a caracterizar e distinguir as profissões das restantes actividades. Numa perspectiva crítica ao movimento funcionalista, nomeadamente o interaccionista, perspectiva-se o conhecimento científico como poder. Do ponto de vista teórico, ao contrário da abordagem funcionalista, esta perspectiva valoriza o conhecimento científico como algo que existe de modo interactivo com outras dimensões, nomeadamente as dimensões social, política ou económica. Valorizam-se os processos sociais e estatais na construção e manutenção dos diferentes domínios profissionais.

Eliot Freidson considera que o conhecimento científico é um elemento da maior importância na construção das realidades profissionais. Este autor realça que um dos aspectos mais importantes para um determinada actividade alcançar o “estatuto” de profissão tem a ver com a sua autonomia e o grau de conhecimento que controla e possui¹⁰⁹⁷. Outros autores como T. Johnson ou M. Larson consideram que o conhecimento científico é um dos aspectos com maior impacto nos diferentes processos de profissionalização dos diversos grupos profissionais¹⁰⁹⁸. De acordo com a abordagem sistémica das profissões um grupo só consegue construir uma jurisdição profissional se for capaz de controlar o conhecimento teórico -abstracto e as aplicações técnicas que dele derivam. Andrew Abbott realça que estes conhecimentos abstractos constituem o suporte de uma profissão¹⁰⁹⁹.

Em qualquer uma das abordagens anteriores o conhecimento científico assume um grau de importância de tal ordem que acaba por constituir um elemento diferenciador no fortalecimento das identidades e jurisdições profissionais. O desenvolvimento de uma jurisdição profissional assenta precisamente num trabalho dos

¹⁰⁹⁷ Cf. FREIDSON, Eliot (1986), *Professional Powers*, Londres: The University of Chicago Press.

¹⁰⁹⁸ Cf. JOHNSON, Terence (1972), *Professions and Power*, Londres: Macmillan e LARSON, Magali, “A propôs des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d’essayer de tout dire”. *Sociologie Et Sociétés*, Vol XX, nº 2, 1988, pp. 23-40.

¹⁰⁹⁹ Cf. ABBOTT, Andrew (1988), *The System of Professions – Na Essay on the Division of Expert Labour*, Londres: The University of Chicago Press.

diferentes grupos sobre a própria ciência e a sua capacidade de reflectir sobre a cientificidade do seu conhecimento-base. Este conhecimento deve assumir uma outra característica. A capacidade do grupo ensinar e reproduzi-lo de uma forma eficiente e controlada aos futuros membros daquela actividade profissional. Deste modo as escolas especializadas assumem particular importância na transmissão do conhecimento, e na reformulação do mesmo, para que (o conhecimento) seja capaz de solucionar problemas sociais através das suas derivações técnicas, isto é o saber-fazer. Assim, encontra-se o caminho aberto para a comunidade aceitar o grupo em processo de emergência dado que possui um nível de cientificidade que permite ter utilidade à própria sociedade, reconhecendo a sua importância no interior de um determinado contexto político-social.

A enfermagem, ao longo da segunda metade do século XX, tentou construir uma jurisdição profissional definida. Uma maior definição do seu domínio profissional foi possível dado que o grupo enveredou pelo caminho do conhecimento científico e promoveu um conjunto de iniciativas que procuraram credibilizar e alcançar maior respeitabilidade social e profissional. Entre jornadas de trabalho, semanas da enfermagem, conferências e outras iniciativas ao longo do Estado Novo, destacou-se a ideia de organizar um evento de âmbito nacional. Ainda no interior do Estado Novo (1973), embora sob a lufada de ar fresco marcelista, as associações e organizações ligadas à enfermagem organizaram o *1º Congresso Nacional de Enfermagem*¹¹⁰⁰. Este

¹¹⁰⁰ O *1º Congresso Nacional de Enfermagem* foi organizado pela Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde, pela Associação das Enfermeiras e dos Enfermeiros Portugueses e pela Federação Nacional dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem (composto pelos Sindicatos Nacionais de Lisboa, Porto, Coimbra e Funchal) e contou com o “alto patrocínio de Sua Excelência o Presidente da República, Almirante Américo de Deus Rodrigues Thomaz”¹¹⁰⁰ revelando que o Estado mantinha-se atento àquilo que as/os enfermeiras/os discutiam sobre a importância da sua profissão, no contexto da época, assim como aos caminhos que desejavam tomar.

A Comissão de Honra deste encontro contava com o Ministro dos Negócios Estrangeiros, o Ministro do Ultramar, o Ministro da Educação Nacional, o Ministro das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, o Secretário de Estado do Trabalho e Previdência, o Secretário de Estado da Saúde e Assistência, o Secretário-geral do Ministério da Saúde e Assistência. Além destes elementos, também faziam parte o Director Geral de Saúde e Assistência do Ultramar, o Director Geral de Assistência Social, o Director Geral de Saúde e o Director Geral dos Hospitais. Juntavam-se a esta extensa lista de convidados de honra os inspectores técnicos de enfermagem de vários ministérios. Também as Misericórdias tinham lugar de honra, nomeadamente o Provedor da Misericórdia de Lisboa, assim como o seu inspector de enfermagem. Além destes ainda se contavam com o Presidente do Conselho Nacional da Acção Católica Portuguesa, a Enfermeira Superintendente dos Serviços Médico-Sociais Universitários, a Presidente da Secção Hospitalar da Federação dos Institutos Religiosos Femininos e, naturalmente, os Presidentes dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem do Distrito de Lisboa, do Distrito do Porto, do Distrito de Coimbra, do Distrito do Funchal e, também, o Presidente do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem de Luanda.

A Comissão Organizadora era composta por três nomes relevantes no panorama da enfermagem portuguesa: a enfermeira Emília Maria Costa Cabral da Costa Macedo, Presidente da Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde; o enfermeiro Mário Sarmento Rebelo, Presidente da

evento constituiu uma marca importante para o processo de valorização do conhecimento em enfermagem no sentido da procura da cientificidade. As questões da formação destacaram-se, neste congresso, como o tema principal e eixo organizador da reflexão sobre a enfermagem e a sua importância na sociedade portuguesa da época. No fundo, procuravam-se estratégias de valorização de um grupo em processo de emergência e o fortalecimento de uma identidade profissional com muitas ambiguidades.

Em 1981, já no interior do Portugal democrático, organizou-se o *2º Congresso Nacional de Enfermagem*¹¹⁰¹. Neste congresso debateram-se vários temas relacionados

Federação Nacional dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem e a enfermeira Maria Teresa Basto Pereira Forjaz, Presidente da Associação das Enfermeiras e dos Enfermeiros Portugueses. A coordenação geral dos trabalhos coube a Marta Hansen Lima Basto, que foi secretariada por Maria Helena Cadete Bernardo e cuja tesoureira foi Maria Carlota Sarmiento Vasconcelos. Além da Comissão Organizadora que apresentamos agora, existiam outras Comissões que se dedicavam a aspectos particulares como a organização das Comunicações Livres, a divulgação do congresso, a Comissão da Exposição, a Comissão de Fundos, a Comissão do Painel e Visitas de Estudo, a Comissão Sociocultural e a Comissão de Trabalho de Grupo.

¹¹⁰¹ O *II Congresso Nacional de Enfermagem* realizou-se na cidade de Coimbra, entre 5 e 10 de Abril de 1981. Este congresso aconteceu no ano em que foi publicado o diploma que instituiu a carreira única de enfermagem, integrando as áreas hospitalares, de administração e da docência. No entanto, pode ler-se em acta de 1979 o seguinte: “Como porém, a realização do II Congresso de Enfermagem é importante e inadiável, devido principalmente à crise de indefinição da enfermagem numa sociedade em mudança e da falta de identificação de grande número de profissionais com a importância social da enfermagem propomos que (...) o II Congresso Nacional de Enfermagem se realize em Maio -Junho de 1980 (em principio)” (CDI – SEP - *Texto manuscrito*, nº 54, 1979).

O *II Congresso Nacional de Enfermagem* começou a ser preparado pelos Sindicatos dos Enfermeiros da Zona Norte, Centro, Sul e pelo Sindicato dos Enfermeiros da Região Autónoma da Madeira, ainda em 1979¹¹⁰¹. Contou com o apoio das Associações dos Enfermeiros de Reabilitação, da Associação dos Enfermeiros Portugueses e da Associação dos Profissionais de Enfermagem e Saúde.

O coordenador do secretariado do Congresso, escolhido pelos Sindicatos, foi Alberto Mourão, que estava ligado ao Sindicato dos Enfermeiros da Zona Centro e que orientou as diferentes actividades relacionadas com o evento. Inicialmente recusou o cargo pois o congresso estava previsto para o mês de Novembro de 1980 e considerava que não havia tempo suficiente, nem condições propícias à sua organização. Os sindicatos resolveram, então, alterar a data para o ano seguinte. Faziam parte do Secretariado os coordenadores das seis comissões do congresso (CDI – SEP – *Acta nº 3 do Secretariado Organizador do Segundo Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 15 de Janeiro de 1980):

1) Comissão Técnico-Científica – Alberto Mourão; 2) Comissão de Dinamização e Divulgação – António Conde; 3) Comissão de Expediente – Luís Manuel Gamboa; 4) Comissão de Relações Públicas – Joaquim Garrido; 5) Comissão de Gestão Económica – Fernando Gouveia Pinto (Na reunião seguinte o seu nome foi substituído por Monteiro Redondo. Cf. *Acta nº 4 do Secretariado Organizador do Segundo Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 18 de Janeiro de 1980); 6) Comissão de Alojamento e Transporte – António Monteiro.

Nestas comissões foram acrescentados alguns nomes, dada a quantidade de trabalho com que se iam deparar. Assim a Comissão Técnico-científica passou a ser constituída por Marília Viterbo Freitas, Teresa Forjaz e Alberto Mourão; a Comissão de Dinamização e Divulgação por Diamantina Chaves da Silva, Gilda Possacos, Cesaltina Cabreirinha e António Andrade Conde; a Comissão de Expediente por Luís Gamboa e Trindade dos Santos; a Comissão de Relações Pública por Joaquim Garrido, Pacheco dos Santos e Vilela Araújo; a Comissão de Gestão Económica por Maria Eugénia Carvalho, João Pedro Conceição, Marta Fernanda Gouveia Pinto e António Monteiro Redondo; a Comissão de Alojamento e

com a gestão e a autonomia da enfermagem portuguesa. Considerava-se que no início da década de 80 o clima político-social era diferente daquele em que o primeiro congresso tinha sido organizado. Por isso, estavam reunidas as condições para uma reflexão ampla sobre os problemas da enfermagem. Neste congresso a enfermagem pugnou pela afirmação da sua jurisdição profissional, reivindicando igualdade profissional.

Em 1985 realizou-se o 3º Congresso Nacional de Enfermagem¹¹⁰². Continuavam a existir muitos problemas relacionados com a construção de uma identidade e jurisdição profissionais. No entanto, este encontro olhou principalmente para as condições do exercício da enfermagem em Portugal. Neste sentido, a política de saúde e a importância do sindicalismo na definição dessa política constituíram o principal eixo de reflexão deste congresso.

Estes encontros realizados nos principais centros de decisão da enfermagem portuguesa (Lisboa, Coimbra e Porto, respectivamente) apresentaram-se como espaço de reflexão sobre a enfermagem. Os três eventos foram procurados por um número significativo de enfermeiros de todo o país, das colónias e do estrangeiro. Destacaram-se três linhas de discussão, que acabaram por ser transversais aos eventos, que constituíam elementos essenciais ao desenvolvimento de uma identidade profissional mais definida e de uma jurisdição profissional mais concreta e consolidada. A importância da formação, a necessidade de maior autonomia profissional e as condições do exercício da enfermagem caracterizaram os 3 Congressos Nacionais de Enfermagem.

Transporte por Sofia Mercê Veiga e António Monteiro. (Cf. *Acta nº 4 do Secretariado Organizador do Segundo Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 18 de Janeiro de 1980).

O secretariado iniciou o seu trabalho de campo procurando de imediato um local onde pudesse realizar o congresso. Esse local, para os plenários, foi o Teatro Gil Vicente, cuja lotação situava-se entre os 1300 e 1400 lugares. Foram ainda consideradas para as sessões simultâneas de trabalhos, a Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca (350 lugares), a Faculdade de Físico-Químicas (450 lugares), a Faculdade de Letras, nº 1 e nº 2 (300 e 260 lugares, respectivamente), o Salão Paroquial S. José (500 lugares), as Piscinas (600 lugares) e a Reitoria (400-450 lugares), levantando-se ainda a hipótese do Pavilhão dos Olivais e o Pavilhão Feira das Industrias.

Assim, “depois de analisadas as disponibilidades das salas e anfiteatros existentes, a Comissão Coordenadora propõe que sejam fixadas as inscrições até ao limite do 1300, mais 100 cativos para entidades oficiais e elementos afectos à organização”¹¹⁰¹. Nesta mesma reunião, foi proposto que aos países de expressão portuguesa fosse atribuído um conjunto de vagas próprias (Brasil – 20; Angola – 10; Moçambique – 10; Guiné-Bissau - 5; Cabo Verde – 3; S. Tomé e Príncipe – 2; O que somado daria um total de 50 vagas.). O número de inscritos no *II Congresso Nacional de Enfermagem* rondou as 1500 pessoas.

¹¹⁰² Entre 25 e 29 de Março de 1985 realizou-se, no Porto, o *III Congresso Nacional de Enfermagem*, subordinado ao tema “*As Condições do Exercício de Enfermagem em Portugal*”. Este encontro foi presidido por José Correia de Azevedo e contou com a presença de centenas de participantes.

Estas linhas constituem a base da discussão para o fortalecimento do grupo e para a afirmação de uma identidade profissional e jurídica mais relevante.

A Escola de Enfermagem de Castelo Branco esteve presente nos três eventos. No primeiro congresso (1973) fez-se representar pela primeira monitora desta instituição Maria Branca Mourão Le Marchand Souchet. No segundo evento (1981) esta instituição participou através do contributo dos professores-enfermeiros António Fernando Alves Marrucho, Leonel Pires de Paula e Maria Cesarina Morais. António Marrucho integrou um grupo de trabalho que se debruçou sobre a importância da formação e do exercício do enfermeiro em questões de saúde mental e psiquiatria¹¹⁰³. Por fim, no terceiro congresso a escola albicastrense fez-se representar pelo professor Leonel Pires de Paula e pelo seu director Ismael Martins¹¹⁰⁴.

Em entrevista concedida por Ismael Martins evidenciou-se o significado que estes congressos tiveram no sentido do reforço da imagem do enfermeiro em Portugal e na capacidade de assumir em enfermagem processos de reflexão sobre a actividade e os caminhos a percorrer. O entrevistado refere-se do seguinte modo à importância destes congressos:

“Primeiro, até para o próprio ego do enfermeiro. Quando se falava em congresso, era congresso de medicina, era congresso de altas cavalarias, ora haver um primeiro congresso de enfermagem já foi um grande passo para o próprio contentamento do enfermeiro. Mas não só, também foram discutidos assuntos importantes. Por um lado, obrigou os enfermeiros a documentarem-se e a prepararem-se para as suas comunicações; por outro lado foram oportunidade de encontro a nível nacional, entre várias gerações de enfermeiros e foi bom, no aspecto social, no aspecto convívio, a nível relacional. Mas de alguma maneira contribuíram para a evolução do nível do ensino e do exercício da enfermagem em Portugal e da própria imagem do enfermeiro no país”¹¹⁰⁵.

Como é explícito na transcrição anterior, estes congressos representavam momentos de união do grupo, mas principalmente apresentavam a enfermagem como uma actividade que trabalhava cada vez mais alicerçada em métodos científicos, abrindo caminho para o prestígio do grupo, que utilizava e permitia ganhar outro fôlego perante outros grupos profissionais, tornando-se menos permeável à incursão dos mesmos. É

¹¹⁰³ AEECB – *Curriculum Vitae* de António Fernando Alves Marrucho, 1985, pp. 15.

¹¹⁰⁴ AEECB – *Inscrição de 2 Enfermeiros no III Congresso Nacional de Enfermagem*, 21 de Dezembro de 1984.

¹¹⁰⁵ Cf. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 17 (anexos).

neste sentido que Ismael Martins refere que estes congressos representavam “uma boa oportunidade para entusiasmar os enfermeiros a escreverem, a prepararem-se”¹¹⁰⁶.

Como já referimos, foram três os eixos de discussão nos congressos com o objectivo de reforçar a jurisdição profissional e a identidade do grupo: a formação, a autonomia e as condições do exercício da enfermagem. Na verdade, todos eles se encontram relacionados, embora mais direccionados para cada um dos três congressos, respectivamente.

Na primeira conferência do 1º *Congresso Nacional de Enfermagem* a professora brasileira Isaltina Goulart de Azevedo apresentou um trabalho intitulado “O papel do enfermeiro no mundo moderno”¹¹⁰⁷. Ao longo da sua análise chamou a atenção para a necessidade de afirmar a enfermagem como um campo próprio e autónomo. Era necessário combater as incursões de outros grupos no domínio da enfermagem e tentar evitar que, como no caso americano, se constituíssem outros grupos cujo objectivo era assumir funções de enfermagem. A autora referia-se ao Assistente Médico que nessa altura se pretendia implementar no E.U.A.

Para combater estes problemas e valorizar a enfermagem Isaltina Goulart de Azevedo assumia que o melhor caminho era o da formação. Na escola de onde provinha, a Escola Ana Neri (primeira escola de enfermagem no Brasil) existia já uma cultura muito forte que apostava não apenas em cursos de enfermagem mas em cursos de pós-graduação, defendendo-se á época a existência de mestrados e até doutoramentos por alguns professores de enfermagem. Deste modo, concluía a sua intervenção chamando a atenção dos enfermeiros portugueses para a inclusão da enfermagem no nível de ensino superior português. Refere-se a este assunto em jeito de repto:

“Aos vossos apelos, aos vossos governantes, para obtenção do nível superior para que se abram para vós as portas da Universidade Portuguesa, acrescentai, também um pedido desta modesta brasileira, que elevastes tão alto com a generosidade do vosso convite. E, se estes apelos puderem atingir as autoridades do vosso país, para a resposta que desejais, eu me sentirei recompensada de um vida de pelas, não menores do que as vossas pelos mesmos ideais”¹¹⁰⁸.

O reconhecimento da enfermagem como actividade profissional só poderia ser alcançado se esta viesse a integrar o ensino superior, isto é a universidade. A autora

¹¹⁰⁶ Idem.

¹¹⁰⁷ AZEVEDO, Isaltina Goulart, “O Papel do enfermeiro no mundo moderno”. *Actas do 1º Congresso Nacional de Enfermagem*, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, 1973.

¹¹⁰⁸ Idem.

tinha presente a noção de que o caminho de uma formação especializada, ao mais alto nível, iria produzir uma reclassificação socioprofissional que se traduziria em recompensas simbólicas para o grupo e valorizaria o conhecimento-base da actividade.

Numa perspectiva mais terrena a enfermeira Mariana Dulce Diniz Sousa defendeu um conhecimento-base mais profundo em relação ao Homem. De acordo com a autora era preciso valorizar a componente biológica, embora não devendo esquecer que o Homem também devia ser interpretado noutras dimensões, como a mental, psicológica, social ou até espiritual¹¹⁰⁹. Esta enfermeira apresentou os resultados de um estudo realizado em 1971 que propunha os cuidados de enfermagem como a principal actividade do enfermeiro¹¹¹⁰.

No sentido da valorização da enfermagem apresentou um “processo científico” que devia ser seguidos pelos enfermeiros. Para melhor compreendermos vejamos concretamente as etapas propostas para o desempenho profissional do enfermeiro:

“1º - **Observação**: - Observação sistemática de indivíduos sãos, famílias, outros grupos ou comunidades, tendo em vista detectar situações ou factores que lhes diminuam as potencialidades ou afectem a saúde;

- De indivíduos ou grupos de populações em risco;

- De doentes, nos seus aspectos físicos, mental e espiritual e reacção à doença, tratamento, medicamentos e meio ambiente.

2º - **Diagnóstico de enfermagem**: - Avaliação da situação do indivíduo, família ou comunidade em relação a cuidados de enfermagem que necessitem;

3º - **Planeamento**: - Estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem para um indivíduo ou família e para doentes.

4º - **Execução**: - Prestação de cuidados directos, educação de saúde, tratamentos e terapêuticas.

5º - **Avaliação**: - Atitude que acompanha toda a actuação do enfermeiro, para que haja essencialmente uma constante adaptação dos cuidados de enfermagem ao cliente”¹¹¹¹.

Este processo devia ser aplicado e personalizado consoante o local de trabalho do enfermeiro. No entanto, as escolas de enfermagem deviam assumir que este “processo de enfermagem” podia ser apresentado aos alunos como modelo a seguir ao longo da sua aprendizagem prática e da sua conduta profissional. Para esta autora as escolas de enfermagem constituíam “laboratórios” da profissão. Uma espécie de

¹¹⁰⁹ SOUZA, Mariana Dulce Diniz, “Quem somos, o que fazemos”. *Actas do 1º Congresso Nacional de Enfermagem*, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, 1973, pp. 4.

¹¹¹⁰ “Grupo ad hoc para a revisão do ensino, exercício e pesquisa no sector de enfermagem. Sub-grupo ad hoc de exercício de enfermagem. *Relatório*, resumos dos trabalhos, Lisboa: s.e., 1971.

¹¹¹¹ SOUZA, Mariana Dulce Diniz, *op. cit.*, pp. 6.

antecâmara daquilo que encontrariam no mercado de trabalho e de preparação para valorizar a actividade nesse mesmo mercado.

No mesmo sentido, Mário Sarmiento Rebelo considerava que o caminho da formação era aquele que melhor podia responder aos desafios da actividade profissional num contexto de acelerada mudança. Defendia que a investigação devia ter um papel essencial para o próprio conhecimento em enfermagem. Isto é, além das questões internas que havia que resolver, também era importante para o grupo conhecer a imagem que a Sociedade tinha desta actividade com o objectivo de melhorar de acordo com os problemas identificados pela própria comunidade. Neste contexto, as Ciências Sociais, Humanas e Comportamentais ganharam destaque na formação em enfermagem permitindo compreender um conjunto de realidades que até aí passavam despercebidas. Também Ismael Martins assumiu esta posição quando questionado sobre a importância destes congressos. O entrevistado definia assim o enfermeiro:

“A enfermagem torna-se um pouco difícil porque para ser bom enfermeiro, ou enfermeira, é preciso saber um pouco de tudo, não só um técnico prestador de cuidados como também é preciso ser psicólogo, sociólogo, filósofo e antropólogo e essas coisas todas o que não é possível. Não se pode ser bom nisto tudo, mas pode-se ter uns conhecimentos de base, para ajudar a conhecer melhor o ser humano, a entendê-lo e ajudá-lo”¹¹¹².

Esta definição evidencia o carácter pluridisciplinar e transversal que a enfermagem assumia e a importância do conhecimento do Ser Humano como estratégia para destacar a jurisdição profissional da enfermagem junto da Sociedade.

Deste congresso (1º) outro aspecto pode ser identificado, relacionado com a formação. A necessidade de uma formação permanente e a sensibilização dos enfermeiros para a educação em serviço como forma de não estagnar a própria actividade num mundo em constante mutação. Também nos congressos seguintes não foi esquecida esta questão. Por exemplo no 3º Congresso Nacional de Enfermagem refere-se o seguinte:

“A responsabilidade da escola na formação deve também ser permanente. Falar em educação permanente é o mesmo que falar em escola continuada. Uma das formas que pode diminuir os desentendimentos ocasionais entre docência e exercício é a de chamarmos de novo aos bancos dessa escola os seus antigos alunos, em acções de formação as mais diversas”¹¹¹³.

¹¹¹² Cf. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 22 (Anexos).

¹¹¹³ GRAMACHO, Marcolino Galhardo (1985), “Perspectiva Sindical sobre as Condições de Exercício de Enfermagem em Portugal: o futuro”. *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

A formação contínua representava um importante meio para valorizar o grupo perante a sociedade, o Estado e outros grupos profissionais com os quais possuía um permanente contacto no quotidiano profissional.

A questão da autonomia do grupo foi outra questão central dos congressos nacionais de enfermagem, destacando-se uma reflexão mais profunda no 2º evento. Para se construir uma jurisdição profissional forte os grupos deviam saber exactamente quais as suas competências e o lugar que ocupavam na “família das profissões”. Para o efeito, destes congressos saiu a necessidade do grupo possuir um estatuto próprio, definidor da actividade profissional e das suas competências.

No 2º Congresso Nacional de Enfermagem, além de se reafirmar a necessidade da reconversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem¹¹¹⁴, considerou-se a necessidade de construir um Estatuto Profissional. José Amendoeira considera que este assunto era fundamental e refere:

“Tornava-se imprescindível a obtenção de um estatuto profissional, na medida em que não dispo de a enfermagem em Portugal de um estatuto próprio, fundamentalmente legalizado, tornava-se con frangedora a tibieza com que eram abordados os problemas ético-deontológicos, tanto a nível da formação de base, como no quotidiano profissional, o que prejudicava a capacidade reivindicativa para tão almejado estatuto e que, na prática, colocava sistematicamente a profissão de enfermagem na dependência doutrinária da profissão médica”¹¹¹⁵.

¹¹¹⁴ Cf. *Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 1981.

No domínio da formação ainda se considerou a necessidade do reconhecimento da equiparação de habilitações profissionais ao nível da licenciatura e no que toca à formação pós-básica “os enfermeiros entendem ser necessário”:

- a) o levantamento das necessidades e recursos reais nas diferentes áreas de especialização;
- b) urgente descentralização efectiva das especialidades existentes e do curso de enfermagem complementar, com a criação de estruturas de modo a permitir o acesso de um maior número de enfermeiros interessados nos respectivos cursos e nos que vierem a ser criados;
- c) a formação do enfermeiro especialista conjuntamente com outros técnicos de saúde;
- d) a revisão dos actuais programas dos cursos de especialização tendo em vista a integração de Portugal na CEE;
- e) criação de especializações em enfermagem médico-cirúrgica e em enfermagem de cuidados intensivos gerais, uma das formas de preparação do enfermeiros para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem;
- f) a revisão de critérios de selecção dos cursos de enfermagem pos-base e a forma de atribuição de bolsas de estudo;
- g) a criação de um curso de equiparação para os enfermeiros com um curso de partos da faculdade de medicina, ao curso de especialização em enfermagem obstétrica;

¹¹¹⁵ AMENDOEIRA, José (2006), *Op. Cit.*, pp. 302.

O que se encontrava em causa era a permeabilidade da jurisdição profissional da enfermagem. Um Estatuto Profissional tornaria o seu domínio profissional mais definido e com uma capacidade diferente de se defender de incursões de outros grupos. No 2º Congresso Nacional de Enfermagem estabeleceram-se directrizes com o objectivo de construir um estatuto capaz de defender e proteger a esfera de competências dos enfermeiros. Nas conclusões do Congresso afirmava-se que “a existência de um estatuto do enfermeiro é instrumento e suporte indispensável para a completa autonomia e capacidade de gestão da enfermagem como profissão”. Este estatuto devia seguir um conjunto de princípios divulgados no encontro:

- “a) O estatuto deve contemplar os aspectos organo-técnico-jurídicos da profissão, os “terrenos próprios/ função nobre” de actuação dos enfermeiros, estabelecendo os direitos e deveres, que regem entre outros, éticos e de responsabilidade civil e profissional nomeadamente a objecção de consciência;
- b) Para a progressiva definição de “terrenos próprios/função nobre” deve ser considerado como relevantes, o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos da família e da comunidade;
- c) Devem ser considerados todos os campos de actuação do enfermeiro, nomeadamente cuidados primários, cuidados diferenciados, sector público, sector privado e exercício liberal;
- d) Deve ter em conta as convenções, recomendações e decisões pertinentes dos organismos internacionais – OIT, OMS, CEE e Conselho da Europa – e acordos bilaterais, designadamente com países de expressão portuguesa, entre outros;
- e) Terá de ser objecto de legislação própria, pelo menos, a nível de decreto-lei, o qual deverá ser suficientemente flexível para que se adapte à natural evolução da profissão e das profissões interligadas e afins;
- f) Este diploma legal deverá ser elaborado com a participação dos Sindicatos e Associações, tendo em conta as recomendações deste Congresso;
- g) Na elaboração do estatuto do enfermeiro deve ser contemplado o estatuto do enfermeiro docente, atendendo à especificidade da sua função”¹¹¹⁶.

Estas foram as linhas norteadoras saídas do congresso com o objectivo de construir um estatuto profissional para a enfermagem. Porém, o estatuto apenas foi publicado anos mais tarde, já na década de 90 (R.E.P.E.). O Estatuto representava um mecanismo de gestão da própria profissão que permitia o reconhecimento de uma

¹¹¹⁶ Cf. *Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 1981.

Como sabemos muitas destas directrizes que saíram do Congresso foram apenas concluídas na década de 90, do século XX. É apenas em 1996 que se publica o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, através do decreto-lei nº 161 de 04 de Setembro desse ano. Em 1998 assiste-se à constituição da Ordem dos Enfermeiros que também constituiu um marco histórico do ponto de vista do processo de construção histórica da profissão de enfermeiro e que decorreu da acção dos Sindicatos e Associações profissionais de enfermagem.

identidade profissional mais definida e o aprofundamento de uma jurisdição profissional mais protegida.

As condições do exercício da enfermagem foram tema do 3º Congresso Nacional de Enfermagem. Se o segundo congresso propunha maior autonomia e um estatuto próprio para a enfermagem o caminho percorrido até 1985 não fora nesse sentido. José Correia de Azevedo considerava que as condições do exercício da enfermagem se encontravam em processo acelerado de degradação. Para o presidente do 3º Congresso Nacional de Enfermagem “exagerou-se tanto nas restrições da autonomia e gestão dos enfermeiros que, em muitas áreas, só um permanente conflito possibilitaria o cumprimento da lei. Mas as leis da vida determinam que ninguém aguenta esta situação durante muito tempo (...)”¹¹¹⁷. Partilhava desta opinião Maria Augusta Sousa que considerava necessário um diálogo de proximidade com as comunidades de modo a evitar situações de rejeição por parte dos serviços de saúde. Observando a realidade que envolvia a profissão de enfermeiro salientava, entre outros problemas, o baixo número de enfermeiras/os por habitante, as instalações precárias, a falta de verbas para compra de material adequado, a abertura de serviços mantendo-se o mesmo número de enfermeiras/os, como cenários graves que deveriam ser resolvidos pela tutela. Argumentava, ainda, que, no contexto do Estado, o grupo das/os enfermeiras/os era relevante, na medida em que “somos 20.554 Enfermeiros e representamos aproximadamente ¼ dos efectivos dependentes do Ministério da Saúde” reivindicando atenção por parte da tutela. Mantinham-se os problemas económicos que não atraíam os jovens profissionais para a enfermagem, algo que era preciso contrariar¹¹¹⁸. Reconhecia, tal como o congresso anterior propusera, a necessidade de um código regulador da actividade.

Do mesmo modo no 3º congresso reforçava-se a necessidade de revalorizar o papel social das escolas de enfermagem dado que eram elementos preciosos para combater a falta de enfermeiros. Por outro lado, a formação dos docentes de enfermagem era outro assunto necessário. Ismael Martins teve uma intervenção neste congresso chamando a atenção para a importância da formação de pessoal devidamente qualificado para leccionar nas escolas de enfermagem, sobretudo naquelas que tinham

¹¹¹⁷ CDI – SEP – Cf. AZEVEDO, José Correia (1985), “Alocação do Presidente do Congresso dirigindo-se aos colegas”. *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

¹¹¹⁸ CDI-SEP – Cf. SOUSA, Maria Augusta (1981), “A Política de Saúde e a Sua Influência no Exercício Profissional”. *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

mais dificuldade em captar os professores, como era o caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco¹¹¹⁹.

As organizações sindicais defendiam que as relações docência/exercício necessitavam de uma clarificação urgente. Era necessário haver uma colaboração bem definida entre aqueles que ensinavam e orientavam os estudantes de enfermagem e as instituições onde estagiavam.

Em síntese, as conclusões deste congresso resumem-se às condições do exercício da actividade nas várias áreas onde o enfermeiro podia actuar. Assim, podemos verificar que do debate dos 18 temas que foram apresentados, em 12 mesas, nas conferências e na mesa redonda, concluiu-se, em termos genéricos, sobre a enfermagem o seguinte:

- “1- É absolutamente indispensável a efectiva participação na definição da política de saúde do País, a titulo individual ou colectivo;
- 2- Reconhece-se que o S.N.S. não terá êxito completo sem o empenhamento dos enfermeiros a todos os níveis – planeamento, execução e avaliação;
- 3- Que esta colaboração dos enfermeiros seja considerada em rigorosas condições de igualdade com as outras categorias sócio-profissionais no âmbito da saúde;
- 4- Que a participação dos enfermeiros seja efectiva na elaboração da legislação do sector da saúde, (5) podendo essa participação verificar-se por intermédio dos seus organismos representativos;
- 6- Para o que deverão contribuir as Associações de Enfermagem existentes;”¹¹²⁰.

Do mesmo modo que se estabeleceram um conjunto de conclusões sobre as condições gerais do exercício de enfermagem, também se delinearão aspectos de carácter particular sobre as condições da enfermagem em vários contextos: na área da docência, identificaram-se as dificuldades de recrutamento de pessoal para o ensino, assim como as deficientes condições existentes na maioria das escolas de enfermagem; na área hospitalar, considerou-se “a apreensão dos enfermeiros no que se refere à legislação vigente e à sua articulação com o desenvolvimento do seu *munos* profissional”; nos cuidados primários de saúde, as/os enfermeiras/os chamaram a atenção para “o Estado em que se encontram os cuidados de saúde primários”, defendendo que se promovessem estratégias que permitissem a sua correcta implementação de modo a satisfazer e servir melhor as populações; quanto ao exercício da enfermagem, como actividade liberal, o grupo concluiu que se tornava urgente proceder à sua regulação correndo o risco do reaparecimento de práticas de

¹¹¹⁹ Cf. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 7 e seguintes.

¹¹²⁰ Conclusões do III Congresso Nacional de Enfermagem. *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.E.

“curandeirismo”; sobre as condições dos enfermeiros gestores, referiu-se que havia necessidade de garantir a “manutenção do direito de assento nos órgãos de gestão a todos os níveis, quer na área dos cuidados primários, quer na área dos cuidados diferenciados, quer na área da docência”, defendendo-se, também, a criação de incentivos e compensações financeiras para os mesmos; no que diz respeito ao risco e responsabilidade profissional, defendeu-se a importância da regulação deste domínio, “criando legislação que não esquecesse o direito à objecção de consciência”; para o sector privado, realçou-se a necessidade de aproximação à carreira estatal, bem como a necessidade de enfermeiros do trabalho nas empresas; no que toca à formação profissional, salientou-se, novamente, a proposta de integração do ensino no sistema educativo nacional, a constituição de programas de formação especializada, a promoção da educação permanente e, ainda, a criação de um órgão de comunicação de âmbito nacional como um jornal ou uma revista; sobre a carreira de enfermagem as/os enfermeiras/os reconheceram que era “da máxima utilidade a existência do diploma que define a carreira profissional” porém “ a perfeição desse documento está longe de se conseguir” propondo assim alterações onde estas/es tivessem uma palavra através dos Sindicatos; e, por fim, a questão da reivindicação de um Estatuto Profissional da/o Enfermeira/o, processo pelo qual as/os enfermeiras/os se debatiam já há muitos anos e continuaram a lutar depois deste congresso, até meados da década seguinte (1996). Para terminar argumentaram que “o controlo do exercício profissional dos enfermeiros deve ser da sua exclusiva responsabilidade a fim de preservar a dignidade da profissão”¹¹²¹.

Os três Congressos Nacionais de Enfermagem representaram, em nosso entender, momentos altos da definição e legitimação desta actividade socioprofissional. Estes congressos, com características e contextos próprios, promoveram a emergência do grupo e permitiram a construção de caminhos no sentido da definição de uma jurisdição própria da enfermagem.

As questões subjectivas da jurisdição e da identidade profissional foram os aspectos transversais mais relevantes de todos os congressos. Em articulação com as questões identitárias, note-se a ideia da gestão da própria profissão, através da constituição de um Estatuto Profissional, reforçando, deste modo, a respeitabilidade perante a comunidade e os outros grupos socioprofissionais. Por fim, o destaque para as

¹¹²¹ Idem.

condições de trabalho, para as remunerações, para a necessidade de uma enfermagem especializada, académica e profissional.

Três eixos, todos eles integrados, constituindo-se deste modo, através das Associações de Enfermagem e das respectivas Organizações Sindicais, espaços de debate que permitiram unir o grupo em torno de causas comuns que correspondiam aos diferentes momentos políticos, sociais e económicos de cada época.

O grupo estava agora melhor colocado para fazer face às oportunidades que se adivinhavam para a década de 90, mas também para continuar a afirmar uma profissão relacional que conseguiu, lentamente, construir uma jurisdição profissional através de estratégias e aproveitamento de momentos próprios constituindo-se com avanços e recuos, pressões e reivindicações, numa constante tensão e conflitualidade.

4. Um Saber de experiência feito: a integração no Sistema Educativo Nacional/Ensino Superior (1986/88)

Ao longo da década de 70 os enfermeiros manifestaram interesse em integrar o Sistema Educativo Nacional e, concretamente, o ensino superior português. Esta reivindicação pode ser encontrada, por exemplo, no *1º Congresso Nacional de Enfermagem*. O reconhecimento da enfermagem passava pela valorização do seu saber e pela igualdade, ao nível mais elevado, da academia portuguesa com todas as recompensas simbólicas, sociais, económicas e profissionais que daí podiam advir. Este foi um processo longo que passou por algumas dificuldades. Entre elas contam-se, desde logo, o facto da enfermagem, ainda durante o Estado Novo, possuir duas categorias distintas e dois cursos com características diferentes para o exercício da actividade. Estamos a referir-nos aos Auxiliares de Enfermagem e ao Enfermeiros (Gerais). Outra dificuldade tinha a ver com os requisitos de admissão às escolas de enfermagem e o reconhecimento das próprias escolas de enfermagem como instituições escolares de nível superior. Estas ambiguidades dificultavam a construção de um caminho sólido e de uma identidade e jurisdição reconhecidas social e profissionalmente. Mas vejamos em detalhe estes dois eixos identificados.

A existência de dois cursos de enfermagem não era sinónimo de união no interior da actividade profissional. O curso de Auxiliares de Enfermagem foi constituído, objectivamente, para responder a algumas dificuldades de captação de pessoal para uma área de trabalho difícil e pesada. A carência de pessoal obrigou o

Estado Novo a valorizar os Auxiliares de Enfermagem que, no fundo, faziam todo o trabalho prático de enfermagem e estavam presentes maioritariamente nas instituições de saúde. Aos poucos, as instituições de saúde passaram a estar mais dependentes dos Auxiliares de Enfermagem do que dos próprios Enfermeiros que assumiam tarefas mais próximas de actos administrativos e gestionários do que propriamente uma acção junto do doente. Esta ambiguidade profissional dificultava a existência de uma jurisdição profissional forte e, pelo contrário, dividia fortemente o grupo.

A partir da década de 60 os Auxiliares de Enfermagem começaram a reivindicar um estatuto melhorado e próximo daquele que os Enfermeiros possuíam. No seu entender as tarefas que desempenhavam eram de enorme responsabilidade na medida em que lidavam directamente com o doente, familiares, entre outros. Gradualmente foi-se constituindo o Movimento dos Auxiliares de Enfermagem que, em termos gerais, propunha uma equiparação dos Auxiliares aos Enfermeiros. No final da década de 60 (1969) a desproporção existente entre Auxiliares e Enfermeiros era de tal ordem que surgiu a proposta de organização de cursos de promoção para os Auxiliares de Enfermagem.

O descontentamento dos Auxiliares de Enfermagem sentiu-se um pouco por todo o país. Em Castelo Branco a imprensa regional e local dá-nos conta da existência de encontros onde estes problemas foram debatidos e o modo como entendiam que deviam ser equiparados a Enfermeiros. Um mês depois da Revolução dos Cravos, o periódico *Reconquista* publicava uma carta enviada por António Gonçalves Saraiva (Auxiliar de Enfermagem) onde fazia o balanço de uma reunião que acontecera em Lisboa e contara com a participação de milhares de Auxiliares de Enfermagem, incluindo de Castelo Branco. Proponha-se então nessa reunião:

“a extinção imediata da categoria de Auxiliares de Enfermagem e a promoção automática destes profissionais à classe de Enfermeiros Gerais e a criação de um curso único de enfermagem e assim como a constituição de um Sindicato, este localizado em Lisboa. Não queremos demissões o que queremos é união”¹¹²².

Os Auxiliares de Enfermagem queriam ver reconhecido o seu trabalho e a sua experiência profissional. Esse reconhecimento poderia ser feito através da promoção a Enfermeiros Gerais, propondo a existência de um nível único de ensino da enfermagem.

¹¹²² SARAIVA, António Gonçalves, “Carta Aberta Aos Auxiliares de Enfermagem”. *Reconquista – Semanário regionalista*, Ano XXX, nº 1507, 25 de Maio de 1974, pp. 7.

Do ponto de vista identitário a unicidade da enfermagem poderia trazer alguns frutos social e profissionalmente à Enfermagem. Não obstante, instalou-se algum mal-estar no interior do grupo gerando alguns problemas de opinião. Porém, de acordo com António Gonçalves Saraiva, aquilo que se pretendia era apenas a união e a igualdade profissional interna. É bem esclarecedor o seu testemunho quando refere o seguinte:

“Chegou a altura de nós, os Auxiliares de Enfermagem, sacudirmos o capote da escravidão enfiados no qual, tantos anos vivemos. Não queremos racismo na classe, queremos sim, igualdade de deveres e direitos em relação aos enfermeiros do curso geral. Já demos e estamos sempre a dar provas da nossa capacidade profissional e portanto já sabemos o que queremos e para onde vamos”¹¹²³.

A transcrição anterior é elucidativa dos objectivos que o grupo dos Auxiliares de Enfermagem se proponha. É a igualdade profissional, articulada com um contexto de emancipação de alguns grupos profissionais após a queda do regime político do Estado Novo, que se encontra em causa. A própria formação dos Auxiliares de Enfermagem pelas escolas, no Estado Novo, era em número muito superior ao dos Enfermeiros. A construção de uma identidade e jurisdição profissional consistente nestas condições não era compatível com a divisão do grupo e um reconhecimento social e profissional alargado como se pretendia.

As reivindicações dos Auxiliares de Enfermagem tiveram eco junto das esferas governativas e foram constituídos os cursos de promoção para os Auxiliares de Enfermagem e, conseqüentemente, criou-se a categoria de Enfermeiro de 3º Classe. Deste modo terminava assim um dos maiores problemas da indefinição identitária da enfermagem portuguesa que teve reflexos ao nível do próprio reconhecimento académico do grupo, dificultando a sua integração no Sistema Educativo Nacional e no ensino superior Português. Em 1974, o governo provisório, referia-se ao assunto do seguinte modo:

“6. Consciente do erro cometido, decidiu o Governo Provisório, a partir do próximo ano, extinguir o curso de auxiliar de enfermagem, que, na prática, ultrapassara os desígnios com que fora criado.

¹¹²³ SARAIVA, António Gonçalves, “Carta Aberta Aos Auxiliares de Enfermagem”. *Reconquista – Semanário regionalista*, Ano XXX, nº 1507, 25 de Maio de 1974, pp. 7.
Cf. Idem, “Reunião dos Auxiliares de Enfermagem do Distrito”. *Reconquista – Semanário regionalista*, Ano XXX, nº 1507, 25 de Maio de 1974, pp. 6.

7. Ao extinguir este curso, e tendo em vista as diferentes actividades de enfermagem ligadas à prestação de cuidados médicos ou de assistência hospitalar (actividades de enfermagem, propriamente dita, sanitária ou de saúde pública e administração hospitalar), estudam-se os novos moldes em que se deve focar o futuro curso de enfermagem, ao mesmo tempo que se atribuiu, mediante apreciação do *curriculum*, a categoria do enfermeiro de 3ª aos antigos auxiliares de enfermagem.

8. A reorganização da classe de enfermagem não deverá, contudo, ter lugar sem que se rodeie de medidas que evitem qualquer quebra de qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Por isso, reconhecendo que só ao fim de alguns anos de exercício profissional a diferença de competência entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem se atenua, foi decidido que a atribuição de título de enfermeiro ficaria dependente de um período de prática profissional exercida em instituição que ofereça garantias de conveniente aperfeiçoamento”¹¹²⁴.

Como evidencia a transcrição anterior as escolas de enfermagem assumiam novamente protagonismo no processo de acreditação e de transição dos Auxiliares de Enfermagem a Enfermeiros de 3ª Classe. De acordo com o Decreto-lei nº 440 de 11 de Setembro de 1974, o título de enfermeiro podia ser atribuído, além dos indivíduos que possuíam o diploma do curso geral de enfermagem, aos Auxiliares de Enfermagem com pelo menos três anos de exercício profissional devidamente comprovados. No interior de um momento social e político de agitação resolveu-se deste modo um dos problemas que dividia o grupo e que não ajudava a produzir uma identidade profissional definida.

Porém, antes da integração no Sistema Educativo Nacional e da aquisição da chancela do ensino superior, havia que resolver outro problema condicionante da valorização da enfermagem portuguesa. Esse problema tem a ver com os requisitos de admissão às escolas de enfermagem e com a transição das Escolas de Enfermagem para Escolas Superiores de Enfermagem.

A reforma de 1965 deu um sinal claro que as escolas de enfermagem, no sentido do reconhecimento académico e social, necessitavam de aumentar o nível de exigência aos cursos de enfermagem. No interior do Portugal democrático, durante algum tempo as instituições escolares mantiveram o nível de exigência aos cursos proposto em 1965. Numa sociedade em mudança e um grupo que pretendia a sua afirmação este nível de exigência não era compatível com a exigência dos cursos de ensino superior e dificultava a entrada no Sistema Educativo Nacional.

Em 1978 o Estado reconhecia o interesse do ensino da enfermagem para o país¹¹²⁵, iniciando-se, deste modo, o processo de reconversão das escolas de

¹¹²⁴ Cf. Decreto-Lei nº 440 de 11 de Setembro de 1974.

¹¹²⁵ Lei nº 68 de 1978.

enfermagem em escolas superiores e alterando-se, um ano mais tarde, a exigência que permitia a entrada no curso de enfermagem¹¹²⁶. Os requisitos de admissão aos cursos de enfermagem passaram a ser o curso complementar dos liceus ou equivalente. Podiam, no entanto, ser admitidos candidatos com o curso geral dos liceus desde que os candidatos também fizessem o exame extraordinário de avaliação de capacidade para acesso ao ensino superior com aprovação¹¹²⁷.

Tal como já tinha sido discutida anteriormente no 1º Congresso Nacional de Enfermagem (1973), nos alvares da década de 80, do século passado, caminhava-se já para a integração da enfermagem no Sistema Educativo Nacional e consequentemente no ensino superior português. Num despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado do Ensino Superior reconhecia-se formalmente a importância da actividade e do ensino da enfermagem. O legislador refere-se ao assunto de acordo com as seguintes linhas norteadoras:

- A educação em enfermagem é de nível superior e deverá garantir o equilíbrio entre a competência académica e científica e a competência técnica e profissional.
 - A educação em enfermagem será da dupla tutela do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, de acordo com as condições que superiormente venham a ser definidas na sequência do protocolo de colaboração genérica a celebrar entre os dois Ministérios.
 - A autonomia da enfermagem terá de ser salvaguardada pelo que a orientação e a responsabilidade da educação em enfermagem deverão continuar a pertencer a enfermeiros da carreira docente respectiva.
 - Deverá continuar a haver um só nível de formação de base em enfermagem pelo que o actual curso de enfermagem geral será substituído pelo curso superior de enfermagem que conferirá o grau académico de bacharel.
- (...) – As habilitações literárias de acesso à formação de base em enfermagem deverão ser do nível exigido para o ensino superior em geral. (...)”¹¹²⁸.

Este despacho definia em meados da década de 80 os princípios pelos quais a enfermagem passava a reger-se de modo a entrar no Sistema Educativo e, no fundo, a ser reconhecida como curso de nível superior. Todo este processo permitiu a valorização da actividade e o reconhecimento da importância do ensino da enfermagem colocando-o ao mesmo nível de muitos outros cursos de ensino superior. A identidade

¹¹²⁶ De acordo com Lucília Nunes “Na mesma altura (1979), o Departamento de Ensino de Enfermagem, dirigido por Enfermeiros e destinado a Enfermeiros, inicia um projecto de investigação único e precursor, denominado DICOVE, cuja finalidade principal era definir e aperfeiçoar os instrumentos de selecção dos candidatos ao curso de Enfermagem” in *Op. Cit.*, pp. 325.

¹¹²⁷ Decreto nº 98 de 06 de Setembro de 1979, art. 1.

¹¹²⁸ AEECB – *Ofício enviado à Escola de Enfermagem de Castelo Branco – Integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional*, 16 de Janeiro de 1985.

profissional do enfermeiro estava agora mais consolidada, definida e organizada. Do mesmo modo a jurisdição profissional ganhava maior legitimidade perante os outros grupos profissionais. Em 1986 a enfermeira Maria Aurora Bessa publicou um artigo intitulado “Integração do Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional” onde apresentou um retrato histórico do caminho percorrido pela enfermagem ao longo dos anos, defendendo que esse caminho tinha como objectivo a integração no Sistema Educativo. A autora refere mesmo que em meados da década de 80 este era “o maior anseio dos enfermeiros portugueses”¹¹²⁹.

Este processo quando analisado à distância pelo então director da Escola de Enfermagem de Castelo Branco constituiu um objectivo permanente da enfermagem. Ismael Martins refere-se a estas questões do seguinte modo:

“Nós lutávamos e dizíamos, não só os directores e os diversos professores, em jornadas, em conferências, nos congressos, enfim... que o ensino da enfermagem já era de nível superior, só o que faltava era ser reconhecido. Já tinha créditos nos cursos, já tinha programas, já tinha métodos, já tinha tudo o que havia nos outros ensinos, nas outras áreas do ensino superior. A única coisa que faltava era sermos reconhecidos como tal e daí essa nossa luta tenaz que houve por aí fora e que conseguimos [alcançar o nosso objectivo]”¹¹³⁰.

O grupo dos enfermeiros conseguiu aproveitar o momento da construção de uma nova sociedade, alinhada a padrões internacionais, e mostrar que a enfermagem e o ensino da enfermagem eram já norteados por uma responsabilidade profissional nos cuidados de saúde muito apurada. Esta tomada de consciência possibilitou a integração da enfermagem no Sistema Educativo Nacional em 1986, a integração no ensino superior politécnico em 1988 e permitiu a reconversão definitiva das antigas escolas de enfermagem em escolas superiores. Abria-se uma nova página para a profissão de enfermeiro na década que estava prestes a chegar.

Este foi um ponto de viragem na organização profissional das/os enfermeiras/os. Passaram a integrar o ensino superior o que lhes permitiu uma maior visibilidade perante a sociedade e os outros grupos socioprofissionais. Este processo ajudou a definir, ainda mais, a autonomia da enfermagem portuguesa no que diz respeito à formação de enfermeiras/os e à sua capacidade de influência e diálogo social e profissional, fazendo parte integrante do processo de reforço identitário do grupo que

¹¹²⁹ BESSA, Maria Aurora (1986) “ Integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional”. *Enfermagem*, nº 5/6, Jul/Dez. 1986, pp. 33.

¹¹³⁰ Cf. Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins, pp. 20.

permitiu acelerar, do nosso ponto de vista, na década de 90, a constituição do desejado Estatuto Profissional (1996) e a Ordem dos Enfermeiros (1998) que passou a regular entrada dos enfermeiros no grupo socioprofissional em análise.

Considerações Finais

Quando utilizamos o conceito de “jurisdição” estamos a referir-nos, segundo Andrew Abbott, à articulação entre o conhecimento que fundamenta a profissão e o exercício concreto do trabalho. Isto é, referimo-nos à existência de um “domínio” profissional ou, por outras palavras, a um campo de acção ou disputas onde o conhecimento profissional (expertise), a situação de trabalho e a permeabilidade deste campo de disputas, em relação a outros grupos, estão em causa. A necessidade de construir e depois proteger as jurisdições profissionais começa a ser preparada logo nas instituições de formação. Todavia, a organização do grupo em si mesmo é muito relevante para ganhar credibilidade e respeitabilidade social e perante o Estado. É por isso que as estruturas de “reclamação” organizadas a partir do interior da jurisdição profissional com o objectivo de vigiarem e estabelecerem comunicação com o exterior do grupo constituem elementos que não podemos perder de vista quando analisamos os processos de construção identitária de um grupo profissional.

De acordo com o que acabamos de referir, ao longo do presente capítulo, procuramos discutir os principais processos e estratégias que sustentaram a jurisdição socioprofissional da enfermagem e promoveram uma identidade reforçada do grupo sobretudo na segunda metade da centúria de noventa.

As associações e as organizações sindicais relacionadas com a enfermagem desde os anos 20/30 que assumiram um importante papel de defesa da actividade desenvolvida pelo grupo. A partir da década de 40, o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem foi aquele que melhor traçou uma estratégia de valorização do grupo, sobretudo porque teve em linha de conta a questão do conhecimento, que foi promovido em diversos pontos do país como mecanismo de valorização da actividade garantindo o início de um processo de reconhecimento social da enfermagem.

A *Revista de Enfermagem* foi outro elemento representativo da importância atribuída ao conhecimento como meio para atingir a respeitabilidade. Nesta revista participaram inúmeras personalidades do foro da enfermagem, da medicina, da

psicologia, entre outras, que debateram temas pertinentes para a valorização do grupo e da sua identidade profissional. A publicação constitui um “forum” de enobrecimento da actividade que se encontra em análise neste trabalho.

Uma outra acção relevante que o S.N.P.E. levou a efeito foi o combate ao exercício ilegal da enfermagem. A luta contra as investidas à sua jurisdição profissional, ainda muito permeável, foi um elemento da maior relevância no sentido da manutenção da exclusividade do seu Saber, ainda em construção, e no afastamento de quem não possuía licença/diploma ou mandato para exercer esta actividade denunciando a ilegalidade aos diferentes Governos Civis. Era relevante fomentar a unidade do grupo de modo a potenciar a sua dignidade profissional.

Por outro lado, um dos elementos que, de acordo com o S.N.P.E., podia ajudar a aumentar a credibilidade socioprofissional do grupo era a utilização de um uniforme comum à semelhança do que acontecia noutros países, como em Inglaterra.

Decorrente da acção colectiva do grupo e da necessidade do Estado em assumir um novo papel no interior da saúde, a enfermagem, na década de 60, alcançou a oportunidade de se constituir como carreira (1967). A organização de carreiras (Hospitalar; Saúde Pública;) possibilitou uma maior definição da jurisdição profissional do grupo afirmando a sua condição perante outros grupos de “fronteira”. Este processo iniciou-se na década de 60, concretizando-se em 1967 e teve vários (re) ajustamentos até à década de 80. A existência de três carreiras acabou por trazer alguns problemas em relação à união do grupo e, conseqüentemente, à coesão da jurisdição profissional. Em 1981 estabeleceu-se a carreira única de enfermagem que, embora com alguns problemas e alterações nos anos seguintes (1983; 1985), constituiu um importante contributo no sentido da afirmação do grupo e da sua identidade profissional para o futuro.

No que diz respeito, especificamente, ao ensino da enfermagem também existiram modificações da maior importância. Desde logo, o facto de a partir da década de 60 serem as/os próprias/os enfermeiras/os a assumir o ensino dos seus pares constitui um enorme reforço da jurisdição profissional. Por outro lado, as/os enfermeiras/os passaram de uma condição de simples acompanhantes de estágios e práticas clínicas, onde o ensino teórico era pertença dos médicos, para enfermeiras/os-professoras/es alcançando um novo estatuto nas escolas de enfermagem.

Nas décadas de 70 e 80, no decorrer de enormes transformações e discussões sobre o papel que o grupo deveria possuir no interior da comunidade e, em particular,

nas instituições de saúde, foram organizados três Congressos Nacionais de Enfermagem pelas Associações e Sindicatos da área com o patrocínio do Estado.

Estes congressos foram muito concorridos e contribuíram para uma redefinição do grupo e dos caminhos e competências que deveriam desenvolver no seu futuro sempre com o objectivo de alcançar maior credibilidade e reforçar a jurisdição profissional da enfermagem. A produção de conhecimento sobre a sua própria área de trabalho contribuiu para valorizar a actividade profissional da enfermagem. Preocupações como a melhoria da formação das/os enfermeiras/os, a necessidade de um Estatuto da Enfermagem, a apropriação de processos científicos para a enfermagem, os processos de recrutamento e selecção dos mais jovens, a melhoria dos cuidados de saúde primários e diferenciados e a conversão das escolas de enfermagem em escolas superiores ou a afirmação do sindicalismo no interior do Portugal Democrático foram alguns dos assuntos debatidos que permitiram transmitir uma ideia reforçada de organização interna do grupo que até aí não existia claramente.

A maturação do Saber da enfermagem, o aumento da exigência na admissão às escolas, a existência apenas de um curso de enfermagem e todos os processos e actores apresentados, contribuiu para o ingresso da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, nomeadamente no subsistema do ensino superior politécnico (1988), permitindo aumentar o prestígio do grupo e das competências inerentes ao mesmo. Algumas das reivindicações do grupo como a necessidade de um Estatuto (1996) ou a possibilidade de criação de uma Ordem dos Enfermeiros (1998) verificou-se no decorrer da década seguinte, muito embora resultado das lutas travadas anteriormente, nomeadamente no que diz respeito à importância dos Saberes mobilizados pela enfermagem. Este aspecto é muito importante na constituição de uma jurisdição porque é a partir de um conhecimento profissional, muito trabalhado nas escolas de enfermagem, que se alcançou reconhecimento social e do Estado.

CONCLUSÃO GERAL

CONCLUSÃO

“A dificuldade da tarefa estimula muitas vezes a perspicácia da busca. O trabalho histórico transforma-se então em desporto, numa autêntica aventura exploratória, quando não numa tarefa de detective. Encontradas as pistas, apanhada a caça, detectado o responsável, é preciso ainda demonstrar o que se descobriu, fazer os relatórios, passar à fase da escrita, da comunicação. É preciso transmitir o que se encontrou. Têm de se distribuir os tesouros desenterrados”

MATTOSO, José (2002), *A Escrita da História*, Mem Martins: Círculo de Leitores, pp. 19.

Compreender como se constroem os grupos profissionais faz parte de um interesse relacionado com o nosso percurso académico e profissional ligado ao ensino superior politécnico e às características profissionalizantes que este subsistema deve possuir para se diferenciar. O estudo sobre a construção das configurações identitárias, de natureza profissional, da enfermagem constituiu um nicho pertinente para estudar e conhecer novas realidades de ensino e aprendizagem até agora pouco estudadas no âmbito da História da Educação.

Uma interrogação presidiu ao longo desta pesquisa e análise: como se construiu, do ponto de vista identitário, a enfermagem em Portugal, ao longo do século XX (até final da década de 80), na perspectiva da formação inicial?

Para responder a esta questão orientamos a nossa pesquisa para o estudo do caso da Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias. O arco temporal específico passou a direccionar-se para o período entre a fundação desta escola (1948) e a integração da enfermagem no Sistema Educativo Nacional/Ensino Superior (1986/88). A problemática que envolveu esta questão encontra-se alicerçada num quadro teórico-metodológico onde as identidades profissionais surgem como construções sóciohistóricas, numa perspectiva diacrónica, constituindo esta abordagem uma importante valia para a compreensão deste universo relacional. No fundo, importa compreender como se constroem os grupos profissionais, dado que na actualidade aquilo que os indivíduos representam, do ponto de vista social, encontra-se relacionado directamente com a actividade profissional que desenvolvem.

Do ponto de vista conceptual o nosso esquema interpretativo construído para o grupo da enfermagem, embora com aplicabilidade a outros grupos, ancorou-se na sociologia das profissões, na literatura sobre a enfermagem e no interior da História da

Educação. Este esquema interpretativo realçou o aspecto formativo na construção das identidades profissionais na medida em que esta é uma característica com determinadas singularidades relevantes para a compreensão deste grupo. Por exemplo, a questão dos valores coloca-se na enfermagem de um modo completamente diferente, dada a sua importância, do que acontece com outros grupos já estudados do ponto de vista das configurações identitárias. Foi a partir de uma abordagem interaccionista e sistémica das profissões que conseguimos vislumbrar muitos dos processos de negociação e conflito que marcaram a identidade profissional dos enfermeiros portugueses.

A partir do *corpus* em análise concluímos que as identidades profissionais constroem-se a partir de processos de negociação, de luta, de objectivos estabelecidos por um grupo, de contradições, avanços e recuos. Estas características permitem acentuar a nossa ideia inicial quando referimos que as identidades profissionais são elementos dinâmicos, no espaço e no tempo, multifacetados, possibilitando a construção de várias análises, e pluridimensionais, isto é resultam não de uma ou várias características particulares atribuídas previamente, que transformam uma ocupação numa profissão, numa perspectiva funcionalista; mas, pelo contrário, caracterizam-se pela existência de dimensões e eixos de análise diversificados, de acordo com lógicas de espaço e tempo, influenciados por dimensões ideológicas, pelo carácter interprofissional que os grupos assumem no interior do seu processo de emergência e consolidação, pelas tensões e pressões existentes no interior e a partir do exterior do grupo, e pelas estratégias encontradas para lidar com todos os elementos que contribuíram para construir identidades profissionais.

A relação conceptual entre a formação e a identidade ocupou um lugar central na construção deste estudo. Por um lado, porque a compreensão das identidades profissionais encontra-se relacionada com os processos formativos no interior de diferentes contextos organizacionais; por outro lado, porque os espaços formativos contribuem para transmitir ao grupo como se deve apresentar, agir, estar e o que deve saber-fazer num claro processo de modelação dos comportamentos e de socialização profissional de acordo com o sentido ideológico defendido pelo grupo num determinado momento e contexto.

A enfermagem encontrou na relação conceptual entre formação e identidade uma dinâmica processual que se pode verificar através da existência de diversos vectores analíticos, de acordo com o nosso esquema interpretativo, que ajudam a compreender a construção deste grupo. Em síntese, foram quatro os eixos analíticos que

caracterizaram transversalmente a identidade profissional da enfermagem, sobretudo a partir da década de 40 da centúria de novecentos: o credencialismo, onde as escolas de enfermagem encontram-se mandatadas para assumir o controlo das entradas no grupo que estamos a analisar, nomeadamente no período do Estado Novo ou no Portugal Democrático; o Conhecimento, num processo de transição caracterizado primeiro como um saber técnico e auxiliar da medicina e transformado, depois, num Saber autónomo e com características científicas, embora relacional, com um lugar no interior da família das profissões de saúde; as normas e os valores, num processo de transformação entre um perfil virtuoso, de acordo com princípios ideológicos, e um conjunto de orientações éticas, deontológicas e profissionais que promoviam na enfermagem uma consciência de grupo através de um código discursivo comum; e por fim, as práticas associativas e sindicais e a emergência de uma jurisdição profissional que culmina, do ponto de vista formativo, com a integração da enfermagem no ensino superior.

A abordagem conceptual que fizemos, em cruzamento com o material empírico que recolhemos, permitiu-nos perceber que existiram várias fases, com características próprias, no processo de construção da identidade profissional da enfermagem portuguesa. Podemos distinguir três fases diferentes, e com interpretações e características próprias, no desenvolvimento profissional da enfermagem portuguesa: o primeiro momento - **a procura de uma identidade** - iniciou-se no final do século XIX, com a constituição da primeira escola de enfermagem em Coimbra e prolongou-se até à década de 40 do século XX. Esta fase é caracterizada por uma enfermagem com um peso pouco relevante no interior dos contextos em que se movimentava. Uma enfermagem dependente directamente das administrações hospitalares que controlavam esta actividade e os poucos espaços formativos que existiam na dependência dos próprios hospitais. Era uma enfermagem cuja credenciação não era necessária para efeitos do desenvolvimento profissional, mas apenas para entrar preferencialmente em lugares de quadro hospitalar.

Os conhecimentos estruturavam-se em torno de aspectos essencialistas de natureza médica, iniciando-se a construção da subordinação da enfermagem ao poder médico. A enfermagem encontrava-se na dependência dos directores hospitalares que eram médicos. Do ponto de vista formativo eram também os médicos que controlavam os saberes que ministravam aos futuros enfermeiros sobretudo com o objectivo principal de cumprir algumas tarefas para o bom funcionamento da instituição hospitalar. Não havia um conjunto de valores comuns, embora a partir da década de 20 surgissem

alguns sindicatos que pretendiam dignificar a actividade através da existência de um estatuto definidor das competências do grupo face aos restantes, nomeadamente dos médicos. Os espaços formativos que surgiram ao longo deste período eram todos dirigidos por médicos ou por ideais de natureza caritativa de inspiração cristã. No decorrer desta fase os indivíduos que procuravam esta actividade, ao contrário do que acontecia noutras realidades nacionais, eram sobretudo homens. A partir da década de 30 com o aparecimento de novas escolas de enfermagem e com as mudanças políticas existentes a enfermagem começou a ganhar novos contornos identitários.

O segundo momento – **identidade moral controlada** - que identificamos, ao longo deste trabalho, situa-se temporalmente entre a década de 40 e o final da década de 60 do século XX. Esta fase caracteriza-se pela intervenção do Estado no domínio da enfermagem. O Estado assumiu um papel interventivo na construção identitária da enfermagem. Esta intervenção destaca-se através da regulação do ensino da enfermagem e consequentemente da própria actividade. A partir de 1942 (com um período transitório até 1944) o exercício da enfermagem passou a estar dependente da aquisição de um diploma em contexto escolar. Nesta fase, as escolas de enfermagem, na dependência e fiscalização do Ministério do Interior (mais tarde do Ministério da Saúde e Assistência), assumiram-se como os elementos credencialistas e mandatados pelo Estado para recrutar os indivíduos que podiam vir a integrar o grupo dos enfermeiros. Porém, aquilo que parecia ser um avanço do ponto de vista do desenvolvimento profissional foi moldado, de acordo com os contextos ideológicos que se viviam na época, tendo em vista a captação essencialmente de públicos escolares femininos. O predomínio das mulheres ao nível da enfermagem representa uma forma de controlar activamente um grupo que pretendia legitimar-se perante a Sociedade e ganhar maior visibilidade. Esta medida visava o prolongamento das actividades desenvolvidas no domínio privado para a esfera pública.

Do mesmo modo, também a ideia de internato fez parte de uma política global desenvolvida pelo regime vigente na época. Pretendia-se um envolvimento “total” com a enfermagem, com uma retribuição financeira mínima e exigências morais e comportamentais máximas. Recorde-se a negação do casamento às enfermeiras e, por outro lado, a exigência de um “comportamento moral irrepreensível” para poderem integrar este universo. No mesmo sentido, recordemos a análise realizada sobre o Lar de Alunas Enfermeiras. Nestas instituições a característica fundamental era precisamente a proximidade entre a vida escolar e a vida académica, embora o seu papel principal fosse

o de albergar as alunas que se encontravam longe da sua casa. Estas características são elementos fundamentais para se compreender o papel do Estado que, por um lado parece querer valorizar a enfermagem e, por outro lado, legisla no sentido de um maior controlo sobre o grupo, amarrando-o a características identitárias que não ajudavam ao desenvolvimento profissional desta actividade e do próprio grupo dos enfermeiros.

Do ponto de vista formativo, como dissemos, as escolas de enfermagem ganharam uma maior presença no universo educativo português. Surgiram, além das escolas oficiais, outras escolas de enfermagem de natureza privada. Exemplo disso foi a criação da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, com carácter particular, fundada pelo médico José Lopes Dias, no ano de 1948. Esta instituição assumiu que o seu principal objectivo era o combate ao “curandeirismo” na Beira Interior. Todavia, o contributo desta escola de enfermagem sentiu-se particularmente no domínio da formação de pessoal capaz de auxiliar os médicos, obedientemente, nas suas mais diversas valências profissionais. Outro aspecto importante prendeu-se com a necessidade de formar técnicos com capacidade para identificar determinadas situações de doença/saúde, uma realidade necessária num contexto de interioridade, combatendo as práticas tradicionais e curandeiras de pessoal sem reconhecimento científico e sem habilitação escolar para praticar enfermagem e auxiliar os médicos e as populações.

Para combater a falta de mão-de-obra neste domínio, o Estado, mais uma vez, entra em contradição no que diz respeito à valorização da enfermagem. Por um lado, assumiu a necessidade de reorganizar o ensino da enfermagem, valorizando a componente técnica da enfermagem e as práticas clínicas em diversos contextos organizacionais; identificou o baixo nível de preparação técnica dos indivíduos que prestavam este serviço; reconheceu o *deficit* do pessoal de enfermagem e a necessidade de remodelar o ensino de modo a garantir maior eficiência e rendimento. O que estava em causa era uma determinada concepção de cuidar que o Estado associou ao género feminino. Uma concepção alinhada não tanto com os conhecimentos técnico-profissionais, mas sobretudo em conformidade com um ideal de enfermagem caracterizado pelo carinho, obediência e dedicação que as mulheres podiam e deviam despende em relação aos médicos, famílias ou doentes, devido à sua condição “natural” de submissão naquele contexto. Quer dizer, se por um lado o Estado parecia interessar-se pelo grupo dos enfermeiros, apostando numa valorização do papel das escolas de enfermagem, na fundação de novas escolas, ainda que de natureza privada; por outro lado, interessou-se mais pelo recrutamento dos indivíduos com determinadas

características e por uma “escrupulosa selecção de valores” associados ao género feminino.

Esta tripla necessidade, de aumentar o número de enfermeiros, de elevar o seu carácter moral e também de valorizar a componente técnica do ensino da enfermagem, foi, de certo modo, objectivada através da criação de dois níveis distintos de formação no interior da enfermagem. Os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros gerais. Ambos com regras diferenciadas no que diz respeito ao seu recrutamento e às suas competências. Aos auxiliares era solicitado apenas o exame de instrução primária e aos enfermeiros o 1º ciclo do ensino liceal. Só na década de 60, com a reforma do ensino da enfermagem de 1965, é que estes requisitos mínimos aumentaram. Se olharmos para a caracterização que fizemos relativamente aos alunos que frequentaram e se diplomaram na Escola de Enfermagem de Castelo Branco percebemos que o maior número de indivíduos formados era proveniente do curso de auxiliares de enfermagem. Esta característica colocava em causa a própria credibilidade e visibilidade social da enfermagem, na medida em que os auxiliares formavam-se em maior número que os próprios enfermeiros desvalorizando a actividade. Claramente, a enfermagem servia os interesses do Estado que retribuía, por um lado, com pequenos sinais de valorização da actividade; e, por outro lado, com legislação que comprometia o desenvolvimento profissional da enfermagem.

Esta identidade contraditória é visível na escola de enfermagem albacastrense. Se olharmos para os conhecimentos ministrados nesta altura, percebemos que ainda se encontram maioritariamente no domínio médico, embora de uma forma tímida as “técnicas de enfermagem” iniciassem um processo de valorização da actividade, através dos chamados “cuidados técnicos”. Ainda assim, esta escola continuou, nesta fase, sob a influência directa do poder médico. A análise que realizamos sobre a composição do corpo docente da instituição, é reveladora de uma presença significativa de médicos face ao número de monitoras existentes ao longo das décadas de 50 e 60 da centúria de noventa. Este cenário apenas começou a ganhar novos contornos depois da reforma de 1965. A valorização das Ciências Sociais e Humanas e Comportamentais no interior dos planos curriculares permitiu uma nova abordagem em relação ao processo de valorização identitária da enfermagem portuguesa. Aos poucos começava a definir-se uma jurisdição profissional relativamente autónoma embora num constante e permanente processo de tensão intergrupala.

A enfermeira era vista como uma auxiliar do médico. Esta devia apenas cumprir aquilo que o médico pedisse e não avançar mais do que isso. Assim, valorizava-se a técnica e os estágios, locais onde a enfermeira podia afastar-se da submissão ao controlo médico e inculcar princípios que valorizavam o exercício da sua própria actividade. A enfermagem vivia nesta conflitualidade entre uma actividade que queria consolidar-se e ganhar autonomia e o controlo do poder médico que olhava para a enfermagem como uma actividade acessória da medicina.

Na sequência do que acabamos de referir a enfermagem iniciou um processo de definição de princípios, normas e valores que lhe eram atribuídos, partindo destes para a criação consciente de uma moral profissional. Esta estratégia revelou-se um importante factor de união do grupo, mesmo com todas as restrições colocadas ora pela conflitualidade com o Estado, ora pela submissão ao poder médico. Estes valores eram inculcados a partir das escolas de enfermagem. Referimo-nos ao princípio da disciplina, da dedicação, da obediência, das boas maneiras, entre outros princípios normalizadores e construtores de uma determinada consciência de grupo que circulavam na Sociedade da época. O espaço que a enfermagem encontrou para se valorizar neste período foi, principalmente, embora não exclusivamente, através da constituição de uma moral profissional onde a técnica estava presente embora os valores assumissem o destaque. A dimensão associativa, laica ou religiosa, também contribuiu para o desenvolvimento desta enfermeira com um perfil virtuoso.

O caminho percorrido durante esta fase culmina em dois aspectos essenciais: primeiro, a definição da carreira da enfermagem, em 1967, agradando ao grupo a ideia de haver uma carreira própria da enfermagem o que permitia uma maior legitimação e reconhecimento social da sua actividade; no entanto, mais uma vez um processo contraditório, em vez de se constituir uma carreira única de enfermagem, constituíram-se três carreiras dividindo o grupo e dificultando o desenvolvimento da sua identidade profissional. Referimo-nos à carreira Hospitalar, de Saúde Pública e do Ensino; em segundo lugar, a procura de uma maior respeitabilidade social e profissional através do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem que manteve uma relação de proximidade com o Estado, agindo sobretudo ao nível da denuncia da enfermagem ilegal perante as autoridades da época e na organização de cursos e jornadas científicas de modo a valorizar o grupo através do conhecimento. No final da década de 60 anunciam-se novos tempos para o desenvolvimento desta actividade.

O terceiro momento do grupo – **identidade profissional relacional** – caracteriza-se por uma “nova enfermagem”. A década de 70 constituiu uma época de mudança e de transição no que diz respeito à enfermagem portuguesa que levaria ao culminar deste processo relacionado directamente com a formação deste grupo em 1988: a entrada no subsistema de ensino superior politécnico.

Coincidente com o desenvolvimento da enfermagem noutras realidades nacionais e, um pouco mais tarde, com a criação de um Estado-providência, ainda que tardio, em Portugal, a enfermagem ganhou outro fôlego que até aí não conseguira alcançar apesar dos esforços.

Observamos um processo de reconhecimento da enfermagem como um saber científico multidisciplinar, relacional e com um lugar próprio nos contextos organizacionais. No fundo, assistimos à transição gradual de um modelo ocupacional para um modelo de natureza profissional. Esta transformação permitiu à enfermagem consolidar-se como um Saber reconhecido por outros grupos. Para esta transformação contribuíram os congressos nacionais de enfermagem onde se debateram aspectos de forma e conteúdo importantes para a definição desta área de trabalho. Nestes congressos defendeu-se a constituição de uma Ordem dos Enfermeiros, algo que só na década de 90 seria alcançado; a existência de um regulamento geral, que também só em meados da década de 90 surgiria e a integração da enfermagem no ensino superior. Este último aspecto foi alcançado em 1988, com a integração no ensino superior politécnico.

Neste período a enfermagem apostou na construção de uma ideologia profissional. Exemplo disso foi a aplicação nas escolas de enfermagem, como é o caso da escola albicastrense, daquilo que se denomina de processo de enfermagem. Este processo de enfermagem não era mais do que um método que integrava várias etapas com características metodológicas científicas que procuravam compreender e analisar o doente nas suas variadas dimensões e encontrar soluções com vista ao bem-estar e à qualidade de vida do mesmo.

O enfermeiro tornou-se num agente terapêutico capaz de mobilizar um corpo de conhecimentos técnicos e instrumentais próprios, mas também de utilizar competências no domínio da comunicação, das relações humanas ou do conhecimento do meio. Na Escola de Enfermagem de Castelo Branco é particularmente visível esta concepção de enfermagem relacionada com o “cuidar”. Os testemunhos que recolhemos demonstram claramente que a destreza técnica era sempre envolvida pelos princípios de natureza holística. Do mesmo modo, valorizou-se a actualização permanente dos professores

promovendo a sua participação em congressos e jornadas de trabalho ou mesmo organizando-as na própria instituição escolar.

Na verdade aquilo que aconteceu a partir da década de 70 foi a substituição de um modelo de formação biomédico por um modelo de formação holístico, onde as ciências sociais, humanas e comportamentais permitiram à enfermagem a aquisição de novos saberes e instrumentos metodológicos possibilitando o desenvolvimento de uma determinada autonomia técnica a que deram o nome de: cuidados de enfermagem.

De facto, confirmou-se a nossa perspectiva inicial em relação ao papel central que as escolas de enfermagem desempenharam na construção da identidade profissional deste grupo. As instituições escolares de enfermagem constituíram uma importante alavanca no processo de socialização profissional dos enfermeiros. Foi no seu interior que se pensaram, organizaram e desenvolveram formas subjectivas de conhecimento que estão na base de uma ideologia profissional onde os cuidados de enfermagem constituem o domínio desta actividade profissional relacional. As escolas permitem também o primeiro contacto directo com a actividade profissional, nos mais variados contextos organizacionais, facilitando a integração dos alunos-enfermeiros em contextos futuros de trabalho. As primeiras representações sobre o exercício profissional da enfermagem é construído no interior das escolas de enfermagem.

Este trabalho confirma a importância das escolas de enfermagem na construção identitária de um grupo profissional como o dos enfermeiros. O seu papel como elemento mandatado para o recrutamento dos alunos de enfermagem constitui um elemento-chave no processo de selecção dos indivíduos que melhor poderiam responder aos requisitos das diferentes épocas, dos interesses e contextos políticos vigentes. O “poder de selecção” permitiu às escolas de enfermagem controlar um momento fundamental que era o processo de reconhecimento dos indivíduos que no futuro pertenceriam ao grupo dos enfermeiros. A construção gradual de um conhecimento com carácter científico, de natureza teórico-prática equilibrado, que permite reequacionar os problemas através de diferentes métodos foi outro caminho encontrado que permitiu um afastamento gradual do poder médico e, por outro lado, a aquisição de um saber com maior autonomia, no caminho da *cientificidade*, contribuindo para olhar para os problemas da sociedade e resolvê-los através do Saber relacional que a enfermagem construiu, sobretudo a partir da década de 70 do século XX em aliança com as Ciências Sociais, Humanas e Comportamentais. Também a constituição de uma consciência de grupo foi determinante para a afirmação dos enfermeiros. Os princípios que circularam

nas escolas, primeiro fortemente voltados para a submissão, disciplina, para uma moral profissional, depois direccionados para o Ser Humano, numa perspectiva humanizante e global do acto de cuidar contribuíram para legitimar a constituição de objectivos comuns, características próprias e especificidades do próprio grupo que o caracterizaram como um grupo capaz de conquistar a sua própria jurisdição profissional. Por fim, o importante papel das associações e dos sindicatos na construção dessa jurisdição profissional que foram capazes de ajudar na resposta aos desafios que se iam colocando ao processo de emergência e consolidação deste grupo. Desafios esses resultado, sobretudo, dos processos de negociação e conflitualidade com o Estado, construindo-se o grupo numa permanente tensão quer em relação ao próprio Estado ou à Sociedade ou até mesmo aos outros grupos profissionais mais próximos. Da conjugação de tudo isto emergiu e consolidou-se uma determinada autonomia técnica relacional apelidada de cuidados da enfermagem onde existem diversos e variados conhecimentos cuja aplicabilidade só o enfermeiro é capaz de conjugar. A integração no ensino superior politécnico constituiu a mais importante etapa de reconhecimento social e profissional desta actividade do ponto de vista académico e do reconhecimento dos métodos e técnicas utilizados pelo grupo garantindo a igualdade e a dignidade profissional por via da academia e dos conhecimentos académicos.

Em suma, a identidade profissional dos enfermeiros construiu-se a partir de processos de negociação e conflitualidade com o Estado num movimento de instabilidade, contradição e tensão constantes. Todavia, embora a tensão esteja presente, as configurações identitárias dos enfermeiros construíram-se principalmente sob a influência directa do Estado. As escolas de enfermagem, na dependência do Estado, assumiram-se como arenas construtoras do grupo e da sua identidade profissional a partir de processos de credenciação dos indivíduos, da construção de um conhecimento de natureza profissional relacional e da produção, circulação e apropriação de um conjunto de princípios, quer no quadro do Estado Novo ou do regime democrático, que promoveram a constituição de um código simbólico que garantiu a união do grupo, apesar das pressões e conflitos em que o grupo dos enfermeiros sempre esteve envolvido, nomeadamente com o poder médico.

A integração do ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional Português e a transformação das instituições em escolas superiores consolidou todo o processo que analisamos neste trabalho. Foi através das escolas de enfermagem que as

grandes transformações identitárias ocorreram, permitindo posicionar social e profissionalmente os enfermeiros no mesmo nível de outros grupos profissionais.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FONTES

FONTES de Arquivo (Manuscritas, dactilografadas e on-line)

AAECB – Processos biográficos - *Caderneta de Estágio Final da aluna (...)*, 17 de Fevereiro de 1958 (Caderneta anexada a um documento confidencial).

AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia – Acta da Reunião dos enfermeiros docentes da Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias (...)*, 1981.

AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia – Acta da Reunião dos funcionários do sector administrativo e auxiliar da Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias (...)*, 1981.

AEECB – *Actas e regulamento da Assembleia – Acta nº 1*, 10/12/1976.

AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia – Resenha da Reunião Geral da Escola Realizada em 21/10/1976 (eleição dos membros da mesa)*.

AEECB - *Actas e regulamento da Assembleia - Termos de Posse*, 1975.

AEECB – *Actas e regulamento da Assembleia*, 1975- 1992.

AEECB – *Actas e Regulamentos da Assembleia – Resenha da Reunião Geral de Alunos*, 23 de Março de 1977.

AEECB - Comunicação apresentada ao *I Congresso Nacional de Enfermagem – Comunicação Livre*, pp. 2.

AEECB – *Correspondência Expedida – Apontamento sobre a Escola de Enfermagem de Castelo Branco* de 08 de Junho de 1963.

AEECB – *Correspondência expedida – Carta dirigida a uma empresa de Vila Real* de 01 de Julho de 1950.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao administrador da Fundação Calouste Gulbenkian a 10 de Dezembro de 1959.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao Director-geral dos Hospitais a 21 de Outubro de 1968.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao Director-geral dos Hospitais a 12 de Fevereiro de 1969.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao Ex. Mo Senhor Director-geral dos Hospitais, de 28/10/1966.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao Inspector Chefe da Assistência Social a 05 de Julho de 1954.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao Ministro da Saúde e da Assistência a 10 de 27 de Outubro de 1960.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao presidente da Fundação Calouste Gulbenkian – Dr. José de Azeredo Perdigão, a 29 de Julho de 1960.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Carta enviada ao Sr. Ministro das Obras Públicas a 09 de Dezembro de 1959.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Cursos de Actualização científica – 11 de Maio de 1972 (Ismael Martins); 11 de Maio de 1972 (Maria Augusta Magalhães); 8 de Junho de 1973 (Ismael Martins) ou 24 de Abril de 1974 (Maria de Fátima Fortunato).

AEECB – *Correspondência Expedida* – Ofício enviado ao Inspector-chefe da Assistência Social a 07 de Janeiro de 1959. Referia-se ao facto da escola de enfermagem ser particular.

AEECB – *Correspondência Expedida* – Ofício enviado ao Inspector-chefe da Assistência Social a 17 de Fevereiro de 1959.

AEECB – *Correspondência Expedida – Pagamento de quotas*, 1989.

AEECB – *Correspondência Expedida – Visita de Estudo a Granada*, 04 de Agosto de 1954; Envio de Cheque para pagamento de despesas de transporte, 14 de Agosto de 1954; Diploma e Cédula do Sindicato, 27 Dezembro de 1962.

AEECB - *Correspondência expedida*, 09 de Dezembro de 1959, pp. 2 e 3.

AEECB – *Correspondência Expedida, Exames de aptidão – curso de auxiliares*, dirigido à Direcção Geral dos Hospitais, em resposta a uma queixa de um aluno, pelo director da Comissão Instaladora, 7/06/1974 e 11/06/1974.

AEECB – *Correspondência Expedida, Exames de aptidão – curso de auxiliares*, dirigido à Direcção Geral dos Hospitais, em resposta a uma queixa de um aluno, pelo director da Comissão Instaladora, 7/06/1974 e 11/06/1974.

AEECB – *Correspondência expedida*, Ofício enviado ao Inspector-chefe da Assistência Social, 24 de Outubro de 1961, pp. 3.

AEECB – *Correspondência Recebida – Circular de 07 de Junho de 1961* (Regulamento dos exames de Aptidão assinado pelo Inspector chefe Francisco J. de Magalhães Cardoso).

AEECB – *Correspondência Recebida – Circular de 09 de Setembro de 1961*.

AEECB – *Correspondência Recebida – Circular de 22 de Maio de 1953*.

AEECB - *Correspondência Recebida – Circular de 25 de Outubro de 1952*.

AEECB – *Correspondência recebida – Ofício circular enviado pelo Ministério da Saúde e Assistência a 9 de Agosto de 1967*.

AEECB – *Correspondência Recebida – Ofício do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses dirigido ao director da Escola de Enfermagem*, 1989.

AEECB – *Curriculum Vitae de António Fernando Alves Marrucho*, 1985 (policopiado).

AEECB – *Curriculum Vitae de Ismael Martins*, 1990 (policopiado).

AEECB – *Curso de Enfermagem – Plano de estudos*, Agosto 1976.

AEECB – *Curso de Enfermagem geral – Planos de estudo e programas*, 1987.

AEECB - *Directrizes Para o curso geral de enfermagem*, 1965.

AEECB – *Documentos avulsos – 1950 – 1988*.

AEECB – *Documentos Avulsos - Apreciação Final (Enf. Carrondo)*, s. d.

AEECB – *Estatutos da Escola de Enfermagem de Castelo Branco* (1948).

AEECB – *Fichas biográficas dos professores da EECB* (décadas de 50 a 80).

AEECB – *Inquérito de Assistência Infantil na zona de Castelo Branco* (1948)
(encontra-se no interior dos primeiros processos individuais da escola).

AEECB – *Inscrição de 2 Enfermeiros no III Congresso Nacional de Enfermagem*, 21 de Dezembro de 1984.

AEECB – *Jornadas comemorativas dos 40 anos da Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias [de Castelo Branco] – Organização e Humanização dos Cuidados de Enfermagem*, 1981.

AEECB – *Livro de Actas da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, nº 1 a 6*.

AEECB - *Livro de Actas do 1º Congresso Nacional de Enfermagem*, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, 1973.

AEECB – *Livro de Actas nº 6 – Acta ducentésima Vigésima sétima*, 1972 (ano lectivo de 1973).

AEECB - *Livro de Correspondência expedida e recebida nº 1.*

AEECB – *Livro de Correspondência Recebida e Expedida, 1948.*

AEECB - *Livros de Matrículas dos Alunos Auxiliares de Enfermagem da Escola de Castelo Branco, Livros nº 1,2,3 e 4, 1948-1974 (1265).*

AEECB – *Material avulso (pontos de exame; relatórios, etc...).*

AEECB – *Ofício dirigido ao Ministro da Saúde e Assistência (reclamação), 1961.*

AEECB – *Ofício enviado à Escola de Enfermagem de Castelo Branco – Integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, 16 de Janeiro de 1985.*

AEECB – *Planos de Estudos do Curso de Enfermagem Geral, 1954.*

AEECB – *Processo de reclamação de nota de estágio dirigido ao director da Escola, 1971.*

AEECB – *Processos biográficos dos alunos do curso de enfermagem geral (633), 1948-1988.*

AEECB – *Processos disciplinares diversos (década de 60).*

AEECB - *Programa de Anatomia Humana e Fisiologia Humana, 1954.*

AEECB – *Programas curriculares do curso de Auxiliares de Enfermagem (1954 – 1974).*

AEECB – *Programas Curriculares do curso de enfermagem geral (1954 – 1987).*

AEECB - REBELO, *Relatório Final – Projecto de Investigação, Diagnóstico e Aconselhamento Vocacional (Dicove), Departamento de Ensino de Enfermagem.*

AEECB – *Regulamento da Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1952).*

AEECB - *Relação das cerimónias promovidas pela escola [de enfermagem do doutor Ângelo da Fonseca] no dia 16 de Março de 1951*, Coimbra: 1951, pp. 11 e 12.

AEECB – *Relatório* [apresentando o novo plano de estudos dos cursos de enfermagem e auxiliares], pp. 1 e 2.

AEECB (Secretaria) – *Normas de Funcionamento Interno da Escola* (1976)

CDI – SEP – *Acta nº 3 do Secretariado Organizador do Segundo Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 15 de Janeiro de 1980.

CDI – SEP - *Acta nº 4 do Secretariado Organizador do Segundo Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 18 de Janeiro de 1980.

CDI – SEP - *Acta nº 8 do Secretariado Organizador do Segundo Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 05 de Fevereiro de 1980.

CDI – SEP – ARAÚJO, Joaquim Vilela (1981), *Retrospectiva do I e II Congressos Nacionais de Enfermagem* [texto dactilografado com correcções manuscritas].

CDI – SEP – AZEVEDO, José Correia (1981), “Alocução do Presidente do Congresso dirigindo-se aos colegas”, in *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

CDI – SEP – Correspondência (entre sindicatos) – *Solicitação de Material para a Exposição sobre História da Enfermagem a decorrer durante o Congresso enviada ao Sindicato de Enfermagem do Sul*, 17 de Fevereiro de 1981.

CDI – SEP - *Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem*, Coimbra, 1981.

CDI – SEP - *Realização do Congresso* (data de), Texto manuscrito nº 54, 1979.

CDI – SEP – *Solicitação de Material para a exposição sobre História da Enfermagem a decorrer durante o Congresso enviada ao Sindicato de Enfermagem do Sul*, 17 de Fevereiro de 1981.

CDI-SEP - *Convite à participação no III Congresso Nacional de Enfermagem ao Director Geral dos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, 15 de Março de 1985

CDI-SEP – *Regulamento do III Congresso Nacional de Enfermagem*, circular nº2, de 22 de Outubro de 1984.

CDI-SEP – SOUSA, Maria Augusta (1981), “A Política de Saúde e a Sua Influência no Exercício Profissional” in *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

Debates Parlamentares, Câmara dos Senhores Deputados, 6ª Legislatura, nº 121, 01 de Agosto de 1922.

Debates Parlamentares, Câmara dos Senhores Deputados, 6ª Legislatura, nº 121, 08 de Março de 1923, pp. 42.

Debates Parlamentares, Sessão da Assembleia Nacional de 17/05/1937, pp. 749. [consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates Parlamentares, Sessão da Assembleia Nacional de 20/01/1946, pp. 307. [Consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates parlamentares, Sessão da Assembleia Nacional de 24/03/1955, pp. 637 [Consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates parlamentares, Sessão da Assembleia Nacional de 26 de Abril de 1950 [consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates parlamentares, Sessão da Assembleia Nacional de 30 de Abril de 1951, pp. 995. [consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates Parlamentares, Sessão da Câmara dos Senhores Deputados de 19/05/1922, pp. 12 [consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates Parlamentares, Sessão da Câmara dos Senhores Deputados de 08/06/1923, pp. 11. [consultado em 08 de Julho de 2009].

Debates Parlamentes – Câmara dos Senhores Deputados de 25/03/1947, pp. 1044, [Consultado no dia 31 de Março de 2009].

LEGISLAÇÃO (mais relevante para o estudo)

Diário do Governo, nº 293 de 10 de Dezembro de 1836 [Curso de Parteiras nas Escolas Médico-cirúrgicas]

Relatório de Curry Cabral, *Diário do Governo*, nº 204, de 12 de Setembro de 1901.

Diário do Governo, nº 204 de 12 de Setembro de 1901 [Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José].

Decreto nº 4563, de 09 de Junho de 1918 [Reorganização dos serviços dos Hospitais Civis de Lisboa].

Decreto nº 5736, *Diário do Governo*, I Série, nº 98, de 10 de Maio de 1919 (11º Suplemento) [Reorganiza os serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra].

Decreto nº 6: 493 de 16 de Setembro de 1920, *Regulamento da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra*, D.G. nº 33, 16 de Setembro de 1920.

Decreto nº 8:505 de 25 de Novembro de 1922 [Aprova o regulamento da Escola profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa].

Portaria 7.001, D.G., I série, nº 2, 14 de Janeiro de 1931 [Alterada a designação da escola de Coimbra para Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca].

Decreto nº 30447 de 17 de Maio de 1940 [Cria a Escola Técnica de Enfermeiras no Instituto Português de Oncologia].

Decreto-Lei nº 32 612, de 31 de Dezembro de 1942 [Transforma e amplia a Escola de Enfermagem Artur Ravara e estabelece princípios para as outras escolas].

Decreto – lei nº 31.913 de 12 de Março de 1942 [Realça a importância do recrutamento de enfermeiras viúvas e sem filhos].

Decreto-Lei nº 36 219, de 10 de Abril de 1947 [Reorganiza o ensino da enfermagem].

Decreto nº 38 884 de 28 de Agosto de 1952 [Reforma do ensino da enfermagem].

Decreto nº 38 885 de 28 de Agosto de 1952 [Regulamento das Escolas de Enfermagem].

Decreto-Lei nº 41 825 de 05 de 13 de Agosto de 1958 [Constituição do Ministério da Saúde e da Assistência].

Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963 [Lei de saúde e assistência e princípios orientadores].

Decreto-lei nº 44.923 de 06 de Março de 1963 [Termina a obrigatoriedade de recrutamento de enfermeiras hospitalares solteiras].

Decreto 46448, nº 160, de 20 de Julho de 1965 [Reforma do ensino da enfermagem, entre outros aspectos altera condições de admissão aos cursos].

Decreto-Lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967 [Constitui as carreiras de enfermagem hospitalar, saúde pública e de ensino].

Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro (1970) [Regulamento geral das Escolas de Enfermagem].

Decreto-Lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971 [Alteração às carreiras].

Decreto nº 346 de 30 de Agosto de 1972 [Criação do curso de promoção de auxiliares de enfermagem].

Decreto-Lei nº 440 de 11 de Setembro de 1974 [Definição dos critérios para atribuição do título de Enfermeiro de 3ª classe aos auxiliares de enfermagem].

Decreto nº 534 de 8 de Julho de 1976 [Refere-se às carreiras de enfermagem].

Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976 [Regulamento dos órgãos de gestão das escolas de enfermagem oficiais].

Decreto nº 98 de 06 de Setembro de 1979 [Aumenta os requisitos de admissão ao curso de enfermagem para o curso complementar dos liceus ou equivalente].

Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981 [A carreira de enfermagem passa a ser única e não dividida como acontecia anteriormente].

Decreto-Lei nº 185 de 1 de Julho de 1981 [Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico].

Decreto-Lei nº 178 de 23 de Maio de 1985 [A carreira de enfermagem é única aplicando-se a três áreas de actuação: prestação de cuidados, administração e docência].

Decreto-Lei nº 480 de 23 de Dezembro de 1988 [Integração da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do subsistema de ensino superior politécnico].

Decreto-Lei nº 161 de 04 de Setembro de 1996 [Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Repe)].

IMPrensa (Revistas e livros da especialidade)

“A II Semana de Enfermagem (4 a 11 de Março de 1961)”. *Revista de Enfermagem*, nº 44, Maio de 1961, pp. 21.

“Cópia da representação entregue ao Exmo. Senhor Ministro do Interior pelo Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul, em face do projecto de lei entregue ao mesmo Ministro pela classe médica, em 17 de Março de 1931” extraído de SOARES, Maria Isabel (1997), *Da blusa de brim à touca branca – contributo para a História do ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa, pp. 116 e 117.

“Actividades Sindicais – Repressão ao exercício ilegal de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 39.

“As comemorações do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº14, Abril de 1956, pp. 2.

“Diversos”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 44 e 45.

“Editorial – Comemoração do X aniversário da fundação do S.N.P.E.”. *Revista de Enfermagem*, nº13, Fevereiro de 1956, pp. 1.

“editorial”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 1.

“Entrevista à Sr^a Enfermeira Aurora Bessa”. *Enfermagem em Foco*, Ano I, Maio/Julho de 1991, pp. 43.

“Estatutos do Sindicato Nacional das Parteiras Portugueses” (Cap. I). *Enfermagem em foco* (2008), nº 71, Ano XVI, Fevereiro/Março/Abril, pp. 1.

“Estudo de psicologia nos cursos de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº 5, 1954, pp. 101.

“Exercício Ilegal de enfermagem – comentário”. *Revista de Enfermagem*, nº9, Outubro de 1959, pp. 20.

“Necessidade do estudo da psicologia no curso de enfermagem e arte de estudar”. *Revista Hospitalidade*, Ano XXXI, Outubro - Dezembro, nº 132, pp. 254.

“Necessidades psicológicas da criança hospitalizada”. *Revista Servir*, vol. 15, nº1, 1967.

“O Problema da enfermagem”, *Discurso do Subsecretario de Estado da Assistência Social Dr. José Guilherme de Mello e Castro na sessão inaugural do ano lectivo da Escola de Enfermagem do Hospital de São Marcos*, em 4 de Dezembro de 1956, Braga: Santa Casa da Misericórdia e Hospital de São Marcos (Documento avulso).

“Os problemas da enfermagem no Ultramar – O exercício ilegal de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº9, Outubro de 1959, pp. 28.

“Parecer da Federação dos Sindicatos dos Profissionais de Enfermagem sobre a Revisão dos Planos de Estudo e Programas dos Cursos de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, Vol. IV, nº 2, pp. 59- 61.

“Relações Humanas com o Doente – Bases Psicológicas Necessárias”. *Servir*, nº 25, s.d. (trabalho apresentado no VI Congresso Mundial do C.I.C.I.A.M.S e publicado na *Servir*).

“Revisão dos Planos de Estudo e Programas dos cursos de enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, vol. IV, ° 2, Abril, 1965, pp. 54-58.

“Sois as Guardiãs da Vida”. *Servir*, Vol. 29 (2) Março-Abril, 1980.

“Uniformes”. *Revista de Enfermagem*, nº 22, Agosto de 1957, pp. 131.

ANICEET COOL, O.F.M.F. (s.d.), *Manual de la Enfermera Catolica*, Madrid: Editorial “la Milagrosa”.

AUGUSTO, Enfº-Chefe Macedo, “O enfermeiro e os problemas afectivos do doente”. *Revista Hospitalidade*, Ano XXXVI, nº 144, Outubro-Dezembro, 1971, pp. 302.

AZEVEDO, Isaltina Goulart, “O Papel do enfermeiro no mundo moderno”. *Actas do 1º Congresso Nacional de Enfermagem*, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, 1973.

BESSA, Maria Aurora (1986) “ Integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional”. *Enfermagem*, nº 5/6, Jul/Dez. 1986, pp. 33.

BESSA, Maria Aurora (1987), “A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional: sua importância para o desenvolvimento sanitário do país”. *Enfermagem*, 35 (1), Jan. /Fev., pp. 33.

Boletim dos Hospitais Civis de Lisboa, Ano XVIII, 1 de Janeiro a 30 de Junho de 1919, 1º semestre, pp. 16-17.

BRANCO, Manuel Leitão, “Exercício Ilegal de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 21.

COIMBRA, Augusto Soares, “Fé e confiança na Dignidade Profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº5, Agosto de 1954, pp. 23.

CORRÊA, Beatriz Mello, “Revista de Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 19.

CORREIA, Beatriz Mello, “Na Expectativa de uma Reforma”. *Revista de Enfermagem* nº , pp. 17.

CORREIA, Maria de Deus Queijo Barroco, “Perspectivas do Ensino de Enfermagem Para uma Formação Humanizada”. *Servir*, Vol. 33 (3), Maio-Junho, 1984, pp. 142 (comunicação apresentada nas I Jornadas sobre Humanização dos Serviços de Saúde, em Águeda, 1983).

COSTA SACADURA, “Algumas palavras de apresentação”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 3 e 4.

COSTA, Alberto, *Enfermagem – Guia da Enfermeira Profissional e Auxiliar do Médico Prático*, 5ª ed., Coimbra: Moura Marques e filho.

COSTA, Drª. Maria Eduarda de Araújo e, “O Conhecimento da Psicanálise”. *Revista de Enfermagem*, nº 39, Julho, 1960, pp. 17 e segs.

DUCHANOZ, Geneviève, “Os cuidados de enfermagem nos anos 80”. *Servir*, Vol. 33 (1), Janeiro-Fevereiro, 1985, pp. 18.

ELSEN-SOHET, R. “Os métodos activos na formação da relação Enfermeiro-Doente”. *Servir*, Vol. 24 (3), Maio-Junho, 1976.

“Entrevista a Maria da Cruz Repenicado dias”. *Revista de Enfermagem*, nº 10, 1959.

ESPERANÇA, Maria de N.S. da (1965), “O Estágio: sua finalidade e importância”. *Servir*, vol. 13 (4), pp. 4 e seguintes.

FARO, Pedro, “Exercício Ilegal de Enfermagem – A Aventura de Stra”. *Revista de Enfermagem*, nº5, Outubro de 1954, pp. 29.

FONTES, Alexandre Ferreira, “Ética profissional – Dignidade profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 17.

FONTES, Alexandre Ferreira, “Ética Profissional – Temas velhos em actualidade”. *Revista de Enfermagem*, nº8, Abril de 1959, pp. 30.

GAMEIRO, Aires, “O que são Relações Humanas?”. *Hospitalidade*, Ano 38, nº 149, Outubro -Dezembro, 1974, pp. 5.

GRAMACHO, Marcolino Galhardo (1985), “Perspectiva Sindical sobre as Condições de Exercício de Enfermagem em Portugal: o futuro”. *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

HATFIELD, Patrícia, “Educação continua obrigatória”. *Servir*, Vol. 24 (1), Janeiro-Fevereiro, 1974, pp. 22.

HENDERSON, Virginia, *Principios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*, Lusodidacta.

KAPLAN, Barbara H., THOMSTAD, Beatrice e CUNNINGHAM, Nicolas, “Mudança das regras do jogo Médico-Enfermeira”. *Servir*, Vol. 24, nº 6, Novembro-Dezembro, 1976.

Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1952), *A acção da liga portuguesa de profilaxia social – em prol do casamento das enfermeiras dos hospitais civis*, Porto: Imprensa Social.

LIMA, Enf^a-Chefe Ferreira, “Os enfermeiros perante a pessoa dos doentes”. *Revista Hospitalidade*, Ano XXXVI, nº 144, Outubro-Dezembro, 1971, pp. 268.

MANECA, Maria José de Campos, “Princípios Gerais da Educação em Serviço”. *Servir*, Vol. 21 (4), Julho-Agosto, 1973, pp. 143.

MARTINS, Diamantino (1962), “Algumas noções de Psicologia para a Enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº 6, Vol. 2, pp. 297.

MAURICE, Sor M. e HARMON, Francis L. (1963), *Psicologia para enfermeras*, Madrid: Ediciones Rialp, S.A.

McCLAIN, M. Esther e GRAGG, Shirley Hawke (1970), *Princípios Científicos da Enfermagem*, Rio de Janeiro: Editora Científica, pp. 19 [tradução brasileira; edição original de 1963].

MELLO, Maria Lucília Mercês de, “A acção do profissional de enfermagem como elemento da equipa de saúde num programa de defesa contra o alcoolismo”. *Servir*, Vol. 21 (1), Janeiro-Feveireiro, 1973, pp. 21.

MOALIC, Irmã Georgette, “Lugar da enfermeira no Hospital de hoje”. *Servir*, Vol. 18 (2), 1970, pp. 21.

MORAIS, Maria Palmira Tito de, “Enfermagem Científica – Considerações Acerca da Sua Evolução Histórica”. *Revista de Enfermagem*, nº 11, Outubro, 1955, pp. 9-17.

MOURÃO, Alberto (1985), “As condições gerais do exercício de enfermagem e a política de saúde”. *Actas do III Congresso Nacional de Enfermagem*, Porto: S.e.

MOURÃO, Alberto, “Ética Profissional – Defeitos e Virtudes da Nossa Classe”. *Revista de Enfermagem*, nº16, Agosto de 1956, pp. 18.

MOURÃO, Alberto, “O Sindicato como factor de aperfeiçoamento profissional”. *Revista de Enfermagem*, nº1, Outubro de 1953, pp. 23 e seguintes.

OREY, Isabel e Albuquerque (1937), *Moral Profissional da Enfermeira*, Lisboa: Livraria Sá da Costa – Editora.

PARENTE, Maria João de Bianchi, “A Enfermagem – Uma Ciência e Uma Arte”. *Revista de Enfermagem*, 1965.

PORTO, João, “A Enfermeira Como Militante da Saúde e Colaboradora do Médico”. *Revista Hospitalidade*, nº 75, 3º, Tomo X, 1954, pp. 197 (191-201)).

POSSOLLO, Dr. Adolpho, *Curso de Enfermeiros*, Rio de Janeiro: Livraria Editora Freitas Bastos.

RAMOS, Fernando, “Enfermagem e Curandeirice”. *Revista de Enfermagem*, nº36, Dezembro de 1959, pp. 36.

REBELO, Mário Sarmiento, “Algumas sugestões sobre formação profissional de enfermeiros”. *Actas do 1º Congresso Nacional de Enfermagem*, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, 1973, pp. 1 (paginação da comunicação).

REBELO, Mário Sarmiento, “Enfermagem – Uma Profissão”. *Revista de Enfermagem*, Vol. III, nº 3, Agosto, 1964, pp. 109.

REIS, Alberto, “Coisas que não estão certas...Disciplina e Uniforme”. *Revista de Enfermagem*, nº9, Junho de 1959, pp. 18.

RESENDE, Maria Fernanda (1964), “A Organização da enfermagem como profissão”. Comunicação apresentada na *1ª Semana de Enfermagem do Ultramar*, 21 a 28 de Outubro de 1964, Lourenço Marques (publicada na *Revista de Enfermagem*).

RESENDE, Maria Fernanda, “A organização da Enfermagem como Profissão”. *Revista de Enfermagem*, nº5, vol. III, Dezembro de 1964.

RESENDE, Maria Fernanda, “Educação Permanente”. *Servir*, Vol. 17 (5), 1969, pp. 7.

Revista de Enfermagem, nº 13, 1956.

Revista de Enfermagem, nº2, vol.2, 1962, pp. 69.

Revista de Enfermagem, nº5, vol. III, Dezembro de 1964.

RIBEIRO, P. Ilídio de Sousa (1953), *Curso de Psicologia Experimental*, Braga: Tip. Missões Franciscanas.

ROUSSET, SUZY, “Alguns problemas psicológicos do doente hospitalizado”. *Revista de Enfermagem*, nº 36, Dezembro de 1959, pp. 257.

SARAIVA, Anrónio Gonçalves “Reunião dos Auxiliares de Enfermagem do Distrito”. *Reconquista – Semanário regionalista*, Ano XXX, nº 1507, 25 de Maio de 1974, pp. 6.

SARAIVA, António Gonçalves, “Carta Aberta Aos Auxiliares de Enfermagem”. *Reconquista – Semanário regionalista*, Ano XXX, nº 1507, 25 de Maio de 1974, pp. 7.

SILVA, F. Cândido, “Enfermagem Ilegal”. *Revista de Enfermagem*, Vol.V (nova série), nº1, Fevereiro de 1966, pp. 82.

SILVA, H. Castro e (1891), *A Misericórdia de Castello Branco – Apontamentos Históricos*, Elvas: Typographia Progresso.

SOUSA, Mariana Dulce Diniz, “Quem Somos, O que Fazemos?”. *Servir*, Vol. 22 (1), Janeiro -Fevereiro, 1974, pp. 13.

SOUZA, Mariana Dulce Diniz, “Quem somos, o que fazemos”. *Actas do 1º Congresso Nacional de Enfermagem*, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, 1973, pp. 3.

SURBLED, Georges Dr. (s.d.), *A Moral nas suas relações com a medicina e a higiene I – Celibato e Casamento*, Porto: Editora Educação Nacional.

VASCONCELOS, Rer^a Madre Catarina de Jesus Cristo d`Ornellas e (1947), *À Cabeceira dos que Sofrem – Preceitos e Conselhos de Moral Hospitalar*, Braga (edição portuguesa).

FONTES ORAIS (Cf. Anexos – Anexo 8 - CD)

Entrevista realizada à Enfermeira Maria Alice Proença Barata Garcia.

Entrevista realizada à Enfermeira Maria Augusta Magalhães.

Entrevista realizada ao Enfermeiro António Gil Luzio.

Entrevista realizada ao Enfermeiro Ismael Martins.

Entrevista realizada ao Enfermeiro José Manuel Preto Ribeiro.

BIBLIOGRAFIA

ABBOTT, Andrew (1988), *The System of Professions – Na Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago/London: The University of Chicago Press.

ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), “Professionals, Professionalization and the Caring Professions” in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz, *The Sociology of the caring professions*, 2ª ed., London/New York: Routledge, pp. 1-19.

ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz, *The Sociology of the caring professions*, 2ª ed., London/New York: Routledge.

ABBOTT, Pamela e WALLACE, Claire (1998), “Health Visiting, Social Work, Nursing and Midwifery: a History” in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, Liz (1998), *op. cit.*, pp. 20 – 53.

ABREU, Wilson Correia de (2001), *Identidade, Formação e Trabalho – Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*, Coimbra/Lisboa: Formasau/Educa.

ALBARELLO, Luc et al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

ALMEIDA, Ana Nunes de (1986), “A fábrica e a família – tópicos para uma reflexão”. *Análise social*, VOL. XXII, 91:2, pp. 279 – 312.

ALMEIDA, Ana Nunes de (1993), “Mulheres e famílias operárias: a «esposa doméstica»”. *Análise Social*, Vol. XXVIII (120) (1º), pp. 105 – 132.

ALMEIDA, Carlos Manuel Rosa (2009), *Saúde e Bem-estar no concelho de Castelo Branco: avaliação do binómio prestação de cuidados de saúde e efectividade em saúde*, Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

ALVES, Luís Alberto Marques (1998), *Contributos para o estudo do ensino industrial em Portugal: 1851 – 1910*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

AMADO, Maria do Castelo Teixeira Malta Romeira da Costa (2007), *Escritos em Branco – Rupturas da ciência e da pedagogia no Portugal oitocentista: o ensino para cegos no Asilo-escola António Feliciano de Castilho (1888-1930)*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

AMÂNCIO, Lúcia (1993), “Género – Representações e Identidades”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº14, pp. 127-140.

AMÂNCIO, Lúcia (1994), *Masculino e Feminino – A Construção Social da Diferença*, Porto: Edições Afrontamento/CES.

AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem: A Segunda Metade do Século XX*, Coimbra: Formasau.

APESOA-VARANO, Ester Carolina (2007), “Educated Caring: The emergence of professional identity among nurses”. *Qual Sociol*, Springer, (30), pp. 249-274.

APPLE, Michael W. (1986), *Ideología y currículo*, Madrid: Akal/Universitaria.

ARAÚJO, Helena Costa G. (1990), “As mulheres professoras e o ensino estatal”. *Revista Critica de Ciências Sociais*, nº 29, pp. 81 - 103.

BARRETO, António e MÓNICA, Maria Filomena (Coord.) (2000), *Dicionário de História de Portugal*, Vol. 9, Lisboa: Figueirinhas, pp. 432-445.

BARRETO, José (1991), *A formação das centrais sindicais e do sindicalismo contemporâneo em Portugal*, Lisboa: Ed. Restrita do autor.

BARROSO, João (2003), “Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*, Vol.1, Porto: Porto Editora, pp. 39 – 54.

BERGER, Peter e LUCKMAN, Thomas (2004), *A construção social da realidade – um livro sobre a sociologia do conhecimento*, 2ª ed., Lisboa: Dinalivro.

BERTILSSON, Margareta (1990), “The welfare state, the professions and citizens” in TORSTENDALL, Rolf e BURRAGE, Michael (eds.) (1990), *The Formation of Professions*, London/Newbury Park/ New Delhi: Sage Publications, pp. 114 - 133.

BOAVIDA, João e AMADO, João (2008), *Ciências da Educação – Epistemologia, Identidade e Perspectivas*, 2ª ed., Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

BOCK, Gisela (1989), “História, História das Mulheres, História do Género”. *Penélope – Fazer e Desfazer a História*, nº 4, Nov. pp. 157 - 187.

BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari (1994), *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*, col. «Ciências da educação», Porto: Porto editora.

BOURDIEU, Pierre (1971), “Reproduction culturelle et reproduction sociale”. *Social Science Information*, 10, pp. 45-79.

BOURDIEU, Pierre (1985), “The Social Space and The Genesis of Groups”. *Social Science Information*, 24, pp. 195 - 220.

BOURDIEU, Pierre (1989), *O poder simbólico*, Lisboa: Difel.

BOURDIEU, Pierre, e PASSERON, J.C. (1981), “Os «herdeiros»: o ensino superior e as desigualdades sociais” in MÓNICA, Maria Filomena, *Escola e Classes Sociais (Antologia)*, Lisboa: Editorial Presença/ Gabinete de Investigações Sociais.

BOLTANSKI, Luc (1984) “How a social group objectified itself: “cadres” in France, 1936-45”. *Social Science Information*, 23, pp. 469 – 491.

BRANCO, Maria Eugénia Carvalho e (2010), *João dos Santos – Saúde Mental e Educação*, Lisboa: Coisas de Ler.

CABRAL, Manuel Villaverde e BORGES, Vera (2010) “«Muitos são os chamados, poucos os escolhidos»: entre a vocação e a profissão de arquitecto” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.), *Profissão e Vocação – Ensaio sobre grupos profissionais*, Lisboa: ICS, pps. 147-178

CANÁRIO, Rui (2005), “Ser Enfermeiro Hoje”. *Caderno CE – Caderno de Currículo e Ensino*, Vol. V, nº 8, pp. 9-24.

CANÁRIO, Rui (Org.) (2003), *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora.

CANÁRIO, Rui (Org.) (2007), *Educação Popular e Movimentos Sociais*, Lisboa: Educa.

CANÁRIO, Rui e RUMMERT, Sonia Maria (Org.) (2009), *Mundos do Trabalho e Aprendizagem*, Lisboa: Educa.

CARVALHO, Teresa (2010), “Profissionalização na enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.), *Profissão e Vocação – Ensaio sobre grupos profissionais*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, pp. 21-48.

CORREIA, José Alberto (1993) “Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 13 – 41.

CORREIA, Teresa Isaltina Gomes (1996), “Metodologias activas no ensino de enfermagem e educação de valores”. *Nursing*, nº 102, Ano 9, Julho/Agosto, pp. 28 - 29.

CANÁRIO, Rui, “Formação profissional: problemas e perspectivas de futuro”. *Forum*, nº 27, Jan-Jun, 2000, pp. 125-139.

CANDEIAS, António (Coord./Dir.) (2004), *Alfabetização e Escola em Portugal nos séculos XIX e XX – Os censos e as Estatísticas*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CARAPINHEIRO, Graça (2005), *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, 4ª ed., Porto: Edições Afrontamento.

CARPENTER, Mick (1993), “The subordination of nurses in health care: towards a social division approach” in RISKÁ, Elianne e WEGAR, Katarina, *Gender, Work and Medicine – Women and the medical division of labour*, London/ Newbury Park/ New Delhi: Sage publications, pp. 95-134.

CARVALHO, Rómulo (2008), *História do ensino em Portugal – desde a fundação da nacionalidade até ao fim do regime de Salazar-Caetano*, 4ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CATROGA, Fernando (1988), “O Laicismo e a Questão Religiosa em Portugal (1865-1911)”. *Análise Social*, vol. XXIV (100), (1.º), 211-273.

CHAPOULIÉ, Jean-Michel (1973), “Sur L’Analyse sociologique des groupes professionnels”. *Revue Française de Sociologie*, pp. 86 – 114.

CHARLOT, Bernard (2004), “Educação, Trabalho: problemáticas contemporâneas convergentes”. *Educação, Sociedade e Culturas*, nº 22, pp. 9-25.

CHARTIER, Roger (1995), “Diferenças entre os Sexos e Dominação Simbólica”. *Cadernos Pagu*, 4, pp. 37 - 47.

CHARTIER, Roger (2002) *A História cultural – entre práticas e representações*, Lisboa: Difel.

CHARTIER, Roger, *À beira da falésia – a História entre certezas e inquietudes*, Rio Grande do Sul: Editora da Universidade.

CLEGG, Stewart R. (1998), *As organizações Modernas*, Oeiras: Celta.

COLLIÈRE, Marie – Françoise (1989), *Promover a Vida – Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*, Lisboa: SEP.

COLLINS, Randall (1990), “Changing conceptions in the sociology of the professions” in TORSTENDAHL, Rolf e BURRAGE, Michael, *The Formation of Profession – Knowledge, State and Strategy*, London/Newbury Park/ New Delhi: Sage publications, pp. 11 - 23.

COVA, Anne (1997), *Maternité et Droits des femmes en France, XIX-XX Siècles*, Paris: Anthropos-Economica.

COVA, Anne e PINTO, António Costa (1997), “O Salazarismo e as mulheres: uma abordagem comparativa”. *Penélope – Fazer e desfazer a História*, nº 17, pp. 71 – 94.

COVA, Anne (2000), “Feminismos e maternidade entre as duas guerras em França – as ambiguidades e as divergências das feministas do passado”. *Faces de Eva*, nº 3, Lisboa: Edições Colibri/Universidade Nova de Lisboa, pp. 35-59.

CROZIER, Michel e FRIEDBERG, Erhard (1977), *L'Acteurs et le systeme*, éditions du seuil.

CRUZ, Manuel Braga da (1989), *Teorias Sociológicas – os fundadores e os clássicos (Antologia de textos)*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.) (2010), *Profissão e Vocação – Ensaio sobre grupos profissionais*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

DESHAIES, Bruno (1997), *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*, col. «Epistemologia e Sociedade», Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, Manuel Lopes (2009), “José Lopes Dias: Um testemunho” in HENRIQUES, Helder Manuel Guerra (Org.), *Penamacor – 800 Anos de História*, Edição da Câmara Municipal de Penamacor, pp. 253-257.

DUBAR, Claude (1997), *A Socialização – Construção das identidades Sociais e Profissionais*, Porto: Porto Editora.

DUBAR, Claude e LUCAS, Yvette (éds.), *Génese & Dynamique Des Groupes Professionnels*, Presses Universitaires de Lille.

DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), *Sociologie des Professions*, Paris : Armand Colin.

DUBAR, Claude (1993) “Formação, Trabalho e Identidades Profissionais” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 43 – 51.

ELIAS, Nobert (2005) *Introdução à Sociologia*, Lisboa: edições 70.

ERIKSON, Robert e JONSSON, Jan O., (1998), “Social origin as an interest-bearing asset: family background and labour-market rewards among employees in Sweden”. *Acta Sociologica*, Vol. 41, pp. 19 – 41.

ESCOBAR, Lucília (2004), *O Sexo das Profissões – Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*, Col. Biblioteca das Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento.

ESPINEY, Luísa d' (2003), “Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em Contexto de Trabalho” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 169 – 188.

ESPINEY, Luisa d' (2008), “Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos” *Sisífo. Revista de Ciências da Educação*, vol. 06, pp. 7 – 20 [Consultado em Maio de 2009 em <http://sisifo.fpce.ul.pt>].

ESTRELA, Albano, CANÁRIO, Rui e FERREIRA, Júlia (1996), *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*, Vol.I/II, VI Colóquio Nacional, Universidade de Lisboa, 17, 17 e 18 de Novembro de 1995.

ETZIONI, Amitai (1969), *The Semi-professions and their organisation*, New York: Free Press.

ETZIONI, Amitai (1990), *The Moral Dimension – Toward a New Economic*, New York/ London: The Free Press.

FERREIRA, António Gomes (2000), *Gerar, Criar e Educar*, Coimbra: Quarteto Editora.

FERREIRA, António Gomes (2008), “O sentido da Educação Comparada: Uma compreensão sobre a construção de uma identidade”. *Educação*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 124-138.

FERREIRA, F.A. Gonçalves (1990), *História Da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FERREIRA, José Medeiros (1994) (Coord.), *História de Portugal – Portugal em Transe*, Vol. VIII, Lisboa: Editorial Estampa.

FILIFE, Ana Rosário (2006), *Contribuição para o estudo dos periódicos de enfermagem: traços de perfil do enfermeiro na revista Servir (1952-1984)*, Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa [texto policopiado].

FLICK, U.(2004), *Introducción a la investigación cualitativa*, Col. «Educación crítica», Madrid: Ediciones Morata, S.L.

FOLGADO, Joaquim, (2006), *O lugar da ética e da auto-regulação na identidade profissional dos jornalistas*, Tese de doutoramento. Universidade do Minho.

FOUCAULT, Michel (1997), *A ordem do discurso*, Relógio de Água.

FOUCAULT, Michel (2005), *A Arqueologia do Saber*, Coimbra: Almedina.

FOUCAULT, Michel (2006), *Estratégia, Poder – Saber*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FOUCAULT, Michel (2006), *Vigiar e Punir – História da Violência nas Prisões*, 31ª edição, Petrópolis: Editora Vozes.

FOUCAULT, Michel (2010), *Nascimento da Biopolítica*, Lisboa: edições 70 (introdução de Bruno Mações).

FREIDSON, Eliot (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago/London: The University of Chicago Press.

FREIDSON, Eliot (1994), *Professionalism Reborn – Theory, Prophecy and Policy*, Cambridge: Polity Press.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção (2002), “A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa”. *Cadernos de Pesquisa*, nº 116, pp. 21-39 (Julho).

GIDDENS, Anthony (1997), *Modernidade e Identidade Pessoal*, 2ª. Ed., Oeiras: Celta editora.

GIDDENS, Anthony (2000) *Capitalismo e Moderna Teoria Social*, 5ª ed., Lisboa: Editorial Presença.

GUIMARÃES, Elina (1986), “A mulher portuguesa na legislação civil”. *Análise Social*, Vol. XXII (92-93), 3º-4º, pp. 557 – 577.

GOLDSTEIN, Jan (1984), "Foucault among the sociologists: the "disciplines" and the history of professions". *History and Theory*, (2), Vol. 23.

GOMES, Joaquim Ferreira (1995), *Para a História da Educação em Portugal – seis estudos*, Porto: Porto Editora.

GOMEZ GARCIA, Maria Nieves (ed.)et al, *Lecciones de Historia de la Educacion*, Col. «Alfar Universidad», Sevilla: Ediciones Alfar.

GONÇALVES, Carlos (2006), *Emergência e Consolidação dos Economistas em Portugal*, Porto: Edições Afrontamento.

GONÇALVES, Carlos (2007/2008), “Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento”. *Sociologia - Revista da Faculdade de Letras*, vol. 17/18, pp. 177 – 223.

GOODE, William (1957), “Community within a community: the profession”. *American Sociological Review*, 22 (1), pp. 194 - 200.

GOODSON, Ivor F., (1997), *A Construção social do currículo*, Lisboa: Educa.

GRÁCIO, Sérgio (1986), *Política educativa como tecnologia social – as reformas do ensino técnico de 1948 e 1983*, Lisboa: Livros Horizonte.

GRÁCIO, Sérgio (1997), “A mobilidade social revisitada”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 24, pp. 45 - 69.

GYAMARTI, G. K. (1975), “The doctrine of the professions: basis of a power structure”. *International Social Science Journal*, XXVII (4).

HABERMAS, Jurgen (1993), *Técnica e Ciência como «ideologia»*, Lisboa: edições 70.

HAECHE, Anne Van (1992) *A Escola à prova da sociologia*, Lisboa: Instituto Piaget.

HENRIQUES, Helder e HENRIQUES, Sara (2010), “O Hospital da Misericórdia de Castelo Branco em 1905: perspectivando a enfermagem”. *Cadernos de Cultura – A medicina da Pré-história ao século XXI*, Nº XXIV (Nov.), Castelo Branco, PP. 83-90.

HENRIQUES, Helder Manuel Guerra (2008), *O Professor do Ensino Liceal: Portalegre 1851-1963*, Coimbra: Palimage.

HENRIQUES, Helder Manuel Guerra (Org.) (2009), *Penamacor – 800 Anos de História*, Edição da Câmara Municipal de Penamacor.

HESPANHA, A.M. (1991) “A emergência da História”. *Penélope – Fazer e Desfazer a História*, nº 5, pp. 9 – 25.

HUGHES, Everett C. (1981), *Men and Their Work*, 2ª ed., Westport, Connecticut, Greenwood Press (1ª ed. 1958).

JENKINS, Keith (2004), *A História repensada*, São Paulo: Editora Contexto.

GIL, José (1997), “O corpo”. *Enciclopédia Einandi – Soma/Psique – corpo*, vol. 32, Lisboa: INCM.

JOHNSON, Terence (1972), *Professions and Power*, Londres: Macmillan.

LAJES, Maria Alcina Almeida (1996), “Formação Académica e Formação Profissional: um Novo Modelo – a “Formação em Alternância”” in ESTRELA, Albano, CANÁRIO, Rui e FERREIRA, Júlia (Orgs.), *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*, Vol. II, pp. 77-86.

LARSON, Magali Sarfatti (1979), *The Rise of Professionalism – a Sociological Analysis*, Berkeley/Los Angeles/London: University Of California Press.

LARSON, Magali, “A propôs des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d’essayer de tout dire”. *Sociologie Et Sociétés*, Vol XX, nº 2, 1988, pp. 23-40.

LESSARD-HÉRBERT, Michelle, GOYETTE, Gabriel e BOUTIN, Gérald (1994), *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, col. «Epistemologia e Sociedade», Lisboa: Instituto Piaget.

LONGUENESSE, Elisabeth (1994), “Introduction (Atelier 2 – État, Institutions, pouvoirs et professions liberales)” in DUBAR, Claude e LUCAS, Yvette (éds.), *Génese*

& *Dynamique Des Groupes Professionnels*, Presses Universitaires de Lille, pp. 129 – 145.

MACDONALD, Keith (1999), *The Sociology of the Professions*, 2º ed., London/Thousand Oaks/ New Delhi: Sage.

MACKAY, Lesley (1998), “Nursing: will the idea of vocation survive?” in ABBOTT, Pamela e MEERABEAU, *The Sociology of the Caring Professions*, London/ New York: Routledge, pp. 54 - 72.

MALGLAIVE, Gérard (2003), “Formação e Saberes profissionais: entre a teoria e a prática” in CANÁRIO, Rui (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª ed., Porto: Porto Editora, pp. 53 – 59.

MARQUES, Fernando Moreira (2003), *Os Liceus do Estado Novo – Arquitectura, Currículo e Poder*, Lisboa: Educa.

MARQUES, Maria Mendes e COSTA, Maria Varandas da (2003), “50 anos de evolução do ensino de enfermagem 1886 – 1930”. *Sinais Vitais*, nº 47, Março, pp. 21 – 24.

MARQUES, Maria Mendes e COSTA, Maria Varandas da (2005), “O Papel da escola na evolução do ensino de enfermagem 1886-1930”. *Servir*, Vol. Nº 53 – nº 5, pp. 226 - 234.

MARTINS, Ismael (1982), *Escola de Enfermagem do DR. Lopes Dias – Subsídios para uma História*, Castelo Branco.

MATOS, Sérgio Campos (1990), *História, Mitologia, Imaginário Nacional – A História no Curso dos Liceus (1835-1939)*, Lisboa: Livros Horizonte.

MATTOSO, José (2002), *A Escrita da História*, Mem Martins: Círculo de Leitores.

MENDES, José M. Amado (1987), *A História como Ciência – Fontes, Metodologia e Teorização*, Coimbra: Coimbra editora.

MENGER, Pierre-Michel (2003), “Les Professions et Leurs Sociologies – Modèles Théoriques, Catégorisations, Évolutions”. *Actes du Colloque de La Société Française de Sociologie* (Paris, Octobre, 1999), Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l’homme.

MOGARRO, Maria João (2001), *A Formação de Professores no Portugal Contemporâneo: a Escola do Magistério Primário de Portalegre*, Tese de doutoramento apresentada à Universidad de Extremadura/Universidade de Lisboa.

MOGARRO, Maria João e MARTINEZ, Silvia Alicia (2009), “Unprotected girls and teacher training in Portugal in the second half of the nineteenth century”. *Paedagogica Histórica*, 45:1, pp. 117 – 128.

MÓNICA, M. Filomena (1972), *Escola e Classes Sociais (antologia)*, Col. «Análise Social», Lisboa: Editorial Presença/ Gabinete de Investigações Sociais.

MÓNICA, Maria Filomena (1978), *Educação e sociedade no Portugal de Salazar*, Lisboa: Editorial Presença/Gabinete de Investigações Sociais.

MÓNICA, Maria Filomena (1980), “Ler e poder: debate sobre a educação popular nas primeiras décadas do século XX”. *Análise Social*, Vol. XVI (63), 3º, pp. 499-518.

MORIN, Edgar (2002), *Os sete saberes para a educação do futuro*, Lisboa: Instituto Piaget.

MOZZICAFREDDO, Juan (1992), “O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 12, pp. 57 – 89.

NOGUEIRA, Manuel (s.d.), *História da Enfermagem*, Edições Salesianas.

NÓVOA, António (1987), *Le Temps des Professeurs – Analyse Socio-Historique de la Profession enseignante au Portugal (XVIIIe-XXe siècle)*, 2 Vols., Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

- NÓVOA, António (1995), *Profissão Professor*, 2ª ed., Porto: Porto Editora.
- NÓVOA, A. (1992), “ A Educação Nacional” in ROSAS, Fernando, *Nova História de Portugal – Portugal e o Estado Novo 1930-1960*, Vol. XII, Lisboa: Editorial Presença.
- NÓVOA, António (dir.) (1993), *A Imprensa de Educação e Ensino. Repertório Analítico (Séculos XIX-XX)*, Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.
- NUNES, Ana Bela (1991), “A evolução da estrutura, por sexos, da população activa em Portugal – um indicador do crescimento económico (1890 – 1981)”. *Análise Social*, Vol. XXVI (112-113) (3º-4º), 707 - 722.
- NUNES, Lucília Rosa Mateus (2003), *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881- 1998)*, Loures: Lusociência.
- Ó, Jorge Ramos do (2003), *O Governo de Si Mesmo. Modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno liceal (ultimo quartel do século XIX – meados do século XX)*, Lisboa: Educa.
- OLGIATI, Vittorio, ORZACK, Louis e Saks, Mike (Editors) (1998), *Professions, Identity, and order in comparative perspective*, Onati: The International Institute for the sociology of law.
- PARASKEVA, João (2007), *Ideologia, Cultura e Currículo*, Lisboa: Didáctica Editora.
- PATRIARCA, Fátima (1995), *A questão social no Salazarismo*, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui (1996), «Ciência e Medicina: a revolução pasteuriana». *Congresso Comemorativo do IV Centenário do Hospital do Espírito Santo de Évora – Actas*, Évora: Hospital do Espírito Santo de Évora, pp. 245-271.
- PEREIRA, Fernando (2010), “Gerontólogo: Motivações e escolhas na construção de uma nova profissão” in DELICADO, Ana, BORGES, Vera e DIX, Steffen (Orgs.),

Profissão e Vocação – Ensaio sobre grupos profissionais, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, pp. 97 e 98.

PETITAT, André (1982), *Production de L'École – Production de la société – Analyse socio-historique de quelques moments décisifs de l'évolution scolaire en Occident*, Paris/Genève: Librairie DROZ.

PETITAT, André (1989), *Les Infirmières. De la vocation à la profession*, Quebec : Boreal.

PIMENTEL, Irene (1999), “A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40”. *Análise Social*, Vol. XXXIV (151-152) (2º-3º), pp. 477 – 508.

PIMENTEL, Irene (1999), “As mulheres no Estado Novo e as organizações femininas estatais” in COVVA, Anne e SILVA, Maria Beatriz Niza da (Org.), *As Mulheres e o Estado*, col. Estudos Pós-Graduados, Lisboa: Universidade Aberta.

PIMENTEL, Irene Flunser (2001), *História das Organizações Femininas no Estado Novo*, Lisboa: Temas e Debates.

PINTASSILGO, Joaquim António de Sousa (1996), *A Educação cívica nas escolas primárias da 1ª República Portuguesa (1910-1926)*, vol.I/II, Tesis doctoral apresentada à Facultad de Educación da Universidade de Salamanca.

PINTO, José Madureira (1991), “Considerações Sobre a Produção Social de Identidade”. *Revista Critica de Ciências Sociais*, Coimbra: Centro de Estudos Sociais, pp. 217 - 231.

PINTO, José Madureira (1991), “Escolarização, Relação com o Trabalho e Práticas Sociais” in STOER, Stephen R. (Org.), *Educação, Ciências Sociais e Realidade Portuguesa – Uma abordagem Pluridisciplinar*, Porto: Edições Afrontamento, pp. 15-32.

PITA, João Rui (1996), *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772 – 1836)*, «Col. Minerva Historica», Coimbra: Minerva Editora.

POIRRIER, Philippe (2004), *Les enjeux de l'histoire culturelle*, Espagne: editions du Seuil.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1998), *Manual da Investigação em Ciências Sociais*, 2ª ed., Lisboa: Gradiva.

RAMIÓ JOFRE, Anna (2005), *Valores y actitudes profesionales – Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*, Tesis doctoral apresentada ao Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona.

RAMSEY, Matthew (1988), *Professional and Popular Medicine in France 1770-1830*, Cambridge: Cambridge University Press.

Relatório 50 AR1 – Ofício nº 233/54 em papel timbrado da Escola de Enfermagem Artur Ravara, de 21 de Julho de 1954, dirigido ao Sr. Inspector Chefe da Assistência Social, pelo Director da EEAR – Dr. Luís Adão. Citado a partir de AMENDOEIRA, José (2006), *Op. cit.* pp. 432.

RESENDE, José Manuel (2003) *O Engrandecimento de uma Profissão: os professores do ensino secundário público no Estado Novo*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/MCTES.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e Tratar – Formação em Enfermagem e desenvolvimento Sócio-Moral*, Lisboa: Educa/SEP.

RICOEUR, Paul (1996), *Teoria da Interpretação*, Lisboa: edições 70.

RISKA, Elianne e WEGAR, Katarina (1993), *Gender, Work and Medicine – Women and the medical division of labour*, London/ Newbury Park/ New Delhi: Sage publications.

RODRIGUES, Maria de Lurdes (1999), *Os engenheiros em Portugal – Profissionalização e Protagonismo*, Oeiras: Celta Editora.

RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões*, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora.

ROSAS, Fernando (1994) (Coord.), *História de Portugal – O Estado Novo*, Vol. VII, Lisboa: Editorial Estampa.

ROSAS, Fernando, BRITO, J.M. Brandão de (Dir.) (1996), *Dicionário de História do Estado Novo*, Vol. II, Venda-nova: Bertrand Editora, pp. 913-923.

SAINT-GEORGES, Pierre de (1997), “Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político” in ALBARELLO, Luc et al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

SAKS, Mike (1983), “Removing the Blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of professions”. *The Sociological Review*, vol. 31 (1).

SANTOS, Boaventura de Sousa (1993), “Modernidade, Identidade e a Cultura de Fronteira”. *Revista Critica de Ciências Sociais*, nº 38, Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra/Centro de Estudos Sociais, pp. 11 – 39.

SCHNAPPER, Dominique (2003), “Les Expériences Vécues dans Quelques Métiers de L'État Providence” in MENGER, Pierre-Michel (Dir.), “Les Professions et Leurs Sociologies – Modèles Théoriques, Catégorisations, Évolutions”. *Actes du Colloque de La Société Française de Sociologie* (Paris, Octobre, 1999), Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'homme, pp. 199 - 216.

SCOTT, Jonh (2007), “Power, Domination and Stratification – Towards a conceptual synthesis”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 55, pp. 25-39.

SERRA, Miguel Nunes (2008), “Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem”. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, nº 5, pp. 69 – 80. [Consultado em Janeiro de 2009 em <http://sisifo.fpce.ul.pt>].

SILVA, Abel Paiva e (s.d.), “Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina”. *Servir*, nº ?, pp. 11-20.

SILVA, Ana Isabel (2008), *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

SILVA, Ana Maria Costa e (2004), “Percurso de Formação e Identidade (s): um estudo junto de assistentes sociais”. *CIED*, 573-588 (<http://hdl.handle.net/1822/572> consultado em 24 de Março de 2009).

SILVA, Ana Maria Carneiro da Costa e (2005), *Formação e Construção de Identidades – Um estudo de caso centrado numa equipa multidisciplinar*, Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho: Braga.

SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (Orgs.) (1986), *Metodologia das Ciências Sociais*, Col. «Biblioteca das Ciências do Homem», Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Tomaz Tadeu da (2000), *Teorias do Currículo – uma introdução crítica*, vol. 2, Porto: Porto Editora.

SOARES, Maria Isabel (1997), *Da Blusa de Brim à Touca Branca – Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*, Lisboa: Educa/Associação Portuguesa de Enfermeiros.

STOER, Stephen R. (Org.), *Educação, Ciências Sociais e Realidade Portuguesa – Uma abordagem Pluridisciplinar*, Porto: Edições Afrontamento.

STOER, Stephen R. e ARAÚJO, Helena Costa (1999), *Escola e aprendizagem para o trabalho num país da (semi) periferia europeia*, Porto: Edições Afrontamento/ Instituto de Inovação Educacional.

TAVARES, David (2007), *Escola e Identidade Profissional – O caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*, Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.

TAVARES, David (2008), “Identidade, socialização e processo de profissionalização – contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia”. *Sisífo. Revista de Ciências da Educação*, Vol. 06, pp. 35-44. [Consultado em Janeiro de 2009 em <http://sisifo.fpce.ul.pt>].

THÉVENOT, Laurent (1984), “Rules and implements: investment in forms”. *Social Science Information*, 23, pp. 1-45.

TORSTENDAHL, Rolf (1990), “Introduction: promotion and strategies of knowledge-based groups” in TORSTENDAHL, Rolf e BURRAGE, Michael, *The Formation of Profession – Knowledge, State and Strategy*, London/Newbury Park/ New Delhi: Sage publications, pp. 1 - 10.

ROSAS, Fernando (1994) (Coord.), *História de Portugal – O Estado Novo*, Vol. VII, Lisboa: Editorial Estampa.

TORSTENDAHL, Rolf e BURRAGE, Michael (Orgs.) (1990), *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*, Londres: Sage.

VEIGA-NETO, Alfredo (2004), *Foucault & a Educação*, 2ª ed., Belo Horizonte: Autêntica.

VEYNE, Paul (1988) “O Individuo atingido no coração pelo poder público” in AAVV, *Individuo e Poder*, Lisboa: Edições 70.

WALBY, Silvia (1989), “Theorizing Patriarchy”. *Sociology*, 23 (2), pp. 213-234.

WALBY, Silvia (1990), *Theorizing Patriarchy*, Oxford: Basil Blackwell.

WALBY, Sylvia e GREENWELL, June et al., (1994), *Professions in a Changing Health Service*, London/ Thousand Oaks/ New Delhi: Sage Publications.

WATTS, Ruth (2007), “Whose Knowledge? Gender, Education, Science and History”. *History of Education*, 36: 3, pp. 283 – 302.

CROOK, David (2007), "Education, Health and Social Welfare". *History of Education*, 36: 6, pp. 651-657.

WEBER, Max (2005), *Conceitos Sociológicos Fundamentais*, Lisboa: edições 70.

WITZ, Anne (1992), *Professions and Patriarchy*, London/New York: Routledge.