

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

CAROLINA MAÍRA GOMES MORAIS

ESTADO COLONIAL PORTUGUÊS E MEDICINAS AO SUL DO SAVE

MOÇAMBIQUE (1930-1975)

Rio de Janeiro
2014

CAROLINA MAÍRA GOMES MORAIS

ESTADO COLONIAL PORTUGUÊS E MEDICINAS AO SUL DO SAVE

MOÇAMBIQUE (1930-1975)

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadores: Profa. Dra. Ana Cristina Roque

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol

Rio de Janeiro
2014

CAROLINA MAÍRA GOMES MORAIS

ESTADO COLONIAL PORTUGUÊS E MEDICINAS AO SUL DO SAVE

MOÇAMBIQUE (1930-1975)

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tânia Pimenta Salgado (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Dr. Marcelo Bittencourt Ivair Pinto (Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense)

Suplentes:

Prof. Dra. Magali Romero Sá (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Dr. Alexsander Lemos de Almeida Gebara (Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense)

Rio de Janeiro
2014

A Franklin Sousa (*in memoriam*),
pelo amor-amigo.

À minha avó Ubiracina,
pela inspiração cotidiana.

AGRADECIMENTOS

Ao som do caxambu, ngoma e candogueiro o jongo avisou-me: “Lá no canto tem um velho, esse velho diz assim: caminho que tem espinhos lá no fim tem um jardim!”

O caminho, que já se sabia difícil, não foi percorrido na solidão. Tocando os tambores agradeço, aqui, à todos que caminharam de mãos dadas comigo.

Aos meus orientadores, Ana Cristina Roque e Jaime Larry Benchimol. Ana, agradeço por incentivar e amparar este trabalho e confiar nele, mesmo antes de termos nos conhecido pessoalmente. Suas pertinentes orientações permitiram que a pesquisa incorporasse bibliografia e fontes fundamentais, e colocou-me em contato com diversos pesquisadores. Jaime, na primeira reunião olhou-me com ar trocista a perguntar se eu estava a estudar a *cannabis*. O primeiro contato podia ter se revelado assustador mas não haveria esta pesquisa sem o seu decisivo apoio. O fazer desta pesquisa foi mediado pelo orientador que se tornou amigo, e que com abraços e broncas fez minha pesquisa alçar voos que não imaginava possíveis. Agradeço, sobretudo, a confiança a mim dedicada, *J'aime* Benchimol.

À Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde - aos professores, bibliotecários e à equipe administrativa - agradeço pelo estimulante espaço de debate e pelo acolhimento ao longo destes dois anos. A bolsa concedida pela CAPES tornou o trabalho viável, e a isso sou grata também.

Aos colegas de sala de aula, axé... pois o curso de mestrado não teria o mesmo significado sem o café do Denis no intervalo, sem as ideias do Luciano, sem a risada da Erika, sem a ironia da Elisa, sem o charme da Palmira, sem a retórica do Douglas, sem a eletricidade do Rodrigo, sem a eficiência da Marcely, sem o silêncio da Ede, sem a energia da Dani, sem as preocupações coletivas da Naiara, sem o abraço da Rachel... Aos amigos do doutorado/2012, também estendo meus agradecimentos, pelas discussões em sala e pelas noites de quinta-feira.

Um abraço carinhoso aos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, Ana Beatriz de Sá Almeida, Maria Rachel de Gomensoro Fróes da Fonseca, Robert Wegner, Magali Romero Sá, Luiz Antonio da Silva Teixeira, Tânia Salgado Pimenta, que, de diferentes maneiras, apoiaram-me neste processo.

Agradeço aos professores com quem travei contato e que dispuseram de seu tempo para me ajudar a pensar esta pesquisa de diversos ângulos: Marcelo

Bittencourt, Eugénia Rodrigues, Augusto Nascimento, Valdemir Zamparoni, Fernanda Thomaz, Vitor Luís Gaspar Rodrigues, Maria Paula Meneses, Michel Cahen, Joel Tembe, Claudia Castelo, José Luís Doria e Isabel Amaral.

Em nome da bibliotecária da Sociedade de Geografia de Lisboa, Helena Grego, cuja atenção e graciosidade ímpares facilitaram o trabalho de arquivo. Sou grata a todos funcionários dos arquivos e bibliotecas por onde passei.

António Rita-Ferreira (*in memoriam*) que aos 92 anos recebeu-me em sua casa, partilhou suas lembranças, esclareceu dúvidas e deu-me um conjunto de fotografias, algumas das quais constam desta dissertação.

Sou grata ao escritor Mía Couto, através de sua obra literária, aproximou-me de Moçambique.. Fez uma leitura preliminar de meu projeto de pesquisa e levantou indagações importantes para que eu chegasse aos resultados ora apresentados.

Gratidão aos amigos que tornaram o caminho menos espinhoso com debates incisivos, risos constantes e chocolates necessários: Maria Copeto, Elaine Ribeiro, Juliana Bevilacqua, Iolanda Vasile, Mario e Cristina, Cândida, Rui, Marisa e Alcides, Raquel e Emanuel, Guida, D. Blitilde e S. Leonel, stor Francisco Luís Parreira. Os caminhos da pesquisa levaram-me ao mirador da Graça, ao Botequim da Natália, à rua Senhora da Glória... Seriam apenas lugares não fossem as pessoas transformadoras com as quais convivi.

Estas não seriam relações possíveis sem o apoio incondicional de minha anfitriã portuguesa, Maria Manuel Quintela, cuja amizade muito estimo.

Estendo meus agradecimentos aos amigos com os quais dividi sonhos e que me aturaram nos momentos mais ranzinzas: Bárbara Damasco, Mário Neto, Deley de Acari, Evelin Reginaldo, Daniele Ferreira, Franklin Sousa (*in memoriam*), Debora Moreira, José Flávio Soares, Priscila dos Santos, Érika de Aquino, Bruno Thomaz, Felipe Vieira, Lucas Lolli, Maitê Freitas, André Lacê, Renata da Luz, Sanurah Jhones, Rafael Goulart, Bacari Seid e Diego Dias.

A minha avó Ubiracina dedico este trecho lúdico, escrito após minha chegada em Lisboa:

Da última vez que um parente meu e de minha avó Ubiracina atravessou o Atlântico as condições foram terríveis, para dizer o mínimo. Ele foi arrancado de sua família, vendido por conterrâneos, colocado num navio lotado e chegou ao Brasil na condição de não-humano. Atravessei esse mesmo oceano. Na classe *voyager* da Air

France pedi: “*Une champagne s’il vous plaît, madame*”. E brindei! Aos anjos, orixás e santos. Brindei a minha tataravó, que apanhava no tronco, a Corina, minha bisavó, que fugiu de um quilombo, ao meu tio-bisavô, trabalhador do porto do Rio de Janeiro e capoeirista da Gamboa; brindei a minha avó, que me faz herdeira dos antepassados e me ajuda a viver no presente-futuro. Senti-me parte da ponta do iceberg da revolução negra dos corações coloridos, revolução esta que inclui idas e vindas de negros, ainda pobres, sobre mares e terras alheias, mas revolução não é só ir-e-vir. Como diz minha mãe, esta é uma revolução histórica-cultural-política-social-econômica. Então, brindei à revolução e saúdo a revolução! “*Un peu plus de champagne s’il vous plaît madame, aujourd’hui est un jour de fête, La vie est une fête, madame.*” disse ainda à aeromoça na ocasião da viagem.

Agradeço em especial à ‘célula’ Enrico Raíra, Emmanuele Uereaua, Ilaiale e Francisco. Raíra e Uereaua garantiram minhas melhores risadas; mãe Lalá, avisa e pai Chico, cura. Família sem a qual meu caminhar seria muito mais difícil. Pelas broncas, piadas constantes e chazinhos aliviadores, que ao fim foram imprescindíveis.

Àquele que me concede tempos em ciclos e força na alegria, obrigada Deus.

Os meandros de um trabalho de pesquisa trazem experiências acadêmicas, mas ultrapassam os muros das universidades e arquivos e fazem morada no âmago daquele que se pretende pesquisador. Sou grata pelas experiências que me levaram para fora da ‘torre de marfim’.

A bem ou a mal, no último carnaval acompanhou-me a melodiado “rá rá rá rá rá rá rá do Lepo Lepo” que às nove horas da manhã desafiava-me a continuar a escrever. Além deste desafio, produções artísticas que me arrancaram da torre forjaram-me idéias.

Quando LucienFebvre(1989) criticou a ideia de escrevinhar história a partir de uma torre de marfim, ele mostrou que este fazer, a pesquisa, estava relacionado a todas as outras atividades sociais do pesquisador. Assim, devo mencionar três peças à teatrais, dois filmes e um livro que alçaram as ideias acadêmicas a voos lúdicos. *O doente imaginário* do dramaturgo Molière, interpretado pelo português Jorge Pinto e encenado pelo angolano Rogério de Carvalho: o texto e a interpretação que provocaram risos ao colocar em cena a medicina e suas terapêuticas no século XVII levou-me a devaneio sobre a crença na medicina. *O papalagui*, texto do alemão Eric

Scheurmann, interpretação de Habib Dembélé e encenação de Hassane Kassi Kouyaté, ambos malineses: a narrativa do viajante samoano Tuiavii sobre a civilização europeia suscitou em mim reflexões acerca da nossa sociedade, causando salutar estranhamento ante práticas habituais. Por último, *Tempo e espaço: os solos da marrabenta* coreografado e interpretado pelo moçambicano Panaibra Gabriel Canda. A partir de movimentos corporais mesclados com pequenas falas e trechos musicais, o artista questiona as identidades outorgadas aos moçambicanos. Percorrendo do período colonial à atualidade, o personagem indaga: “Sou um bitonga, português, comunista e democrata. Não, sou um bitonga comunista. Não, sou um comunista, português, democrata. Não, sou um bitonga português. Não, sou um bitonga democrata. Não, sou um comunista democrata. Não, sou um democrata comunista”. Ao confirmar a impossibilidade de uma categorização política sobre o indivíduo, o personagem conclui: “Sou um corpo, humano”. Ao pensar as categorias imputadas aos indivíduos e as reações destes no que tange aos cuidados com o corpo, esta peça teatral fartou-me de elementos para reflexões.

O filme *Dansa als Espirtits* (2009) conta a história de Mba Owona Pierre, chefe de aldeia e médico tradicional no Camarões. Com imagens do cotidiano de Mba Owona, o documentário espanhol registra um ritual de cura, que liberta uma jovem de feitiçaria. O filme levou-me a refletir sobre a associação entre doença e feitiçaria na medicina tradicional em Moçambique, associação que ultrapassa os limites do território de Moçambique ou mesmo da África Austral, e também os limites temporais de meu trabalho de pesquisa, ocorrendo até o presente.

Outro documentário, *As bruxas de Gambaga*(2010), trouxe questões gerais sobre meu trabalho. Conta a história de mulheres em Gana que, acusadas de feitiçaria, são expulsas de suas casas. Em geral são viúvas e idosas, portanto um peso para a economia familiar, e por este motivo são expulsas sob pretexto de bruxaria. Como em Moçambique era o médico tradicional o responsável por verificar e punir quem havia cometido determinada feitiçaria. Este documentário sul-africano instigou-me a pensar a relação entre médicos tradicionais, feiticeiros, gênero e vida social. O tempo de que dispus para a pesquisa de mestrado não me permitiu dar conta dessas questões, mas tê-las em mente ajudou a pensar o que pude escrever sobre meu tema.

Por fim cito o principal romance de Mia Couto, cujas sugestões de reflexão iniciam-se logo pelo título. *Venenos de Deus, remédios do Diabo: as incuráveis vidas de Vila Cacimba* passa-se em uma pequena povoação em Moçambique, em décadas posteriores ao período colonial. Abordando as relações entre um médico português e um casal moçambicano, o romance debruça-se sobre passado e presente mesclando ciência, saúde e espíritos. A personagem que proporciona o contato entre o médico e o casal não está presente nas ações no romance, mas seu papel central desloca o leitor a perceber que o inexplicável também explica, numa sociedade que assim o aceita. O livro de Mia Couto tece a trama baseada no conflito de ideias científicas e tradicionais, não as opondo mas colocando-as em contato. Não por acaso pequenos fragmentos do romance constam nas epígrafes dos capítulos da presente dissertação.

O caminho que me levou a ela foi transpassado por todos os apoios, amigos e artes citados aqui. A eles agradeço por formarem parte do sonho que me constitui.

Há saberes que estão para além do entendimento.

Mia Couto

RESUMO

O presente trabalho busca olhar o colonialismo português pelas lentes da saúde no território de Moçambique e reconhecer a diversidade de conhecimentos acerca da saúde em Moçambique no período colonial. Busco perceber a existência de diferentes relações entre os atores representantes do colonialismo e os praticantes da medicina tradicional, entretanto considero que estas relações passaram por proibições e distanciamento e neste sentido busco perceber a prática da medicina tradicional no contexto colonial também forma resistência das populações moçambicanas frente ao colonialismo português. Através da análise destas relações entre medicina oficial e medicina tradicional procuro refletir sobre como diferentes racionalidades convivem ou excluem-se, enfatizando as dificuldades em lidar com os modos de pensamento e conhecimento do ‘outro’ construído a partir de relações coloniais.

De modo geral esta dissertação pretende colaborar com uma compreensão do passado colonial em Moçambique que ajude a identificar os problemas atuais como frutos de um processo histórico, entendendo a história como uma maneira de olhar o passado e o presente e a possibilidade de interferir em ambas as margens deste rio chamado tempo. Para isto faz necessário observar a história da ciência e da saúde não somente a partir dos benefícios proporcionados, mas também das suas demais consequências para a sociedade.

Palavras-chave: medicina tradicional, medicina tropical; Serviços de Saúde; colonialismo; Moçambique.

ABSTRACT

This study aims to look at the Portuguese colonialism through the lens of health on the territory of Mozambique and recognize the diversity of knowledge about health in Mozambique during the colonial period . Seeking to realize the existence of different relationships between actors and representatives of colonialism practitioners of traditional medicine , however I believe that these relations underwent prohibitions and seek detachment and this sense perceive the practice of traditional medicine in the colonial context also forms of resistance Mozambican populations across Portuguese colonialism. Through the analysis of relationships between mainstream medicine and traditional medicine attempt to think about how different rationalities coexist or exclude themselves, emphasizing the difficulties in dealing with modes of thought and knowledge of the 'other' built from colonial relations.

Overall this dissertation intends to collaborate with an understanding of the colonial past in Mozambique to help identify current problems as the fruits of a historical process , understanding the story as a way of looking at the past and present and the possibility of interfering with both sides of this river called time. For this is necessary to observe the history of science and health not only from the benefits provided, but also of its other consequences for society .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de quadros:

Quadro 1 – Instalações de saúde do distrito de Lourenço Marques, divididas por subdelegações – ano de 1933.....	58
Quadro 2 – Instalações de saúde do distrito de Gaza, divididas por subdelegações – ano de 1933.....	58
Quadro 3 – Instalações de saúde do distrito de Inhambane, divididas por subdelegações – ano de 1933.....	59
Quadro 4 – Subdelegações elevadas a categoria de delegacias saúde.....	60
Quadro 5 – Tabela comparativa feita por António Rita-Ferreira.....	96

Lista de figuras:

Figura 1 – Higiene - Ilustração divulgada pelo Gabinete de Acção Psico-Social.....	71
Figura 2 – Feiticeiro - Ilustração divulgada pelo Gabinete de Acção Psico-Social.....	72

Lista de fotografias:

Fotografia 1 – Médico tradicional deitando o tilholo.....	108
---	-----

Lista de mapas:

Mapa 1 – Território da colônia de Moçambique.....	17
---	----

LISTA DE SIGLAS

AMETRAMO – Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

ANTT – Arquivo Nacional da Torre do Tombo

AHU – Arquivo Histórico Ultramarino

RGPL – Real Gabinete Português de Leitura

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

ISANI – Inspeção Superior Administrativa dos Negócios Indígenas

ISAU – Inspeção Superior Administrativa Ultramarina

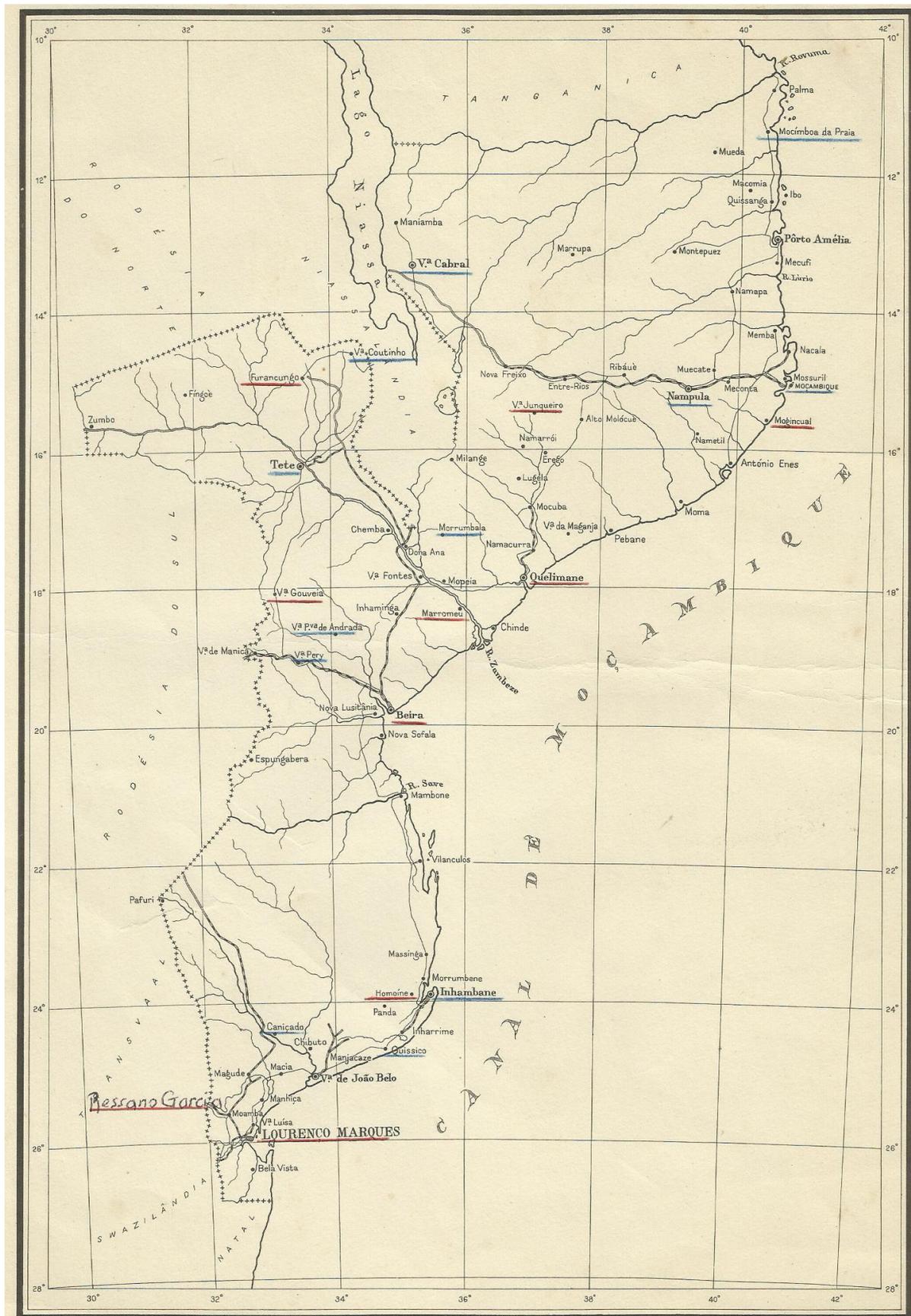
SCCIM – Serviço de Centralização e Coordenação de Informações de Moçambique

SGL – Sociedade de Geografia de Lisboa

WLNA - Witwatersrand Native Labour Association

SUMÁRIO

Introdução	18
Capítulo 1- Saúde como política colonial.....	33
1.1 – O conceito de missão civilizadora e o conceito de indígena	36
1.2 – Medicina tropical: saúde como política.....	44
1.3 – Estruturas e funcionamento dos Serviços de Saúde da Colônia de Moçambique.....	49
Capítulo 2 – A “assistência aos indígenas” nos Serviços de Saúde.....	66
2.1 – Política e antropologia nas campanhas de educação sanitária.....	67
As ciências humanas na saúde e no governo colonial.....	73
2. 2 – Trabalho migratório e saúde.....	78
A atuação dos Serviços de Saúde junto aos trabalhadores.....	84
Capítulo 3 – O outro lado da saúde: a medicina tradicional.....	95
3.1 – Relatos etnográficos sobre a medicina tradicional.....	101
Descrições de um processo de cura.....	106
3.2 – O médico tradicional na vida social: o caso dos ritos de circuncisão.....	110
3.3 – Vozes dissonantes: aproximações, distanciamentos e proibições.....	118
3.4 - Um consenso: aproveitamento farmacêutico das plantas nativas.....	130
Considerações finais.....	135
Referências.....	142
Fontes.....	142
Bibliografia.....	151
Anexos.....	156



Mapa 1 - Território da colônia de Moçambique. Ano 1954.

Introdução

Esta pesquisa tem por objetivo compreender as relações entre o Estado Colonial Português, principalmente através do órgão Serviços de Saúde, e a medicina tradicional na província do Sul do Save entre as décadas de 1930 a 1970. O rio Save é um dos quatro principais rios que cortam o território de Moçambique na horizontal, fluindo do interior do continente africano em direção ao oceano Índico. Representa, assim, o Save importante marco da divisão político do espaço geográfico colonial. Em 1935, o território de Moçambique foi dividido em três províncias: Niassa, Zambézia e Sul do Save¹. O recorte geográfico do presente projeto é o território da província do Sul do Save, subdividida nos distritos de Lourenço Marques, Inhambane e Gaza.

Para a análise nessa região das relações entre Estado Colonial Português e medicina tradicional considero relevante observar alguns eventos marcantes como: publicação do Ato colonial (1930), a Carta Orgânica do Império Colonial Português(1933), a Reforma Administrativa Ultramarina(1930), as leis laborais da colônia, e o aumento do investimento do estado colonial português na área da saúde.

Neste trabalho é considerado marco inicial do colonialismo português em Moçambique a Conferência de Berlim² finda em 1895, que definiu as possessões portuguesas. Apesar de haver relações anteriores dos portugueses com as populações da costa oriental da África, estas relações eram de caráter mercantis e restritas ao litoral. A partir de 1885, Portugal passou a uma ocupação e administração efetiva do território de Moçambique³.

De 1860 a 1920, Moçambique foi palco das chamadas guerras de pacificação, assim denominadas pelo Estado Colonial Português. Eram incursões militares que buscavam submeter as populações moçambicanas ao domínio colonial.⁴

Ainda no século XIX, o território de Moçambique esteve sob domínio de companhias comerciais com capital estrangeiro, como a companhia do Niassa e a de Moçambique. A estas companhias privadas coube à administração, pacificação e desenvolvimento da maior parte de Moçambique, compreendendo todo território ao norte do rio Save, permanecendo sob administração direta do governo português o sul de Moçambique. Apenas a partir da década

¹ NEWITT: 1997, p 395.

² Embora a Conferência de Berlim marque o momento oficial do início da colonização, vale ressaltar que para a dominação portuguesa sobre territórios na África Austral o principal marco foi a conquista, pelos portugueses, do Império de Gungunhama, o que facilitou o domínio sobre os povos de Moçambique.

³ MATOS:2006, p.55.

⁴ NEWITT: 1997, p.337, 334,.352; PELLISSIER:2003, vol. I, p.198-2000

de 1930, o governo português retomou a administração direta do centro e norte de Moçambique⁵.

A população de colonos portugueses cresceu a partir da década de 1930 em consequência do fim das guerras de pacificação e da intensificação das relações comerciais com a África do Sul. Nesse mesmo período, Moçambique começou a ser importante exportadora de mão-de-obra para as minas sul-africanas, participando também, através de ferrovia articulada ao porto de Lourenço Marques, do escoamento de sua produção para os mercados externos. Entre os anos de 1928 e 1935, a população europeia em Moçambique passou de 17.842 para 23.131 habitantes, segundo o *Anuário Estatístico de 1973*⁶. O aumento de portugueses em território moçambicano a partir dos anos 1930 redundou no afastamento de uma elite africana estivera até então presente na administração colonial. Os recém-chegados ocupavam os postos de comando da administração colonial e também os cargos menores na estrutura social da colônia, como escriturários, mecânicos, fiéis de armazém etc. O aumento de portugueses, brancos, nos diversos cargos disponíveis na colônia limitava as oportunidades de participação na vida social e política da elite moçambicana, formada por negros e mestiços. Esta elite viu sua posição declinar principalmente a partir da década de 1930.⁷

A história de Moçambique no século XX entrelaça-se com a de Portugal. Assinalo então algumas transformações na metrópole que repercutiram no território colonial, como as novas orientações econômicas e políticas decorrentes da instalação da ditadura salazarista, o chamado Estado Novo, regime político autoritário que vigorou em Portugal desde a aprovação da Constituição de 1933 até a sua derrubada pela Revolução de 25 de Abril de 1974. Já em 1926, com a ocupação do cargo de primeiro ministro por Antônio Salazar começou a ser repensada a política portuguesa voltada para as suas colônias. A publicação do Acto Colonial em 1930 deu início a esta reestruturação. O ano de 1933 é tido pela bibliografia consultada como ponto de inflexão na política colonial portuguesa, e isso se deve principalmente à Lei da Reforma Ultramarina e à Carta Orgânica, promulgadas então, que modificaram a administração dos territórios coloniais portugueses.

⁵ NEWITT:1997, p.330-334; PELLISSIER:2000, v.I, p.173.

⁶ NEWITT: 1997, p.411. E entre a população aí identificada como europeia, podemos supor que a maioria era constituída de portugueses.

⁷ NEWITT: 1997, p.385.

Justifico-se assim a escolha da década de 1930 como recorte temporal inicial da presente dissertação de mestrado, o que não impede remissões a eventos anteriores quando necessário.

Em 1899 havia sido criada a lei laboral colonial, feita a partir de relatórios produzidos por uma comissão presidida por Antonio Enes, que havia sido governador-geral em Moçambique e que chefiara algumas campanhas de pacificação. A lei laboral considerava o trabalho uma obrigação moral de toda a população da colônia, entretanto interpretava a sociedade colonial como dividida em dois tipos de cidadãos: não-indígenas e indígenas. Os primeiros gozavam dos mesmos direitos que os portugueses metropolitanos, enquanto os segundo ficavam sujeitos a leis específicas a cada colônia. Em Moçambique incluíam a lei dos prazos-impostos e dos trabalhos correcionais. (NEWIIT:1997, p. 340)

Em 1930 o Acto Colonial instituiu a base jurídica da divisão social e racial, qualificando como indígenas aqueles que não possuíam “civilização” e estavam sob a tutela do Estado Colonial, e como não indígenas os que possuíam direitos de cidadania portuguesa em todo território ultramarino. Segundo o Acto Colonial era possível um indígena alcançar o patamar de não-indígena, desde que apresentasse domínio da cultura portuguesa, do vestuário à fala, e também através do emprego e nível de escolaridade que possuía. Tais exigências para que fosse considerado assimilado dificultaram a obtenção desse estatuto por parte da grande maioria da população negra em Moçambique. (NEWIIT:1997, p. 384) Dessa forma, relegada ao estatuto de indígena, a maioria da população africana em Moçambique foi mantida à margem dos principais cargos da administração colonial.

A maior presença de portugueses no território de Moçambique a partir da década de 1930 e as novas leis promulgadas a partir de então geraram mudanças na administração colonial.

O período de 1930 a 1975 pode ser dividido em duas fases. Entre 1930 e 1940 o governo colonial buscou centralizar a administração, não renovou a concessão de territórios para empresas privadas, centralizou as decisões sobre a política colonial e instituiu o cargo de governador-geral, diretamente responsável por Moçambique perante os ministros de Lisboa⁸.

Na segunda fase, das décadas de 1950 a 1970, por alguns qualificada como colonialismo tardio⁹, teve lugar uma campanha política de fortalecimento e legitimação do

⁸ NEWITT:1997, p.395

⁹ CASTELO [et all]:2012, p.22.

governo colonial. Foram realizados investimentos na colônia em diversas áreas, como construção e manutenção de portos, ampliação de estradas, entre outros. Foi beneficiada por estes investimentos a área da saúde. A administração colonial ampliou as redes de saúde, principalmente em Lourenço Marques, centro político da colônia. É possível que o maior investimento nessa área tenha modificado a relação do Estado com a medicina tradicional no território colonial.

Em 1854 fora criado um departamento de saúde pública, apontado por Malyn Newitt como uma formalização sem efeitos práticos,¹⁰ ainda que só em finais do século XIX tenham sido lançadas as bases legais para criação de um departamento de saúde através do decreto de 20 de fevereiro de 1894, que contemplava as estruturas legais para a saúde e educação¹¹. Em 1896 foi então criado o órgão denominado Serviços de Saúde e Higiene da Colônia de Moçambique e onze delegações de saúde espalhadas pelos distritos administrativos da colônia.

Posteriormente, já na década de 1930, cada delegação de saúde possuía ao menos um hospital, além de postos sanitários subdivididos em duas categorias: postos de primeira classe, que atendiam à população não indígena, e postos de segunda classe para a população incluída na categoria de indígena¹². Segundo o *Anuário de Moçambique*, em 1934 existiam ao todo onze hospitais e quarenta e quatro postos sanitários nas regiões rurais. É preciso considerar ainda os postos médicos criados pelas missões cristãs e pelas grandes companhias proprietárias de plantações, segundo informações do anuário publicado em 1940¹³. Na década de 1950, o II Plano de Fomento previa a melhoria dos serviços de saúde. Segundo Newitt “no fim do período colonial, criara-se uma rede de serviços de saúde que cobria todo o país e dispunha de unidades hospitalares e maternidades”¹⁴

No presente trabalho analiso o modo como o Estado Colonial Português se relacionou com as práticas e os praticantes da chamada medicina tradicional no sul de Moçambique. Neste âmbito busco perceber as rupturas e continuidades ao longo das décadas de 1930 a 1970 na relação entre o Estado colonial e os praticantes da medicina tradicional, os médicos tradicionais, permanecendo atenta às opiniões e posicionamentos divergentes entre os atores

¹⁰ NEWITT:1997, p .338

¹¹ NEWITT:1997, p. 339

¹² “*Serviços de Saúde e higiene na colônia de Moçambique*.” (Monografia apresentada na 1ª Exposição Colonial Portuguesa, Porto, 1934). Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1934, 44p.)

¹³ NEWITT:1997, p.379

¹⁴ NEWITT: 1997, p.413

coloniais. Por um lado, havia etnógrafos que classificavam os curandeiros como médicos-mágicos¹⁵, transpondo para seus estudos a conceituação geral de feiticeiros adotada por elementos do governo colonial; por outro, havia administradores coloniais que consideravam tais práticas de cura como um “atraso no desenvolvimento dos povos africanos”, que precisava ser combatido¹⁶. Ao analisar estes e outros discursos, procurei mostrar que a fala dos atores coloniais não era uníssona, ao contrário, refletia diferentes ângulos de interpretação sobre as práticas de saúde em Moçambique.

Com o aumento dos investimentos do Estado colonial na saúde coloca-se em questão a ação dos órgãos oficiais frente às práticas de saúde já existentes em Moçambique. Sendo o centro administrativo da colônia, o distrito de Lourenço Marques concentrava os investimentos aplicados na colônia. No campo da saúde, no começo dos anos 1960, esta cidade possuía seis hospitais, enquanto distritos ao norte de Moçambique, como Niassa, possuíam apenas um.¹⁷ Naquela década, havia na colônia de Moçambique 172 postos para tratamento de leprosos, estimados em 10.000 doentes, e oito hospitais para o tratamento da doença do sono. Além disso, hospitais não específicos tratavam 200.000 casos de malária e 1 milhão de casos de bilharziasse (esquistossomose) por ano¹⁸. Havia, portanto, uma rede hospitalar relativamente densa, ainda que precária e insuficiente para atender toda a população. Questiono, nesse contexto, a que lugar foram relegadas as práticas tradicionais de saúde das populações ao sul do Save, visto que a medicina tradicional não foi absorvida pelas instituições oficiais.

Em 1975, com a independência de Moçambique, muda sua estrutura política. Por isso, o presente trabalho de pesquisa analisa a relação entre Estado Colonial Português e medicina tradicional nos distritos de Lourenço Marques, Gaza, Inhambane entre 1933 e 1975.

Antes de apresentar os resultados de minha pesquisa julgo necessário discutir o conceito de medicina tradicional aqui adotado.

Embora a expressão não conste nas fontes consultadas, a utilização do conceito de ‘medicina tradicional’ corresponde a duas demandas deste trabalho: contrapor-se à nomenclatura colonial e aproximar-se da maneira como os praticantes da medicina tradicional encaravam seu ofício, . A ‘tradicionalização’ da medicina em Moçambique foi um processo

¹⁵ RITA-FERREIRA, António:1958, p12.

¹⁶ RODRIGUES, M. M. Sarmiento: 1964, p35.

¹⁷ NEWIIT:1997, p.413

¹⁸ NEWIIT:1997,p.413.

ocorrido durante a década de 1990 quando chegava ao fim a guerra civil, posterior à independência. Homens e mulheres que trabalhavam com plantas e espíritos no provimento de saúde às populações moçambicanas passaram a ser reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde como importantes agentes de cultura e saúde, sendo eles reunidos numa instituição reconhecida, a Ametramo – Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique. Segundo a historiadora Maria Paula Meneses, que analisa a formação desta Associação, ela se deveu ao interesse do Estado de controlar estas práticas e simultaneamente constitui um espaço de reivindicações plurais para os médicos tradicionais¹⁹. Foi a partir do período colonial, informa ainda Meneses, que se estabeleceu a inferiorização das práticas de cura não vinculadas à ciência moderna ocidental. Esta última contribuiu, segundo a historiadora, para a emergência de estereótipos que empobreceram as visões acerca da medicina tradicional, reduzindo-a a uma entidade homogênea e negando-a como conhecimento, não obstante em Moçambique seja “inquestionável a existência de um amálgama de subculturas médicas, cada uma com as suas próprias características e estruturas”.²⁰

A negação da diversidade de conhecimentos é percebida por autores como Maria Paula de Meneses, Boaventura Santos e João Nunes como uma das características marcantes do colonialismo, que reduziu os “conhecimentos dos povos conquistados à condição de manifestações de irracionalidade, de superstições ou, quando muito, de saberes práticos e locais cuja relevância dependeria as sua subordinação à única fonte de conhecimento verdadeiro, a ciência.”²¹

Não contestamos que a ciência ocidental tenha proporcionado conhecimentos relevantes, inclusive na área médica, às populações em Moçambique. No entanto, sob o argumento da necessidade de impor o conhecimento ocidental como o único legítimo, a ciência ocidental serviu com frequência para legitimar o que Boaventura Santos qualificou como epistemicídios “perpetrados, em nome da visão científica do mundo, contra outros modos de conhecimento, com o consequente desperdício e destruição de muita da experiência cognitiva humana.”²²

¹⁹ MENESES:2005: p. 251.

²⁰ MENESES:2005, p. 429

²¹ Santos: 2005, p.26.

²² Idem, p.25

A historiadora Maria Paula Meneses ressalta que muitos dos problemas enfrentados pelo governo já independente a partir de 1975 em relação à medicina tradicional tiveram início no período colonial. No entanto, até a suspensão das pesquisas que resultaram na presente dissertação de mestrado, não pude localizar trabalhos historiográficos que discutissem em específico as relações entre medicina tradicional e medicina oficial durante o período de 1933 a 1975. Deparei-me, portanto, com um campo que necessitava ser explorado e com a carência de fontes secundárias que auxiliassem quem se aventurasse a fazê-lo.

Quanto à história do continente africano no período por mim demarcado, é importante salientar que o colonialismo não foi o mesmo no tempo e no espaço. Não existe um colonialismo único, tampouco um mesmo colonialismo português em todas as regiões da África, ainda que exista um discurso colonial português para a África. O que podemos afirmar é que há relações coloniais definidas que variam no tempo e no espaço. O trabalho do historiador consiste justamente em esmiuçar os vários colonialismos existentes. Assim, minha pesquisa teve o propósito de analisar como se deu esta relação colonial nos distritos de Gaza, Inhambane e Lourenço Marques durante quatro décadas, contribuindo para a compreensão da história de Moçambique durante esse período.

Coloca-se em questão neste trabalho de pesquisa a diversidade possível de formas de compreender o mundo e de lidar com situações cotidianas, como a doença. Reafirmo a diversidade de conhecimentos legítimos sobre estes eventos em Moçambique no período colonial, reconhecendo, portanto, a existência de outros saberes que não o científico ocidental, os chamados conhecimentos locais. Ainda que por vezes a ciência moderna atribua a si própria o direito de determinar o que é conhecimento válido, destacamos a importância de reconhecer e analisar os conhecimentos locais, no caso do presente estudo, a medicina tradicional, buscando perceber a diversidade epistemológica presente numa formação social no mesmo espaço e tempo. É preciso observar a história da ciência não somente a partir dos benefícios proporcionados, mas também de outras consequências para a sociedade, como o não reconhecimento de conhecimentos locais, os conhecimentos do ‘outro’, como legítimos.

Na demarcação de seu campo de atuação, a ciência ocidental designou como ‘outro’ os conhecimentos já existentes em Moçambique, estabelecendo com eles relações de subalternidade, o que nos remete outra vez ao conceito de epistemicídio proposto por Boaventura Santos. Entendo que a maioria das ações e discursos do colonialismo procurou privar de legitimidade os conhecimentos da medicina tradicional. No entanto, procuro mostrar

que o discurso e as ações coloniais não podem ser lidos apenas pela vertente da subalternização das práticas de saúde das populações de Moçambique. Apesar de reconhecer que as ações coloniais, em geral, não reconheciam como legítimas as formas alternativas de lidar com a doença, isso não impossibilitou a medicina tradicional de continuar a ser praticada, o que é evidenciado tanto por relatos de médicos e administradores coloniais sobre os serviços prestados por “feiticeiros” e “curandeiros” às populações, como pelo fato de a medicina tradicional ser utilizada ainda hoje no território de Moçambique.

A presente dissertação busca traçar as diferentes relações que representantes do governo colonial estabeleceram com a medicina tradicional, os médicos tradicionais e os usuários desta medicina. Não podemos enquadrar todas as relações entre Estado colonial e medicina tradicional na condição de epistemicídios, pois isso significaria corroborar a ideia de um colonialismo único em Moçambique e negar a capacidade de ação social e política dos sujeitos ditos indígenas, seus modos de sobrevivência e resistência ao Estado Colonial.

De maneira geral concordamos com a ideia de que o colonialismo contribuiu muito para ‘reduzir’ a compreensão da medicina tradicional, tratando-a como corpo homogêneo, e de que promoveu o que Maria Paula Meneses chama de “tradicionalização”²³ das práticas de cura das populações em Moçambique, negando os movimentos de reinvenção destas práticas. Permanecem relevantes em Moçambique hoje muitas das questões que emergiram na relação do governo colonial português com os conhecimentos locais. A tensão entre as práticas populares de cura e a medicina ocidental é menor mas segundo Maria Paula Meneses persiste.

Justifico assim a relevância do estudo que empreendi sobre a relação entre o Estado Colonial Português e a medicina tradicional no território ao sul de Moçambique.

O historiador Frederick Cooper faz importantes observações acerca da pesquisa em história colonial da África. Ressalta que os estudiosos de África no período colonial por vezes ficam presos a uma visão binária: colonizador-colonizado; dominação-resistência. Esta visão seria bastante reducionista, pois tais categorias binárias não permitem uma compreensão adequada da complexidade das relações sociais estabelecidas no período colonial: “acabam limitando a pesquisa sobre a forma exata pela qual o poder é difundido e as formas como esse poder é engajado, contestado, desviado e apropriado.”²⁴. Assim, na presente dissertação, busco escapar das categorizações binárias ressaltando a complexidade das relações que se

²³ MENESES: 2005, p.

²⁴ COOPER:2008, p.23.

estabeleceram entre medicinas oficial e tradicional ao sul do rio Save durante as últimas quatro décadas do domínio colonial português .

Seguindo esta linha de raciocínio, é importante ressaltar a crítica de Cooper ao conceito de resistência, presente em grande parte das narrativas sobre a história africana. O conceito de resistência, muita vezes associado a categorias como opressor-oprimido, com frequência limitaria nosso conhecimento sobre a história do continente africano. Cooper não propõe o abandono do conceito de resistência, mas a ampliação de seu entendimento, uma visão expansiva da resistência, para que não seja vista apenas como aplicável aos que fizeram parte da guerrilha e de lutas armadas contra o colonizador. Cooper sugere um conceito que abarque situações do cotidiano em África colonial, como abandono de contratos de trabalho, comunidades religiosas alternativas, permanência de práticas populares de cura. Proponho assim pensar a medicina tradicional também como forma de resistência à imposição de hábitos e culturas.

Cabe ainda ressaltar que parto do entendimento de que cultura popular não é algo completamente autônomo, nem completamente heterogêneo. A cultura popular é um campo de permanente disputa, como definido por Stuart Hall, para quem “não existe uma ‘cultura popular’ íntegra, autêntica e autônoma, situada fora do campo de forças das relações de poder e de dominações culturais.”²⁵ A cultura popular não tem existência isolada, e sim num contexto atravessado por disputas do poder e por trocas culturais de variadas naturezas. As práticas populares de cura que estudei não foram assim devem ser limitadas pelos conceitos de militância ou cooptação, mas vistas como jogo de forças dentro do campo de disputas vigente no período colonial em Moçambique, disputas entre dois sistemas de saúde divergentes, o tradicional e o oficial e também disputas internas a cada um desses sistemas de saúde. Como afirma Hall, o perigo reside em pensarmos “as formas culturais como algo inteiro e coerente: ou inteiramente corrompidas ou inteiramente autênticas, enquanto que elas são profundamente contraditórias, jogam com as contradições em especial quando funcionam no domínio do ‘popular’.”²⁶

Tirei grande proveito também das discussões levantadas por Terrence Ranger sobre cultura popular e resistência na África colonial . Nos anos 1960, houve uma mudança na historiografia sobre África colonial e ampliou-se o conceito de resistência. Nas duas décadas

²⁵ HALL: 2003, p.238

²⁶ HALL, S.: 2003, p.240.

seguintes, os historiadores perceberam que não era possível uma simples divisão entre heróis e traidores na história colonial do continente africano porque a marca desse período fora a diversidade de ações. Já no anos 1990 e 2000, o historiador Federick Cooper criticou a perspectiva da geração de 1970-80, acusando-a de procurar resistência somente nos líderes dos movimentos e nas elites africanas. Ao longo de todo esse tempo a ideia de resistência foi central para a historiografia sobre a África no período colonial, sendo discutida e por vezes ampliada. A geração de historiadores dos anos 1970-1980 foi pioneira em criticar a ideia de magia do desespero, adotada por autores apologistas do colonialismo como forma de deslegitimar as ações dos africanos contra o colonialismo, enfatizando a irracionalidade da resistência armada, pois esta seria “resultado frequente da ‘superstição’”. Para estes ideólogos do colonialismo, as populações satisfeitas com a dominação colonial teriam sido contaminadas por ‘feiticeiros curandeiros’.²⁷ Fazia-se dessa forma uma associação direta entre religiões africanas, inclusive as práticas de cura, com formas não legítimas de resistência. A geração de historiadores das décadas de 1970-1980 percebeu por sua vez que as religiões africanas desempenharam papel importante no contexto colonial: intrinsecamente relacionadas com a política, foram ferramenta no processo de resistir ao colonialismo.

Em sintonia com esta perspectiva, percebo as práticas da medicina tradicional como formas de resistências tal qual as religiões africanas, lembrando ao leitor que o conceito de saúde para as populações em Moçambique por vezes não é separado de crença, desempenhando o *religare* entre o corpo físico e o mundo dos espíritos.

Indo além do uso político das religiões africanas como resistência, Bethewell Ogot realizou estudos sobre a resistência nas práticas culturais e sociais presentes no cotidiano das populações africanas. Para Ogot, a resistência ao colonialismo se dava não somente na esfera política mas também na moral: “a essência dos movimentos proféticos”, escreve Ogot, “consiste em que eles são agentes de uma mudança espiritual e social, criadores de comunidades novas capazes de enfrentar os desafios do mundo moderno.”²⁸

Dessa forma, na pesquisa que me conduziu à presente dissertação de mestrado, parti da premissa de que a medicina tradicional praticada ao sul do Save foi uma forma de resistência cultural que procurou estabelecer bases morais, religiosas no cotidiano da sociedade ao atuar através de seus conhecimentos específicos sobre as doenças.

²⁷ RANGER: 2010, p.54

²⁸ Apud: RANGER, 2010:p.65

No campo historiográfico, desde os anos de 1970, a saúde é tomada como importante viés para análises do colonialismo. O livro *Plagues and People* do historiador William McNeil, publicado em 1976, pode ser considerado como importante marco inaugural do campo de pesquisa que relaciona tanto o colonialismo dos séculos XIV e XV quanto o de fins do XIX com a temática da saúde. Dorothy Porter, ao realizar um balanço dos estudos sobre saúde pública, ressalta que a interlocução entre saúde e domínios coloniais tem-se mostrado fértil terreno de investigações²⁹.

A dissertação que apresento a seguir busca olhar o colonialismo português pelas lentes da saúde, com sua diversidade de conhecimentos, no território de Moçambique. Procurei identificar a existência de diferentes relações entre os atores representantes do colonialismo e os praticantes da medicina tradicional. Considero que estas relações envolveram proibições e exclusões e por isso busco perceber a prática da medicina tradicional também como forma de resistência das populações moçambicanas frente ao colonialismo português. Através da análise destas relações entre medicina oficial e medicina tradicional procuro refletir sobre como diferentes racionalidades convivem ou se excluem, enfatizando as dificuldades em se lidar com os modos de pensamento e conhecimento do ‘outro’ decorrentes das relações coloniais.

De modo geral a presente dissertação pretende colaborar com o enfrentamento dos problemas atuais em Moçambique um vez que são frutos de um processo histórico, entendendo a história como maneira de olhar o passado e o presente e a possibilidade de interferir em ambas as margens deste rio chamado tempo. Isso implica em observar a história da ciência e da saúde não somente a partir dos benefícios envolvidos, mas das demais consequências para a sociedade.

As fontes que usei em minha pesquisa podem ser divididas, de maneira geral em três categorias: discursos oficiais de governadores-gerais que atuaram em Moçambique durante o período estudado; artigos produzidos por antropólogos e administradores coloniais sobre as chamadas populações indígenas; Relatórios dos Serviços de Saúde.

²⁹ “In addition historians such as William McNeil and Alfred Crosby began to indicate how disease could influence, not only the relations between classes, ruling orders and political states, but also the way in which disease influenced the processes of imperialism and colonization. Studies of the relations of health and imperialism have subsequently proliferated, revealing fascinating new insights into the role played by biopolitics in economic, military and political oppression.(PORTER:1999, p.11)

O material levantado e reproduzido foi muito maior do que pude efetivamente digerir para na elaboração desta dissertação de mestrado, o que significa que encerro-a com um instigante saldo de fontes para uma futura pesquisa de doutorado.

Baseei-me principalmente na análise de documentos oficiais, produzidos por atores ligados à administração do Estado Colonial Português, tirando proveito das contribuições de historiadores como Edward Thompson e Frederik Cooper.

Parti assim de discursos oficiais produzidos por portugueses para dar sentido às relações entre o estado colonial e a medicina tradicional. Ressalto a importância dos estudos de Edward Thompson para a leitura dos documentos oficiais. Em *A formação da classe operária*, Thompson utiliza os discursos oficiais para perceber, numa leitura a contrapelo, as vozes dos operários. Para dar cabo de meu projeto de pesquisa. Tentei proceder desta maneira, buscando, ao interrogar os documentos oficiais, ouvir outras vozes e também silêncios presentes na sociedade em Moçambique.

Carlos Ginzburg também me auxiliou na leitura de documentos oficiais. O autor afirma que os documentos inquisitoriais expressam a forma como os inquisidores liam e interpretavam “crenças que lhes eram estranhas para um código diferente mais claro”³⁰. Assim, Ginzburg compara os processos da Inquisição a relatórios etnográficos, afirmando que ambos deixam transparecer uma realidade cultural: “Um céptico extremista poderia achar ilegítima a palavra ‘realidade cultural’: mas o que temos num texto são vozes contraditórias e não realidades contraditórias.”³¹ Procurei examinar à luz desta ideia os documentos produzidos por pesquisadores a serviço da Junta de Investigação Ultramarina sobre as práticas de saúde das populações cura em Moçambique.

O Arquivo Histórico Ultramarino possui importante documentação sobre as colônias portuguesas, principalmente sobre sua administração. Levantei aí relatórios³² dos Serviços de Saúde que agrupo em três principais tipos: relatórios anuais elaborados pelo diretor-geral, relatórios anuais não publicados feitos por ele e relatórios dos delegados e subdelegados de saúde. Tais relatórios contêm informações sobre o funcionamento dos Serviços de Saúde, as doenças comumente encontradas, estatísticas hospitalares, legislação aplicáveis à saúde, informações sobre a assistência médica prestada em cada subdelegação de saúde, número de

³⁰ GUIZBURG: 2007, p.212

³¹ Idem, p.210.

³² Tais relatórios possuem partes descritivas, com redações dos delegados de saúde, diretores dos Serviços de Saúde, quadros estatísticos e fotografias. A presente análise focou as redações dos delegados e diretores dos Serviços de Saúde, não utilizando com profundidade o material estatístico.

funcionários e orçamentos. Também foram levantados relatórios da Inspeção Superior Administrativa Ultramarina (ISAU). Tais inspeções tinham por objetivo fiscalizar o funcionamento burocrático e orçamentário das cidades e serviços públicos. O interessante nessa documentação são as transcrições e relatos das banjas, as reuniões entre o inspetor administrativo e a população de determinada localidade. Complementando a documentação da ISAU, levantei relatórios da Inspeção Superior Administrativa dos Negócios Indígenas (ISANI). Estas também promoviam inspeções administrativas sobre cidades, entretanto continham maiores descrições a respeito das populações locais, principalmente nos capítulos intitulados “Política Indígena”. Levantei ainda relatórios dispersos sobre temas específicos como varíola, cólera, doença do sono. Variam em sua composição, encontrando-se nesses relatórios informações acerca de métodos de controles das doenças em Moçambique, estatísticas, reações da população frente ao combate às doenças etc.

Na Sociedade de Geografia de Lisboa encontrei documentação vasta e por isso foi necessário delimitar ainda mais o material que iria utilizar. Concentrei-me nos artigos da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Ela, situada em Lourenço Marques, organizava debates e palestras com intelectuais, médicos, engenheiros e outros atores sociais a respeito de diversos temas. Palestras e artigos foram publicados entre os anos de 1930 a 1960 no Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Concentrei-me na busca por artigos relacionados a medicina, os Serviços de Saúde, médicos tradicionais no sul de Moçambique e trabalhos etnográficos sobre as populações da colônia.

No Arquivo Nacional da Torre do Tombo a pesquisa tomou caminho agradavelmente inesperado. O maior desafio na realização da pesquisa era encontrar fontes que tratassem especificamente os médicos tradicionais em Moçambique, no contexto colonial. Conversas com pesquisadores da área e a leitura de textos indicavam que uma documentação específica sobre os médicos tradicionais era difícil de encontrar, poderia estar no Arquivo Histórico de Moçambique, ou era inexistente por se tratar de um tema sobre o qual os portugueses não se debruçaram. No entanto os artigos do Boletim de Estudos da Sociedade de Moçambique já mostravam que o tema dos médicos tradicionais era debatida pelos colonos. Os arquivos da Torre do Tombo surpreenderam-me por abrigar uma documentação específica sobre os médicos tradicionais; em alguns casos acompanhava trajetórias de vida (nome, local de nascimento, idade, local de moradia, especialidade médica etc), ou continha recortes de jornais da época coletados pelo Serviço de Coordenação e Centralização de Informações de

Moçambique (SCCIM). Através de conversa com Michel Cahen soube da existência de registros sobre o SCCIM na Torre do Tombo, mas o pesquisador francês não soube precisar que material havia lá. Após consultar o catálogo e fazer o requerimento da documentação, passaram-se três semanas até que fosse liberada para consulta, isto porque a documentação do SCCIM, assim como a da Polícia Internacional e de Defesa do Estado (PIDE), são consideradas sigilosas e requerem avaliação prévia sobre sua liberação. Ao ter a documentação em mãos, apercebi-me de seu valor e previ alguns possíveis desdobramentos para a pesquisa. O SCCIM foi um serviço criado nos anos de 1960 com o objetivo de formar dossiês específicos sobre temas e instituições de interesse para o governo colonial. Para formar estes dossiês o SCCIM coletava informações junto a diversos órgãos, como os Serviços de Saúde, o Exército, a PIDE etc. Em meio ao material produzido pelo SCCIM encontrei dossiês específicos sobre os médicos tradicionais, alguns associando-os à luta de libertação colonial. Também levantei alguma documentação da PIDE, embora haja poucos arquivos relativos a Moçambique na Torre do Tombo. Este material foi em parte incorporado nesta pesquisa.

Na Biblioteca Nacional de Portugal, encontrei importante documentação constituída sobretudo de livros e panfletos publicados pela Agência Geral das Colônias, órgão responsável pela publicidade das realizações portuguesas naqueles territórios. Por questão de tempo e delimitação das fontes, usei apenas um panfleto que dá um panorama dos Serviços de Saúde de Moçambique.

No Instituto de Medicina e Higiene Tropical há também abundante documentação, e embora eu tenha feito ligeiro levantamento não tive tempo para tirar proveito de seus acervos.

Na fase de levantamento de fontes esta pesquisa saiu dos muros dos arquivos e encontrou insumos em outros locais. Tive a oportunidade de realizar uma entrevista, ao longo de dois dias, com um funcionário do quadro administrativo colonial de Moçambique. Além de administrador colonial, o senhor Antônio Rita-Ferreira foi etnógrafo e possui muitas publicações a respeito das populações daquele território. Entrevistá-lo acrescentou a minha pesquisa uma rica experiência, além de ter ele me presenteado com fotografias e textos seus. Preciso frisar que nos textos que já havia lido do senhor Antônio Rita-Ferreira, disponíveis no Real Gabinete Português de Leitura, no Rio de Janeiro, já me tinha chamado a atenção, no começo da pesquisa, a nomenclatura diferenciada que utilizava para falar dos médicos tradicionais, inclusive o o termo genérico ‘médicos-mágicos’. A singularidade deste autor e

personagem que tive a fortuna de conhecer dá-se em dois níveis: sua vivência concreta na burocracia colonial, em contato com as populações, e o uso em seus textos de conceitos não correntes na época que foram publicados.

No capítulo 1 abordo as reformulações legislativas do Estado Colonial Português a partir da década de 1930, buscando perceber como as ideias da missão civilizadora e a categoria indígena foram institucionalizadas no Acto Colonial e na Carta Orgânica da Colónia de Moçambique. A partir da explanação dessas reformulações legislativas, apresento a formação dos Serviços de Saúde e seu funcionamento entre 1930 e 1974. Os Serviços de Saúde são vistos aqui como parte da política colonial, e assim atravessados pelas ideias de missão civilizadora e de construção de uma especialidade na medicina oficial, a medicina tropical. Em seguida, Coloco em cena a atuação dos Serviços de Saúde no sul de Moçambique, descrevendo fatos relacionados a aquilo que designo como medicina oficial.

No segundo capítulo, mostro como eram realizados os atendimentos do Serviço de Saúde às populações de Moçambique. Examinando também iniciativas do Gabinete de Acção Psico-Social e a utilização da antropologia e da sociologia, procuro entender como era fornecida a “assistência médica aos indígenas”, analisando-a principalmente a partir das relações de trabalho. Destaco a migração de força de trabalho do sul do Save para as minas do Transvaal, mostrando que foi importante meio de circulação de doenças e conhecimentos.

Por fim, no capítulo 3, analiso a medicina tradicional e suas ações durante as últimas quatro décadas do período colonial. Observando o médico tradicional em suas funções, procuro estabelecer que relações a medicina oficial manteve com a tradicional. Através dos discursos de administradores coloniais e médicos observo aproximações e distanciamentos, considerando a utilização feita pela população do sul de Moçambique dos Serviços de Saúde e dos saberes tradicionais.

Capítulo 1

Saúde como política colonial

- Acha que é uma maldição?
- Isso não existe, Dona Munda. As doenças possuem causas objetivas.
(Diálogo entre o médico português Sidônio Rosa
e Dona Munda)
COUTO: 2008, p.10

O Estado Colonial Português foi uma estrutura específica de administração política, jurídica e financeira imputada por Portugal sobre territórios nos continentes africano e asiático entre os séculos XIX e XX. Entre os anos de 1880 aos anos de 1970 integraram o Estado Colonial Português³³ os territórios de Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Guiné, Angola, Moçambique, Goa, Damão, Diu, Macau e Timor. O Estado Colonial não foi mera transposição de instituições da metrópole para as colônias. Dito de outra maneira a colonização portuguesa não se caracterizou pela transferência do Terreiro do Paço de Lisboa para a cidade de Lourenço Marques. Ao contrário, Lisboa foi o centro da administração colonial até o fim do período colonial nos anos 1970. De Lisboa partiam as regulamentações para formação das colônias, tais regulamentações eram interpretadas à luz das vivências específicas de cada colônia, de modo que podemos afirmar que o Estado Colonial Português foi elaborado a partir de suas realidades específicas em cada território. Esta afirmação se coaduna com a proposta feita por Jean-François Bayard para que se faça um esforço para historicizar o Estado na África, rompendo com a análise historiográfica que o reduz a estados artificiais porque impostos por atores externos³⁴. Deste modo podemos afirmar que:

Os Estados coloniais eram sistemas administrativos, jurídicos e políticos criados pelos Estados-nação europeus e serviram economicamente a estes, mas tiveram uma grande capacidade simbólica, especialmente a de gerar entre os colonizadores o sentimento de fazerem parte de um mesmo conjunto territorial. Foram Estados de exceção, se comparados aos Estados europeus, pois, internamente vigia o regime do indigenato, pelo menos nas colônias francesas, portuguesas e belgas. Foram nestes

³³ Anexo 1 – Territórios do Estado Colonial Português.

³⁴ Jean-François Bayard publicou em 1989 o livro “L'état en Afrique, La potique Du ventre. Paris: Fayard, 1989.” Nesta dissertação utilizei a tradução para o espanhol, publicada em 1999 conforme consta na bibliografia. Em seu livro Bayard tratou da formação de Estado nacionais na África no pós independência, a partir dos anos de 1960. Entretanto a afirmação do autor quanto à necessidade de historicizar a formação dos Estados na África pode ser estendida ao período abordado nesta dissertação, o período colonial, que em Moçambique estende-se entre 1885 a 1975. Baseando-me em Jean-François Bayard destaco que o Estado Colonial Português em Moçambique precisa ser analisado a partir de seu contexto específico e não reduzi-lo a simples reprodutor de estruturas importadas da metrópole. O contexto da colônia confere ao Estado Colonial características peculiares que serão trabalhadas ao longo deste texto.

Estados de exceção que os africanos tiveram relações de poder com os brancos e expressaram as suas iniciativas e lutas nacionais. (BELLUCCI:2010, p. 21)

Em suas estruturas e funcionamento, o Estado Colonial Português em Moçambique assumiu características específicas a partir das diretrizes estabelecidas em Lisboa. Entre as políticas fiscais, econômicas, jurídicas, educacionais, urbanas, destaco aqui as políticas de saúde. Pretendo olhar o colonialismo português no sul de Moçambique pelas lentes da saúde no período de 1930 a 1975.

O funcionamento dos Serviços de Saúde³⁵ em Moçambique entre o período de 1933 a 1975 pode ser dividido em dois subperíodos. O primeiro compreendido entre as décadas de 1930 ao fim da década de 1940, e o segundo os anos de 1950 a 1975. Esta divisão é marcada por mudanças internas dos Serviços que corresponderam, em certa medida, às transformações na política portuguesa e no cenário internacional. A diferenciação entre a década de 1940 e 1950 deve-se principalmente a mudança de postura de Portugal em relação as suas colônias, como verificado adiante.

Na historiografia sobre o colonialismo em África, Beluce Bellucci classifica o Estado africano em cinco períodos: I) tradicional (ou pré-colonial, até o século XIX); II) colonial de exploração (de fins do século XIX até a Segunda Guerra); III) colonial de valorização (da Segunda Guerra ao início dos anos 1960); IV) independente desenvolvimentista (até os anos 1980); V) Estado neoliberal (dos anos 1980 aos dias atuais). E segundo o autor esta divisão:

ajuda a compreender as mudanças que promoveram, em cada um destes momentos, seus tipos de governo, de instituições, de políticas econômicas, sociais e culturais específicas, conferindo-lhes uma “cara” própria em cada tempo, à luz das pressões internas e externas, modernas e tradicionais. (BELLUCCI: 2010, p.13 e 14)

Este enquadramento cronológico do Estado em África ajuda-nos a pensar a respeito das transformações ocorridas no campo da saúde em Moçambique. Os Serviços de Saúde durante os anos de 1930 e 1940 foram coordenados por uma política colonial que prezava a exploração dos recursos naturais e humanos. Entre os anos de 1950 a 1975 os Serviços de Saúde fizeram parte de uma política de valorização das infraestruturas da colônia, e por isso receberam maiores investimento em relação ao período anterior.

³⁵ Serviços da Saúde da Colônia foi um órgão criado pelo Estado Colonial Português para a administração de assuntos relacionados a saúde na colônia. No ponto “1.3 Estruturas dos Serviços de Saúde” desta dissertação abordo sua criação e manutenção.

Outra forma de observar a transformação que ocorre entre os anos de 1940 e 1950 nos Serviços de Saúde é percebê-los como fruto das mudanças nas diretrizes políticas após a 2ª Guerra Mundial. Com fim da Segunda Guerra Mundial(1945) inicia-se em África e Ásia os processos de independência marcados por negociações e guerras. Enquanto as colônias francesas e inglesas conquistavam suas independências, as colônias portuguesas vivenciaram política de reforço do domínio colonial. A especificidade de Portugal diante do contexto internacional de apelo às independências levou alguns historiadores adotarem uma nomeação própria para este período após a Segunda Guerra Mundial, denominando-o colonialismo tardio. Verifica-se durante o colonialismo tardio, uma mudança na posição do Estado colonial em relação as suas colônias. Este buscou implementar projetos de modernização das colônias para legitimar seu governo frente a atores internos (movimentos de libertação, reivindicações, greves) e a atores externos (descolonização em territórios africanos e asiáticos). Consideram estes historiadores que

as principais características do colonialismo tardio são precisamente conviver com o desmoronamento dos outros impérios e com a ameaça (mais ou menos iminente) do seu próprio fim; e o conjunto de respostas e de adaptações que gera para lhe fazer face e, em última instância, para superá-lo.(CASTELO[et al]: 2012, p.22)

Tanto a classificação de ‘Estado colonial de exploração’ e ‘Estado colonial de valorização’ quanto o conceito de ‘colonialismo tardio’ designam o mesmo ponto de inflexão na política colonial. A partir dos anos de 1950 as colônias portuguesas tornaram-se palco de investimentos, de maneira a neutralizar contestações ao domínio colonial. De maneira geral, percebe-se esta mudança na política colonial a partir dos Planos de Fomentos e da reformulação da legislação realizada por Adriano Moreira.

Os Planos de Fomentos foram investimentos econômicos direcionados para infraestruturas na colônia de Moçambique, que totalizaram três planos. O primeiro, em 1953, ampliou as linhas férreas saídas de Lourenço Marques, investiu em sistemas de irrigação e construção de barragens promovendo a imigração de portugueses da metrópole da a colônia. O segundo, entre 1959 a 1964, já no contexto de contestação ao colonialismo português, procurou respaldar a colonização a partir de investimentos em estudos sobre a colônia, estudos sobre solo, cartografia, antropologia, educação, produtividade econômica tiveram destaque em suas dotações orçamentárias. O último, posto em prática entre os anos de 1968 a 1973 valorizou os investimentos em infraestruturas voltadas aos Serviços de Saúde. Estes investimentos econômicos foram

realizados sobretudo a partir das contestações internas e externas sobre a legitimidade da colonização em África. Foram maneiras do governo colonial tentar contornar estes questionamentos reafirmando o trabalho desenvolvido na colônia.

Ao início das contestações no continente africano, a partir da década de 1950, o próprio termo ‘colônia’ foi sagazmente substituído na legislação portuguesa por ‘províncias ultramarinas’. Em 1951, o conceito de província retomado por Adriano Moreira, então ministro do Ultramar, visava referenciar os territórios descolados de Portugal metrópole como parte indivisível de Portugal, negando, portanto, bases legais, que diferenciasse a administração portuguesa de Portugal continental do ultramar. Adiante voltarei a esta legislação para inferir a respeito das adequações dos discursos e médicos e administradores em consonância com esta reformulação administrativa. Entretanto a alteração legislativa de colônia a província não modificou as políticas implementadas no território, de modo que é possível utilizar a nomenclatura Estado Colonial até a conquista da independência de Moçambique em 1975.

O colonialismo português baseou-se numa ideologia que valorizava a ideia de missão civilizadora, ideia onipresente nos discursos e que justificava as políticas aplicadas nas colônias.

1.1 – O conceito de missão civilizadora e o conceito de indígena

O Estado Colonial Português assume nova configuração a partir do Ato Colonial publicado em 1930, seguido pela Carta Orgânica e a Lei da Reforma Administrativa Ultramarina, ambas do ano de 1933. A partir deste conjunto de leis Portugal retoma a administração direta sobre território colonial em Moçambique que estava sob controle de companhias concessionárias³⁶ e centraliza sua administração:

O Estado não concede, em nenhuma colônia, a empresas particulares ou coletivas: 1º o exercício de quaisquer prerrogativas de administração pública, nas quais se considere compreendido o direito de cunhar moeda; 2º a faculdade de estabelecer, fixar ou cobrar quaisquer tributos ou taxas, ainda que seja em nome do Estado; 3º, o direito de posse de terrenos, ou de áreas de pesquisa mineiras, com a faculdade de estabelecer, fixar ou cobrar quaisquer tributos ou taxas, ainda que seja em nome do Estado; 3º o direito de posse de terrenos, ou de áreas de pesquisas mineiras, com a faculdade de fazerem sub-concessões a outras empresas. (*Boletim Geral das Colônias*, 1933: p.114, v. IX, nº 102)

³⁶ Até os anos de 1930 o território de Moçambique estava dividido em três áreas: o sul, sobre controle do Estado Colonial português, o centro, sob o domínio da Companhia de Moçambique e o norte, sob a administração da Companhia do Niassa. Estas companhias concessionárias, mantidas com capital estrangeiro, possuíam contratos que lhes concediam poderes majestáticos para explorar economicamente os territórios definidos pagando uma taxa a Portugal. Sobre companhias concessionárias ver: BELLUCCI: 2010, p.17; NEWITT: 1997, p.324; SERRA: 2000, p.232; PÉLISSIER:2000, p.173.

O Ato Colonial publicado em 1930 marcou o início de uma nova fase no colonialismo português, caracterizado pela centralização das estruturas de administração das colônias. Pode-se afirmar que o Ato Colonial de 1930, a Reforma Administrativa Ultramarina e a Carta Orgânica de Moçambique, ambas do ano de 1933, foram legislações que integraram um mesmo projeto político. Os princípios de centralização, nacionalismo e imperialismo que eram ditados pelo Estado Novo³⁷, sob comando de Antônio de Oliveira Salazar, nortearam a publicação deste conjunto de legislações que alteraram as políticas coloniais.

A Reforma Administrativa Ultramarina reorganizou principalmente o quadro de funcionários das colônias, abolindo o cargo de alto comissariado e retomando em seu lugar o de ‘governador-geral da colônia’, que respondia diretamente ao ‘ministro da colônia’, este determinado diretamente pelo primeiro ministro português Antonio Salazar, e após 1968, Marcelo Caetano.

O Ato Colonial estava dividido em quatro capítulos: Garantias gerais; Indígenas; Regime político e administrativo; Garantias econômicas e financeiras. Esta legislação institucionalizou como política a missão civilizadora que devia ser praticada através do Estado, na “proteção do indígena”, e pela "igreja no incentivo a educação”.

A missão civilizadora como ideia não nasce a partir do Ato Colonial de 1930. Travestida com outras nomenclaturas (missão evangelizadora, civilizatória, colonizadora), surgiu como ideologia no início da dominação colonial no século XIX, e permaneceu na política portuguesa durante todo período colonial, sendo respaldada não apenas por administradores coloniais, como também por médicos, engenheiros, missionários e colonos em geral. A missão civilizadora girava em torno da premissa de que cabia aos portugueses civilizar, educar, ensinar, evangelizar as populações das colônias.

Segundo entusiastas da colonização a saúde era um dos terrenos no qual a civilização portuguesa deveria avançar, combatendo as crenças e disseminando a ciência médica. Foram nestes termos que contra almirante Manuel Maria Sarmiento Rodrigues se dirigiu aos médicos que tencionavam trabalhar nas colônias.

³⁷ A instalação do Estado Novo em Portugal está brevemente referenciada na introdução desta dissertação. A manutenção deste governo ditatorial entre 1926 a 1974 pautou as política aplicadas na colônias. Reafirmo aqui a periodização da ditadura salazarista para favorecer a compreensão do contexto de relaboração das políticas que visaram a centralização administrativa das colônias portuguesas..

Para melhor situar a fala do contra almirante vale resumir sua trajetória na administração colonial portuguesa. No ano de 1922, Sarmiento Rodrigues concluiu os estudos superiores na Escola Naval ingressando nos quadros militares, os quais ocupavam os principais cargos na administração colonial³⁸. Em 1944 foi indicado por Marcelo Caetano, então Ministro das Colônias³⁹, para o cargo de Governador da colônia da Guiné Bissau, cargo que exerceu até o ano de 1949. Como Governador de Guiné Bissau, Sarmiento Rodrigues deu à saúde especial atenção, criando em 1945 a “Missão de Estudo e Combate à Doença do Sono na Guiné” em parceria com médicos do Instituto de Medicina Tropical. Entre os anos de 1950 a 1955 Sarmiento Rodrigues exerceu o cargo de Ministro do Ultramar⁴⁰, posto mais alto na administração colonial. Anos depois, entre 1961 e 1964, foi Governador da colônia de Moçambique. Note-se que o ano em que conferenciou para médicos no Instituto de Medicina Tropical foi seu primeiro ano como Ministro do Ultramar, e já havia vivenciado a experiência do governo de Guiné Bissau. Ao longo de seu discurso Sarmiento Rodrigues legitimou sua fala através de sua própria experiência, ressaltando sua vivência na “Missão de Estudo e Combate à Doença do Sono na Guiné”..

O contra almirante Manuel Maria Sarmiento Rodrigues em conferência pronunciada no ano de 1950 no Instituto de Medicina Tropical em Lisboa, ressaltou qual deveria ser a “missão nobre de um médico”⁴¹ nas colônias do continente africano:

E o indígena vale bem a dedicação que se tenha para com ele. É preciso lutar primeiro com as suas credices, arrancá-lo à influência nefasta do curandeiro, ganhar-lhe a confiança. Porque, depois disso, é um meio magnífico para desenvolver uma benéfica actividade. É ver como as enfermarias e hospitais vão regorgitando de gente, quando há bem poucos anos estavam desertos. Mas ainda hoje há superstições que é preciso combater. Para isso o único remédio é provar a eficácia dos tratamentos. As experiências terão de ser concludentes. (RODRIGUES: 1962, p.11-12.)

A utilização da palavra missão não se dá por acaso. No Ato Colonial de 1930 e no discurso de Sarmiento Rodrigues em 1950 a utilização da palavra missão cumpria um objetivo definido: evocar uma justificativa. Missão como destino a ser cumprido por

³⁸ Destaca-se que durante o período do Estado Novo em Portugal (1926 – 1974), o poder político era militarizado.

³⁹ O cargo de Ministro das Colônias instituído pelo ato colonial de 1930 era a designação dada ao mais alto posto dentro da administração colonial, designava-se àquele que dirigia o Ministério das Colônias. No ano de 1951, com a supressão do Ato Colonial, passa-se a denominar Ministério do Ultramar e o posto era ocupado pelo Ministro do Ultramar.

⁴⁰ Ver nota antecedente.

⁴¹ RODRIGUES: 1962, p.6.

aquele que é convocado, missão com justificativa histórica para a colonização, todas estas afirmações faziam parte do texto redigido pelo governo ditatorial. Portugal deveria responder a este chamado, o de levar a civilização a povos ainda não alcançados, em estágios primitivos de desenvolvimento, segundo afirmação do Ato Colonial:

A soberania de Portugal no ultramar tem sido dominada através da história pelos mais altos princípios de civilização cristã. A sua ação foi sempre superiormente guiada por um sincero pensamento universal. No texto das leis e na mente dos governantes preponderava a ideia da igualdade humana e a aspiração geral de defender, proteger e educar os indígenas. (*Boletim Geral das Colônias*: 1930, p. 169)

A missão civilizadora tem, portanto, um alvo: os indígenas, supostamente os beneficiários do colonialismo português. Os artigos 15º e 16º do Ato Colonial definem o papel que o Estado Colonial deveria desempenhar junto a eles:

Art. 15º O Estado garante a proteção e defesa dos indígenas das colônias, conforme os princípios de humanidade e soberania, as disposições deste título e as convenções internacionais que atualmente vigoram ou venham vigorar. As autoridades coloniais impedirão e castigarão conforme a lei todos os abusos contra a pessoa e bens dos indígenas. Art. 16º O Estado estabelece instituições públicas e promove a criação de instituições particulares, portuguesas umas e outras, em favor dos direitos dos indígenas ou para a sua assistência. (*Boletim Geral das Colônias*: 1930, p.174, 175, v. IX, nº 102)

Mas quem são os indígenas? Segundo a antropóloga Patrícia Matos a partir da publicação do Ato Colonial estabelece-se uma diferença de direitos e deveres entre nascidos na metrópole, assimilados e indígenas: “a partir da observação da sua maneira de vestir, educação escolar e comportamento social – se fossem significativas, poder-se-iam distinguir os assimilados dos indígenas e os assimilados podiam vir a ser ‘verdadeiros’ portugueses.”⁴²

A sociedade na colônia, a partir da década de 1930, estava legalmente dividida em três categorias: portugueses, assimilados e indígenas. Tais categorias eram hierarquizadas e possuíam direitos e deveres diferentes uma das outras.

No entanto, apesar de o termo indígena ser utilizado desde o fim do século XIX, ser referido no Código do Trabalho dos Indígenas publicado em 1928, e no Ato Colonial publicado em 1930, ele só foi definido juridicamente a partir da Carta Orgânica do Império Colonial Português publicada em 1933. Após a Carta Orgânica, a categoria indígena foi reforçada legalmente pela publicação do Estatuto dos Indígenas Portugueses da Guiné, Angola, Moçambique em 1953, e abolido somente no ano de 1961.

⁴² MATOS: 2012, p.63

Os indígenas, alvo principal da retórica da política colonial, eram todos filhos de pais e mãe negros, nascidos em África, que não possuísem os valores da cultura portuguesa, como a escrita e os hábitos culturais. Dito de outra maneira, os indígenas eram os negros de Moçambique⁴³.

A missão civilizadora justificava-se como forma de trazer a estes indivíduos em estado “primitivo” ou “selvagem” uma domesticação e um processo civilizacional, seja através do trabalho, ou da educação, que garantisse a eles a possibilidade de ascenderem e tornarem-se quase portugueses, subindo a categoria de assimilados.

Segundo o antropólogo José Luís Cabaço a missão civilizadora possuía um carácter místico, a partir do qual o português dizia-se responsável por cumprir o chamado de um:

Deus ‘verdadeiro e universal’(…) Sua face terrena é a imagem que o sujeito colonizador ‘o que conhece a Deus’, produz acerca do indivíduo objeto da colonização: o africano negro ‘imerso nas trevas’, ‘o que vive na barbárie’, o que não conhece a Deus. (CABAÇO: 2009, p.100)

No debate sobre a melhor maneira de civilizar distingue esse autor (CABAÇO:2009, p.106) duas vertentes: civilizar pelo trabalho, em primeiro lugar, e pela educação, como esforço complementar.⁴⁴ O historiador Miguel Jerónimo, ao analisar a missão civilizadora entre as décadas de 1870 a 1930, destaca a via do trabalho como a forma preferencialmente utilizada pelos portugueses, sendo a educação um caminho secundário: “o paradigma da educação para a colonização surgia a acompanhar o dominante paradigma do trabalhar para civilizar, ainda que sem sucesso e claramente menosprezada na prática.”⁴⁵

A missão civilizadora, fosse por um ou outro caminho, consistia em uma tarefa e também na legitimação dela, um duplo empreendimento, portanto, pois tinha como contrapartida a disseminação da ideia do bom português como identificado por Cabaço: “A autossugestão sedimenta-se nos teóricos e nos intelectuais do regime, que repetem em cada discurso, congresso ou conferência a bondade dos portugueses, sua capacidade de compreensão dos outros, sua simpatia no tratamento dos dominados.”⁴⁶

⁴³ Não abordo o debate sobre as divisões raciais no seio da sociedade colonial, entretanto pontuo os estudos realizados por Zamparoni(2012), Matos(2012) e Cabaço(2009).

⁴⁴ . “A missão civilizadora deveria, portanto, caminhar sobre os dois carris: o trabalho, em primeiro lugar, e a ação educativa, como esforço complementar.” (CABAÇO:2009, p.106).

⁴⁵ .JERÓNIMO: 2010,p.147.

⁴⁶ “A autossugestão sedimenta-se nos teóricos e nos intelectuais do regime, que repetem em cada discurso, congresso ou conferência a bondade dos portugueses, sua capacidade de compreensão dos outros, sua simpatia no tratamento dos dominados.” (CABAÇO: 2009, p.102)

Nas ambições da missão civilizadora a medicina oficial despontava como um caminho para levar a população de Moçambique à civilização. Neste contexto o médico recebia um papel de destaque. Na citada conferência do ano de 1950, dirigida para médicos em formação no Instituto de Medicina Tropical, Sarmiento Rodrigues destacou três figuras determinantes para o sucesso da colonização: o missionário, o agrônomo e o médico, desempenhando este papel preponderante na colonização. Sarmiento Rodrigues equiparava-o a um senhor feudal em virtude do número de vidas que tinha sob seu controle:

A sua ação em África tem ainda hoje os mais largos horizontes, vastidão em todos os sentidos. Geograficamente, um médico é um grande senhor; e é um senhor feudal no poder que tem de dispor sem peias de massas de indivíduos que lhes são postos às suas despóticas e carinhosas ordens para serem curados...(RODRIGUES: 1962, p.6-7)

Mesmo após a revogação do Estatuto do Indigenato em 1961, a missão civilizadora adapta-se ao contexto político, associando-se a ideia do lusotropicalismo⁴⁷, e assim permanece como justificativa para a colonização.

A categoria indígena desaparece do vocabulário utilizado nos relatórios dos Serviços de Saúde, que passaram por sucessivas reformas legislativas, mas mantiveram a linha justificativa de proteção à população através da saúde. Em relatório publicado em 1952, o médico e diretor dos Serviços de Saúde, Francisco Barata Feio reafirma o trabalho realizado em prol da “população indígena”⁴⁸. Anos depois, em 1972, ao se referir aos Serviços de Saúde no ano de 1972 o relator modifica as palavras usadas: “A reforma dos Serviços de Saúde em 21 de fevereiro de 1945 permitiu o desenvolvimento de uma larga ação na defesa das populações das províncias ultramarinas.”⁴⁹ Aqueles que eram referenciados no relatório de 1952 como indígenas, em 1972 passam a ser denominados como populações das províncias ultramarinas. O indígena passou a ser identificado como populações das províncias ou homem africano conferindo-se “à sua

⁴⁷ O lusotropicalismo, conceito elaborado pelo sociólogo brasileiro Gilberto Freyre, foi adotado pela administração portuguesa a partir da década de 1960, diante do crescimento das contestações ao colonialismo. A análise feita por Freyre(1933) sobre as raízes da cultura brasileira baseadas na especificidade de relações entre portugueses e escravos, no Brasil colonial, contribuiu para a afirmação de uma democracia racial no cenário brasileiro. A partir dos anos de 1960 o Estado Colonial Português retoma essa análise buscando enfatizar uma espécie de vocação dos portugueses nas relações com as populações dos trópicos. O lusotropicalismo, conferia aos portugueses uma especificidade na colonização, fosse dos séculos XVI como no século XX. A peculiaridade da boa convivência entre portugueses e população tratada por Freyre, torna-se novo escudo contra os questionamentos ao colonialismo português em meados do século XX. Sobre: CABAÇO: 2009, p.1551 – 234.

⁴⁸ *Relatórios dos Serviços de Saúde dos anos de 1946 a 1950*: 1952, p. 40.

⁴⁹ *Relatório da Direção de Saúde e Assistência/Repartição de Saúde Pública dos anos 1968-1969*: 1972, p.5.

saúde física e mental o lugar mais alto na escala dos objetivos.”⁵⁰ A substituição dos termos “indígenas” e “colônia” por “populações” e “províncias ultramarinas” não foi casual, ao contrário, marca o enquadramento dos Serviços de Saúde nas orientações políticas respaldadas pelo lusotropicalismo.

No discurso colonial, aliada à missão civilizadora, estava o saber histórico da colonização acumulado por Portugal ao longo de séculos através da sua presença em três continentes: América, Ásia, África. A colonização era vista pelos ideólogos portugueses do século XX como uma tarefa desempenhada há séculos. Este discurso não ficou restrito aos gabinetes administrativos ou aos debates acadêmicos na metrópole, ao contrário, diluiu-se nos mais diferentes setores da sociedade, inclusive entre os Serviços de Saúde. As atas do 1º Congresso Médico de Lourenço Marques, ocorrido em 1938, reivindicam a história da colonização portuguesa sobre Moçambique:

É assim a colônia de Moçambique, entrevista de fugida no tempo e no espaço, criada por Deus e aperfeiçoada pelos homens. Nelas empregam portugueses o seu esforço e derramam o seu sangue há mais de quatro séculos. É pois mais que uma colônia – é uma continuação de Portugal (1º Congresso Médico de Lourenço Marques: 1938, p.)

Para os intelectuais portugueses do início do século XX essa presença histórica em Moçambique era secular e traduzia-se no acúmulo conhecimentos científicos produzidos sobre as colônias, num saber colonial, como mostra Patrícia Matos (MATOS: 2012, p.56). Este justificava o exercício de poder e soberania sobre as colônias e a afirmação do estatuto de Portugal como potência civilizadora.

O indígena era, portanto, o indivíduo que carecia de ensino, trabalho, religião e cuidados médicos, a quem o colonialismo português afirmava proteger. A justificativa da colonização tinha por base a vida do indígena. A saúde era um caminho seguro para interferir nela e a modificar legitimando assim o colonialismo.

As ideias de missão civilizadora e saber colonial foram propagados de diversas maneiras, sendo uma delas as exposições coloniais. através das exposições coloniais. Desde a segunda metade do século XIX os países procuraram exhibir os avanços de suas realizações materiais e civilizacionais em exposições que continham desde matérias-primas e produtos industriais até bens culturais como pinturas e esculturas. As exposições coloniais, organizadas por países como Grã-Bretanha, França, Alemanha e Portugal, surgem com o objetivo de divulgar os recursos naturais e humanos que faziam parte dos seus respectivos impérios. A esse respeito Patrícia Matos escreveu:

⁵⁰ *Resenha História dos Serviços de Saúde*: 1968, p.22.

Depois da Primeira Guerra Mundial, e aquando das crises econômicas e dos ataques ao imperialismo, alguns governos europeus decidiram orientar as exposições no sentido de promoverem a existência de impérios. Nelas procuravam mostrar-se os supostos benefícios do colonialismo, para os colonizadores e os colonizados, e do imperialismo, considerado essencial para a modernidade e o progresso. (MATOS: 2012, p.165)

Portugal participou de exposições coloniais em Paris (1925 e 1931), Sevilha (1929), Barcelona (1929) e Antuérpia (1930), procurando assim legitimar sua empresa colonial face às demais potências européias.

No catálogo preparado por Jaime Cortesão para a Exposition Internationale Coloniale, Maritime et d'Art Flamand, ocorrida na Bélgica, em 1930, entre os investimentos portugueses nas colônias figuravam as medidas de combate às doenças tropicais⁵¹. A saúde constava também no catálogo da Exposition Coloniale Internationale ocorrida em Paris, em 1931. Neste catálogo constava a afirmação de que médicos da Faculdade de Medicina de Paris de que “os indígenas desfrutavam de boa saúde e a política indígena portuguesa era exemplar”⁵².

A 1ª Exposição Colonial organizada por Portugal na cidade do Porto em 1934 buscou legitimar a colonização junto à própria população portuguesa residente na metrópole. Nas palavras do tenente Henrique Galvão, “foi a primeira lição de colonialismo dada ao povo português.”⁵³ Procurou dar a conhecer os recursos e atividades econômicas existentes nas colônias, funcionando como chamariz para novos colonos dispostos a migrar para os territórios africanos e asiáticos.

O evento procurou divulgar diferentes aspectos da colonização, inclusive a expansão do ensino, a ação das missões religiosas, as produções etnográficas sobre as populações locais e os investimentos em medicina e higiene.

O catálogo intitulado *Serviços de Saúde e Higiene da colônia de Moçambique*, elaborado para a exposição do Porto, serviu como instrumento de propaganda dos Serviços de Saúde de Moçambique, afirmando a existência de uma rede segura para os cuidados com a saúde.

As políticas de saúde dialogavam com muita intensidade com a ideologia da missão civilizadora, colocando-se como formas privilegiadas de intervenção na vida cotidiana da população. Nos relatórios dos Serviços de Saúde, é recorrente a afirmação dos delegados de saúde de que reivindicavam maiores investimentos no setor de

⁵¹ MATOS: 2012, p. 172.

⁵² Idem: p. 177.

⁵³ APUD: MATOS: 2012, p.167.

maneira a atingir o “objetivo maior” da colonização portuguesa: levar a civilização aos indígenas de Moçambique. Na *Resenha História dos Serviços de Saúde na colônia de Moçambique* realizada pela Direção Provincial dos Serviços de Saúde e Assistência no ano de 1968, destaca-se no texto a importância “civilizadora” desses serviços. Nas palavras de Antônio Rebêlo, subdelegado de saúde de Magude,

A melhor assistência médica a prestar ao indígena e aquela que nós temos o imperioso dever de realizar em África, se quisermos bem desempenhar o nosso papel civilizador, é, sem dúvida nenhuma, a assistência preventiva. (Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1939: p.56)

Quer fosse para proteger o colono, garantir a produtividade da mão de obra ou justificar a presença colonial como benigna, a saúde fez parte das políticas coloniais portuguesas em Moçambique. Pode-se acompanhar o estabelecimento de uma política de saúde a partir da formulação de decretos-lei, na construção de instalações voltadas ao cuidado com a saúde ou na formação de médicos e enfermeiros, como analiso a seguir.

1.2 – Medicina tropical: saúde como política

O controle de doenças foi uma das condições importantes para a colonização no território africano a partir de fins do século XIX. Viajantes como Mungo Park, Werney Lovett Cameron, Henry Stanley, David Livingston e Alexandre Serpa Pinto, que transitaram pelo interior do continente africano ao longo do século XIX, enfatizaram nos relatos suas viagens com descrições das doenças que acometeram os membros das expedições. O comentário de Pedro Abranches⁵⁴ é eloquente: “Assim, tanto em Portugal, como em todos os países coloniais, começaram a revelar-se grandes preocupações com as doenças exóticas, mal conhecidas, que, mais do que os combates, , causavam grandes baixas aos novos descobridores, desta vez em terra firme.”⁵⁵.

O que estava em curso ao fim do século XIX era a territorialização do continente africano pelos países europeus. Territorialização é um conceito utilizado pela geografia importado do conceito biológico de domínio de um animal sobre determinado espaço. Debatido por geógrafos como Friedrich Ratzel, utilizo o conceito de territorialização como apresentado pelo geógrafo Milton Santos: territorialização é o domínio político de

⁵⁴ Autor de O Instituto de Higiene e Medicina Tropical, não sendo historiador mas médico fez um esforço em reunir informações acerca do um século de existência deste instituto (1902 – 2002).

⁵⁵ ABRANCHES: 2004, p.17

um espaço. Ao tratar-se de história da África falar em territorialização europeia é dizer que a colonização deu-se a partir das últimas décadas do século XIX e o fator que marcou este processo foi o domínio político que os europeus passaram a exercer sobre territórios no continente africano. Esta afirmação coaduna-se com a vertente historiográfica que diferencia as relações entre europeus e africanos a partir do século XIX das relações estabelecidas nos séculos precedentes.

O deslocamento de europeus para os trópicos com objetivo de territorialização foi favorecido pelo maior domínio de técnicas e meios de combater as febres que assolavam os viajantes. Tais febres não desapareceram, mas foram nomeadas, estudadas e combatidas, a partir de fins do século XIX pela recém nascida medicina tropical.

Esta surge como campo de estudos e ações sanitárias a partir da convergência entre as pesquisas científicas e interesses políticos vigentes à época. As doenças constituíam uma barreira ao avanço do colonialismo de modo que era preciso vencê-las para garantir os interesses das metrópoles. “Como em todas as outras especializações” - afirma Michael Worboys – “a institucionalização da medicina tropical e da categoria de doenças tropicais foi produto de eventuais fatores médicos e sociais.”⁵⁶

Dois fatores contribuíram para alavancar pesquisas científicas em medicina tropical: a demonstração do papel desempenhado por microorganismos como agentes causais de doenças e a descoberta da transmissão de determinadas doenças por insetos vetores.

Os estudos acerca de micróbios patogênicos realizados nos âmbito da revolução pausteriana a partir do último quarto do século XIX, colocaram em crise o paradigma miasmático, que enfatizava o papel do ar e dos vapores como portadores de agente químicos causadores de doenças. A microbiologia levou a ciência médica a enveredar por caminhos que a distanciaram do conceito de miasma e da teoria de transmissão de doenças pelo ar.

Em 1879 o médico Patrick Manson demonstrou que embriões da filaria, depois denominada *Wuchereria bancrofti*⁵⁷, eram ingeridos junto com sangue humano por um mosquito no corpo do qual desenvolviam-se, os embriões antes de serem transmitidos

⁵⁶Tradução livre. WORBOYS: 1993.

⁵⁷ O nome dado por Manson a esta filaria faz referência o médico português Otto Edward Henry Wucherer que em meados do século XIX residiu no Brasil, onde desenvolveu pesquisas pioneiras a respeito da filariose. Este médico fez parte da posteriormente denominada Escola Tropicalista Baiana que desenvolveu pesquisas a respeito das doenças tropicais no século XIX em Salvador. Ver: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/wuchoethe.htm>; BENCHIMOL: 2011, p.122.

através da inseto em outro ser humano. Outros estudos identificaram insetos como vetores de doenças; Ronald Ross (1897) provou o papel do mosquito como transmissor do protozoário causador da malária descoberto por Alphonse Laveran em 1880; David Bruce (1894-1903) descobriu tripanossomas no sangue de animais e identificou a mosca tsé-tsé como transmissora da doença do sono⁵⁸.

Patrick Manson, Ronald Ross, David Bruce eram médicos do serviço colonial britânico atuantes respectivamente na China, Índia e África; Alphonse Laveran era médico das forças armadas francesas na Argélia. O estabelecimento do colonialismo europeu favoreceu o envio de médicos à África e Ásia durante a segunda metade do século XIX, e alguns deles desenvolveram pesquisas que marcaram época na medicina. Fatores extracientíficos⁵⁹, como os interesses envolvidos na expansão e legitimação do domínio colonial, foram preponderantes para o desenvolvimento da medicina tropical. No caso português, afirma Isabel Amaral, ela surgiu “como especialidade médica apoiada na ciência experimental, de cariz pasteuriano, e na necessidade de afirmação do poder político nas colônias portuguesas.”⁶⁰

A medicina tropical institucionaliza-se no continente europeu com a abertura de escolas e hospitais voltados para a pesquisa e o ensino da especialidade e o também tratamento de doentes, com o tempo essas instituições criam ramificações laboratoriais e hospitalares nos territórios coloniais. Em 1899 na Grã-Bretanha foi inaugurada a School of Tropical Medicine em Liverpool e a School of Hygiene and Tropical Medicine em Londres. No ano seguinte foi fundada na Alemanha (Hamburgo), o Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais [Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten]. Na França foi criado um laboratório específico para as doenças tropicais dentro do Institut Pasteur. Em Portugal o ensino da medicina tropical foi estabelecido junto com a

⁵⁸ A comprovação da mosca TSE TSE como transmissora da doença foi realizada posteriormente, em 1909 pelo alemão Friedrich Kleine. “Em sua primeira visita à África, Bruce considerou que a mosca tsé-tsé transmitia os tripanossomas ao gado de modo mecânico, sem que o protozoário cumprisse etapa do seu ciclo de vida no organismo do inseto. Seu papel na transmissão das tripanossomíases a humanos e animais permaneceria controverso até 1909: Friedrich Kleine, demonstrou então que as GLOSSINA desempenhavam papel crucial no ciclo evolutivo dos tripanossomas. (COX: 2002, p. 595-612; BENCHIMOL: Bacteriologia e medicina tropical britânicas: uma incursão a partir da Amazônia (1900-1901). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. Cienc. Hum., Belém, v. 5, n. 2, p. 315-344, maio-ago. 2010)

⁵⁹ Ao regatar o debate entre Louis Pasteur e Félix Pouchet a respeito da geração espontânea de organismo vivos, ocorrido na França do século XIX, os autores propõe-se a pensar a influência dos fatores extracientíficos, sejam eles religiosos, políticos ou sociais, sobre a construção da ciência. Ver: FARLEY; GEISON:1994.

⁶⁰ AMARAL: 2012, p.134.

criação do Hospital Colonial, em 1902. Anexa ao hospital criou-se a Escola de Medicina Tropical, ambos sediados em Lisboa.

Esta exerceu papel fundamental na formação de médicos enviados para as colônias portuguesas. De acordo com o Decreto-Lei de fevereiro de 1934⁶¹, competiria a ela:

a função de aperfeiçoamento cultural dos médicos diplomados com o respectivo curso e que pertençam aos quadros de saúde das colônias. Efectivar-se-á esta função não só pelo auxílio que lhes for facultado na aquisição do material para análises (...) como também por outros meios ao alcance da Escola, e nomeadamente pela facilitação do acesso a cursos especializados, congressos ou conferências no continente, colônias ou estrangeiro que interessem à medicina e higiene tropicais (...) (Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1934:1936, p.52)

O decreto evidencia o papel a ser desempenhado pelo Instituto de Medicina Tropical junto às colônias, de onde também provinha o orçamento deste instituto. Por seu lado, cada colônia tinha por responsabilidade facilitar a preparação dos médicos que faziam parte dos quadros coloniais, como determinava o decreto nº 23.446, publicado no *Boletim Oficial* nº8, de 21 de fevereiro de 1934⁶².

Uma lei de maio de 1935 reestruturou a Escola de Medicina Tropical, passando esta a ser o Instituto de Medicina Tropical.⁶³ Era ministrado aos médicos formados o curso de Medicina Tropical, com a duração de um semestre. Incluía as seguintes cadeiras: 1ª Higiene, Climatologia e Geografia Médica; 2ª Patologia Exótica e Clínica; 3ª Zoologia Médica (Entomologia e Helminologia); 4ª Hematologia e Protozoologia; 5ª Dermatologia e Micologia Tropicais; 6ª Assistência médica aos indígenas. O instituto oferecia também o curso de Higiene Tropical para colonos, funcionários, enfermeiros e missionários⁶⁴. Desempenhava ainda outra função importante. Era este Instituto responsável por enviar missões científicas aos territórios coloniais. Os médicos da metrópole, que participavam delas, observavam e tratavam os doentes porém sua principal tarefa consistia em recolher materiais que eram transportado a Lisboa onde serviam a pesquisas laboratoriais e epidemiológicas⁶⁵.

⁶¹ Artigo 17º do Decreto-Lei nº 23:446 publicado no *Boletim Oficial* nº8, de 21 de fevereiro de 1934.

⁶² “Autoriza as colônias a subsidiar os médicos dos seus quadros que desejem, durante qualquer período de licença na Metrópole a que tenham legalmente direito, freqüentar por tempo não superior a cinco meses, no estrangeiro, um curso de aperfeiçoamento ou de especialização em qualquer ramo de medicina tropical nos termo deste decreto-lei.” (Relatório do ano de 1934: 1936, p. 51)

⁶³ A lei nº 1.920 de 29 de maio de 1935 As fontes anteriores ao ano de 1935 referem-se à Escola de Medicina Tropical. Utilizo o nome Instituto de Medicina Tropical que perdura durante o período estudado neste trabalho. (ABRANCHES: 2004, p. 39).

⁶⁴ ABRANCHES: 2004, p.39.

⁶⁵ AMARAL: 2011, p, 141; ABRANCHES: 2004, p. 30.

Entre os anos de 1902 a 1975 a Doença do Sono foi tema de investigação recorrente nas missões científicas. Moçambique recebeu missões para estudá-las nos anos de 1910 e 1927. O Diploma Legislativo de julho de 1939, criou a Missão da Doença do Sono⁶⁶. Sediada agora na colônia, sob dependência da Direção dos Serviços de Saúde de Moçambique, ficou encarregada dos serviços de estudo, profilaxia e combate à doença, entretanto possuía um caráter temporário. A partir do ano de 1951 a Missão da Doença do Sono integra a Missão das Tripanossomíases, tornando-se um serviço permanente. Recebia a doença também destaque nos relatórios dos Serviços de Saúde, constituindo entre os anos de 1930 a 1939 um capítulo específico dos relatórios anuais produzidos pelos diretores dos Serviços de Saúde de Moçambique⁶⁷.

A Doença do Sono teve incidência menor ao sul do Save. No território estudado nesta dissertação a população apresentava principalmente: “úlceras da pele, feridas por violências exteriores, doenças venéreas, doenças do aparelho respiratório, paludismo, boubas, doenças dos olhos e doenças do aparelho digestivo.”⁶⁸ Entre essas, a malária (paludismo) teve destaque e foi tema de missões de estudo enviadas a Moçambique, a partir das quais surgiram campanhas específicas para sua erradicação⁶⁹.

A medicina tropical era, portanto, tema de ensino e de pesquisa no Instituto de Medicina Tropical sediado em Lisboa. Este instituto desempenhou importante papel como centro de formação especializada e também como centro de investigação. Como afirma Isabel Amaral: “Com base na interseção do conhecimento de campo nas províncias e o conhecimento científico na metrópole, nasceu a rede de cuidados de saúde pública que definiam a política sanitária no eixo metrópole-colônias.”⁷⁰ Esta rede de saúde pública teve suas estruturas remodeladas ao longo do domínio português em Moçambique. As estruturas dos Serviços de Saúde foram alvo de investimentos coloniais, mas apresentaram também fragilidades na sua manutenção e promoção.

⁶⁶ Diploma Legislativo nº653, publicado no *Boletim Oficial* nº27 de 5 de julho de 1939.

⁶⁷ Os debates sobre o controle da Doença do Sono (principalmente da tripanossomíase animal) foram intensos ao longo do período colonial. Recorrente principalmente no norte de Moçambique, a doença do sono afetava a economia colonial provinda da criação de gado. O controle da doença desdobrou-se em ações sumárias como a execução de animais selvagens com o objetivo de evitar o contágio do rebanho. Segundo o historiador Silvio Correia o processo conhecido como abate da “caça grossa”, coordenado pela Missão de Combate as Tripanossomíases, promoveu o abate de milhares de elefantes, rinocerontes, antílopes e outros mamíferos, entre os anos de 1947 a 1969. Esta ação abalou a fauna local e foi considerada radical por veterinários da época. Entretanto, evidenciou o poder de interferência que os estudos de medicina tropical possuíam nas colônias. Ver: CORREIA: 2011.

⁶⁸ *Relatório dos Serviços de Saúde da Colônia do ano de 1934*. 1939: p.58

⁶⁹ Este tema será retomado no capítulo 3.

⁷⁰ AMARAL: 2011, p.139.

1.3 - Estruturas e funcionamento dos Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique

Criado no último quartel do século XIX, os Serviços da Colónia de Moçambique eram, no âmbito da administração colonial responsável por coordenar os assuntos relacionados a manutenção da saúde pública na colónia. Embora esta dissertação discorra sobre o território do sul de Moçambique faz-se necessário frisar que o conceito de saúde pública estava em sua fase inicial na metrópole, em fins do século XIX. Como salienta a historiadora Ana Cristina Roque “Em Portugal, em meados do século XIX, os Serviços de Saúde Pública eram incipientes.”⁷¹

Na metrópole, a intervenção do médico Ricardo Jorge sobre uma epidemia inaugura um novo momento na saúde pública. Em 1889, uma epidemia de peste bubônica se alastrou pela cidade do Porto. Ricardo Jorge, diretor do Laboratório Municipal de Bacteriologia daquela cidade, identificou o bacilo da doença e propôs ações para sua contenção, como o estabelecimento de um cordão sanitário a partir dos portos da cidade. À época, Ricardo Jorge enfrentou resistências as suas propostas de ação principalmente por estas interferirem negativamente sobre o comércio marítimo.

Entretanto tal episódio marcou o início de uma reestruturação dos serviços de saúde na metrópole, conduzida pela crescente preocupação com a saúde pública⁷². Dez anos após a epidemia de peste, criou-se a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, cujo o objetivo principal era “melhorar a defesa contra futuras epidemias”⁷³. Portanto, data do fim do século XIX a construção de uma rede sanitária voltada para a saúde pública na metrópole, simultaneamente, este processo atravessa o mar e alcança a Moçambique, devido ao início da colonização. Desta forma é possível afirmar que a saúde pública na metrópole é embrionária e contemporânea à criação dos Serviços de Saúde da Colónia,

⁷¹ ROQUE: Ana Cristina. Doença e cura em Moçambique (falta ano, cidade de publicação) p.8.

⁷² Passados cinquenta anos da epidemia de peste, em artigo publicado em Lourenço Marques, o autor Augusto Ornelas relembra a atualidade do discurso sanitário de Ricardo Jorge: “O venerado professor Ricardo Jorge há muito salientou a missão sanitária do médico-clínico. ‘Sem que o médico compreenda que, por imposição de ontológica e necessidade impreterível tem de na assistência individual, zelar a assistência coletiva, não há higiene pública viável.’ Se este dístico era para fazer meditar, nos países tropicais e sub-tropicais, devia ser uma norma, um lema, a orientar a conduta de todo os médicos-clínicos enquadrados no Serviço de Saúde das Colónias.”(ORNELAS: 1939, p.55) Entretanto a repercussão da obra de Ricardo Jorge na medicina sanitária instituída no sul de Moçambique está por ser estudada, sendo possível referenciar análises sobre o impacto das ações de Ricardo Jorge de maneira ampla para Portugal: AMARAL, Isabel Maria Amaral (org.). *Percursos da Saúde Pública nos séculos XIX e XX – a propósito de Ricardo Jorge*. Lisboa, Celom – Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos / FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2010.

⁷³ Notas histórica: 2006, p.23.

no fim do século XIX. No entanto, seus respectivos desenvolvimentos apresentaram disparidades. É dizer: a saúde pública nasceu ao mesmo tempo na metrópole e na colônia, mas na primeira seu desenvolvimento foi mais acelerado.⁷⁴

A criação dos Serviços de Saúde da Colônia de Moçambique é, portanto, anterior a década de 1930, corte cronológico inicial desta dissertação. Desde o final do século XIX diversos decretos organizaram estes Serviços: criaram hospitais e enfermarias, aumentaram o quadro de funcionários, regularam orçamentos. Conforme analisa Ana Cristina Roque:

A história da implantação dos Serviços de Saúde nas Colônias, e no caso específico de Moçambique, é uma história atribulada, marcada por reformas sucessivas desde o primeiro quartel do século XIX, que acompanham não só as vicissitudes de implantação e regulamentação dos mesmos sérios na Metrópole como as da própria implantação do sistema colonial. (ROQUE:2012, p.7)

Vale ressaltar que até 1915 os Serviços de Saúde estiveram sob jurisdição militar, passando à jurisdição civil somente neste ano. Da década de 1880 a 1930, uma boa parte da assistência médica no centro e norte da colônia esteve sob domínio das Companhias Concessionárias que administravam o território. Na Ilha de Moçambique, entreposto comercial português a partir do século XVI, havia o Real Hospital da Ilha de Moçambique (RODRIGUES:2011, p. 15-41). O sul estava sob administração direta de Portugal, mas os cuidados em saúde permaneceram na alçada da marinha portuguesa até 1915. Dois anos depois, foi aprovado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde, divididos em: Conselho de Saúde e Higiene; Repartição de Saúde; Junta Provincial de Inspeção, Hospital de Lourenço Marques; Farmácia e Depósito Geral de Medicamentos⁷⁵.

A assistência da medicina oficial foi realizada foi prestada por diferentes instituições: organismos militares, instituições religiosas (missões protestantes e religiosas), empresas particulares, clínicas privadas e o Estado, através dos Serviços de Saúde. Esta diversidade de instituições privadas e públicas foi característica da assistência médica até o fim do período colonial. Em 1971, o *Relatório dos Serviços de*

⁷⁴ Para melhor contextualizar o desenvolvimento da saúde pública em Moçambique, os orientadores sugeriram-me a leitura bibliográfica e o estabelecimento de comparações com o desenvolvimento desta em Portugal metrópole. Embora tenha lido certa bibliografia sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal (FERREIRA: 1990; FRADA [et all]: 2006), estabelecer comparações objetivas com Moçambique ficou fora do alcance desta pesquisa. A escassez de análises históricas quanto a saúde pública em Moçambique demandaram um esforço maior em reconstituir tal processo na colônia. Ficando as possíveis comparações para um trabalho futuro.

⁷⁵ O Regulamento Geral dos Serviços de Saúde foi aprovado pela portaria nº332, segundo consta na *Resenha Histórica dos Serviços de Saúde* redigida no ano de 1964. (SCCIM-A-6-9 p.20.)

Saúde destacava como responsáveis pela assistência médica, em Moçambique, os serviços do Estado, as missões religiosas e instituições privadas. Como órgãos do Estado provedores de assistência de saúde eram mencionados: “Serviços de Saúde e Assistência, Serviço de Saúde dos Caminhos de Ferro e Transportes, Serviços de Saúde dos Correios, Telégrafos e Telefones; Serviços de Saúde das Municipalidades; Serviços de Saúde das Forças Armadas.”⁷⁶

Concentro minha análise na assistência prestada pelos Serviços de Saúde, órgão implementado pelo Estado. Ficaram excluídos dessa análise os demais órgãos coordenados pelo Estado, como o Serviço de Saúde dos Caminhos de Ferro e Transportes, Serviços de Saúde dos Correios, Telégrafos e Telefones; Serviços de Saúde das Municipalidades; Serviços de Saúde das Forças Armadas.⁷⁷

Há também as relações entre Estado e Igreja Católica no provimento da assistência de saúde, que estão foram objeto específico de análise nesta dissertação. A relação entre o Estado e missões católicas atuantes na colônia de Moçambique foram bastante estreitas, acentuando uma característica da política portuguesa durante o Estado Novo. O papel da Igreja Católica na assistência à saúde em Portugal metrópole era preponderante desde o século XV com o estabelecimento das Santas Casas de Misericórdia. Evidencio, no entanto, que o período aqui tratado, a partir da década de 1930, corresponde a uma centralização da administração e implementação de um serviço de saúde pública, sendo crescente o poder do Estado sobre a saúde. Entretanto a Igreja Católica manteve relações estreitas com à assistência a saúde. Segundo Manuel Gonçalves Martins, no contexto da colonização a instituição Igreja Católica foi considerada pelo Estado Novo “elemento indispensável para o Regime enquadrar as

⁷⁶ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1971*: 1971, p.5.

⁷⁷ Entretanto reconheço que a análise desses órgãos é necessária para se ter uma visão mais ampla a respeito do funcionamento da assistência médica na colônia de mas por razões de tempo e mesmo dificuldade em ampliar as fontes não enveredei pelo assunto. Registro aqui o levantamento feito que poderá servir a trabalhos futuros: BORGES, Álvaro de Sousa Drummond. *Direção dos Serviços dos Portos, Caminhos de Ferro e Transportes da Colônia de Moçambique. Secção de Saúde. Relatório de 1939*. Lourenço Marques: Tipografia dos Armazens Gerais, 1940. (AHU MU DGSA RSH 004) / BORGES, Álvaro de Sousa Drummond. *Direção dos Serviços dos Portos, Caminhos de Ferro e Transportes da Colônia de Moçambique. Secção de Saúde. Relatório de 1940*. Lourenço Marques: Tipografia dos Armazens Gerais, 1941. (AHU MU DGSA RSH 004) / SILVA, Raúl Ribeiro dos Santos Delgado e. *Relatório da inspeção ordinária à Direção dos Serviços de Abastecimento e salubridade da Câmara Municipal de Lourenço Marques no ano de 1973*. Relatório não publicado. (AHU MU ISAU A2.050.02/017.00112)

populações, encontrar seus quadros e Portugal desempenhas a sua ‘Missão Civilizadora’.”⁷⁸

Nos relatórios dos Serviços de Saúde da década de 1930, por exemplo, aparecem mescladas as instalações sanitárias pertencentes ao Estado e aquelas pertencentes à Igreja. Já nos anos de 1940 aparecem discrepâncias entre os relatórios: alguns delegados de saúde incluem as instalações sanitárias das missões católicas no plano da assistência privada, outros as incorporam na assistência prestada pelo Estado. É possível que tal classificação (pública/privada) varie conforme a concepção do autor do relatório, tendo por base os termos legais que aprofundam os vínculos entre Estado e Igreja Católica a partir dos anos de 1940 –Concordata (1940); Acordos Missionários (1940;1950;1953)⁷⁹. Esta ambiguidade na relação entre Estado e missões católicas deu-se também no quadro de funcionários dentro das instalações de saúde do Estado Colonial. No ano de 1937, por exemplo, irmãs católicas foram autorizadas a prestarem serviços de enfermagens em hospitais públicos⁸⁰.

No presente trabalho destaco o papel desempenhado pelos Serviços de Saúde por entender que seu estabelecimento em Moçambique foi consequência de um empreendimento do Estado que buscou a centralização das políticas coloniais, inclusive no âmbito da saúde. O órgão Serviços de Saúde, criado especificamente para gerenciar as questões relativas à saúde, foi responsável por coordenar e aplicar as políticas de saúde na colônia, sintetizando àquilo que chamo de medicina oficial. Analiso aqui, entre as décadas de 1930 a 1970, o funcionamento e as instalações dos Serviços de Saúde, assim como a legislação concernente a ele. Essa triangulação entre funcionamento instalações e legislação estruturou a medicina oficial em Moçambique.

As funções dos Serviços de Saúde eram estabelecer normas sanitárias e fiscalizar seu cumprimento, prover assistência médica a toda população, inspecionar as condições de saúde dos trabalhadores e colaborar com outros órgãos da colônia. A relação de colaboração foi particularmente estreita com aqueles que se ocupavam das questões urbanas nos principais centros de Moçambique.

A passagem a seguir, extraída do *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932*, retrata as condições de insalubridade da cidade de Inhambane

⁷⁸ MARTINS: p.5.

⁷⁹ Idem.

⁸⁰ O decreto nº27:877 publicado no Boletim Oficial nº 34, de 25 de agosto de 1937, autorizou a prestação de serviço de enfermagem por irmãs hospitaleiras nos hospitais do Estado existentes nas colônias.

Com as ruas macadamizadas, algumas já alcatroadas, os bairros de Balane, Tembene e Chivatuno são os especialmente ocupados pela população europeia e asiática. Alguns negros assimilados e mestiços também nele residem em casas de alvenaria. Mas muitos são os indígenas que, à mistura, em rudimentares palhotas de colmo ou caniço, nas piores condições de higiene, e nelas habitam, também, constituindo focos de propagação de muitas doenças e uma ameaça constante para os que vivem mais perto. (...) Em muito piores condições, ainda, se encontram os bairros de Santarém e Chalambe, ocupados especialmente pelos indígenas, com ruas de areia solta, sem água, sem luz, onde raros europeus e muito poucos asiáticos habitam nalgum sombreio de alvenaria. Vivendo em palhotas de colmo, de terra maticada, ou em simples cubatas de folhas de palmeira, de teto quase rente ao solo, nestes dois bairros se aglomera a grande maioria da população indígena, fixa e ocasional. Como falta água canalizada, toda esta gente recorre a poços abertos por uma forma primitiva, ao sabor da comodidade de cada um, consumindo uma água imunda, repugnante, cheia de bactérias e de matérias orgânicas. Claro que, ali nem há baldes, nem remoção de dejetos. E toda aquela gente, que o abuso inveterado do álcool já arruína e depauperava, se vai, assim, depauperando e arruinando mais ainda, deixando-se invadir por vários agentes mórbidos, adquirindo e propagando doenças diversas. (Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932, p. 74)

Diante das condições insalubres dos bairros⁸¹ apresentadas pelo relator e delegado da circunscrição de Inhambane, Calisto Martins, este ressalta qual deveria ser a interferência dos Serviços de Saúde em aliança com outros órgãos para a melhoria do local. Nota-se neste relatório que apesar de ser fazer parte dos Serviços de Saúde, o relator adota uma postura de crítica ao órgão. Calisto Martins afirmou que o órgão Serviços de Saúde deveria, em conjunto com outros serviços:

Aterrar pântanos, regularizar o solo, suprimir e modificar construções, organizar os bairros indígenas, estabelecer esgotos, dar, enfim, condições de salubridade e higiene a esta terra e a todos os seus habitantes, é tarefa dispendiosa, difícil, complexa, mas que é preciso executar com método, tenacidade e urgência, para que Inhambane passe a merecer, sem cruel ironia, a classificação de Sintra de África, com que, desde recuados tempos, vem sendo distinguida. (Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932, p. 74)

A partir Desta descrição o médico e delegado de saúde Calisto Martins estabeleceu um plano de urbanização para a cidade de Inhambane, justificando a urbanização como medida para garantir a boa saúde da população. A idéia era investir em urbanização para assegurada a saúde em território colonial. O destaque dado a higiene pela medicina sanitaria desenvolvida na Europa no século despontava em

⁸¹ Ressalta-se que o autor do relatório descreve os bairros de Inhambane evidenciando as distinções sociais de seus habitantes. Os bairros com casas de alvenarias são habitados por “europeus e alguns asiáticos” além de “alguns negros assimilados e mestiços”, enquanto os bairros com “cubatas” e que possuem “focos de propagações de doenças” eram habitados por “muitos indígenas”. A segregação social, e também racial, nos bairros do Sul do Save não passam ao largo desta análise. A urbanização do sul de Moçambique foi marcada pela constituição de duas cidades dentro de uma mesma cidade. Como Nuno Domingos afirma sobre Lourenço Marques, havia a cidade dos caniços e a cidade de cimento (DOMINGOS: 2012). Uma análise pormenorizada da saúde pública em Moçambique precisará considerar estas diferenças nos centros urbanos.

Moçambique. Ao referir-se a medicina sanitaria e sua importância na colônia durante década de 1930, intelectuais da época chamam-na de “A nova medicina”⁸² e a salientam a importância do conceito de higiene por ela propagada:

A higiene, a medicina preventiva, - ao contrário da velha medicina, que procurava, sem muitas vezes o conseguir, curar doenças – trata de manter a saúde, para evitar a doença. A medicina preventiva corrige, suprime, previne e faz desaparecer. Parece haver como que um antagonismo entre a Higiene e a medicina; mas, aquela, sendo filha desta, como que se divorciou nos seus processos de atuação e na sua finalidade; esta é como que um paliativo tardio à invasão que assaltou o organismo, difícil de expulsar se o organismo não tem recursos próprios de resistência. (ORNELAS: 1939, p.55)

Em Moçambique, o tema a saúde atravessa diferentes dimensões do cotidiano aparecendo desde as discussões sobre habitação, pântanos e até o debate sobre a arborização da cidade⁸³. As cidades estavam em crescimento, o debate sobre urbanização acompanha esse processo⁸⁴. A urbanização das principais cidades ao Sul do Save - Lourenço Marques, Inhambane e Vila de João Belo - era objeto de debate entre autoridades coloniais como médicos, engenheiros e governadores gerais. O título elogioso de “Sintra da África”⁸⁵ dada a cidade de Inhambane e a comparação entre Lourenço Marques e Lisboa⁸⁶ salientam a preocupação em modernizá-las e torná-las mais salubres, acompanhando o desenvolvimento das cidades na metrópole. Em abril de 1949, o engenheiro Manuel Pimentel dos Santos foi convidado pela Secção de Matemática e Engenharia da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique a proferir conferência intitulada “Alguns problemas do município de Lourenço Marques”. Em suas palavras:

⁸² Título dado por Augusto Ornelas a seu artigo sobre a medicina sanitaria, publicado no *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*.

⁸³ Na palestra proferida pelo engenheiro Manuel Pimentel foi ressaltada a importância da arborização em Lourenço Marques como benéfica a saúde pública: “... à existência de árvores, que ao meu ver, formam uma das maiores belezas da cidade, além de defenderem os transeuntes contra a ardência do sol e constituírem autênticos instrumentos de melhoria das condições de saúde urbana pela sua influência benéfica de pulmões que contrabalançam a escassez de parques existentes.” (SANTOS: 1950, p.62)

⁸⁴ Nota-se que esse processo de crescimento urbano e o debate sobre a urbanização não ocorre somente em Moçambique. Nas primeiras décadas do século XX cidades no Brasil, como o Rio de Janeiro, atravessam esses mesmo embates.(CHALOUB: 1996) Deste modo, pode-se dizer que o processo de urbanização ocorrido em Moçambique não é um processo isolado, mas faz parte de uma mudança de paradigma no conceito de cidade. A concepção de cidade transforma-se, mas não influi sobre a maior parte da população, pois esta esteve concentrada em zonas rurais até a década de 1960, quando começa a guerra de independência e aumenta o flux migratório para as cidades do Sul do Save.

⁸⁵ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932*, p. 74. O título faz uma comparação entre circunscrição de Inhambane em Moçambique com a cidade de Sintra em Portugal metrópole. A referência designa-se principalmente devido ambos territórios cidades estarem em altitude elevada e possuírem um clima ameno.

⁸⁶ SANTOS: 1950, p.54.

urbanizar é, antes de tudo, interpretar a alma da cidade, chamemos-lhe assim – isto é, a maneira de viver e de sentir, os usos e costumes, as raças e as religiões. Isto não pode ser conseguido a milhares de quilômetros de distância, mesmo pelos técnicos mais competentes; tem de ser feito aqui, por quem se dedique a compreender e a investigar as características deste aglomerado urbano, onde se cruzam e chocam as influências de civilizações absolutamente distintas. É portanto outra das condições que, a meu ver, a Câmara deve impor: a presença dos autores do plano, não em rápidas e turísticas visitas, mas pelo tempo que seja honestamente necessário para obtenção dos fins que apontei.(SANTOS: 1950, p.61)

O engenheiro abordou questões acerca do fornecimento de água e energia elétrica, habitação, saneamento, recolhimento e aproveitamento do lixo, transportes coletivos, instalações dos mercados da cidade, serviços culturais e educativos e desenvolvimento do turismo. Além destes temas, na passagem citada o engenheiro apontou uma crítica à forma comumente usada para elaboração das diretrizes administrativas. Planos eram desenvolvidos em Lisboa para serem aplicados nas colônias. Por vezes os que elaboravam sequer conheciam a realidade da colônia. Tal crítica feita por Manuel Pimentel, e outros, mostra que apesar do caráter impositivo das políticas coloniais estas encontravam críticas dentro do próprio quadro de funcionário do Estado⁸⁷.

A intervenção dos Serviços de Saúde em favor da urbanização e saúde estendia-se, por exemplo, no debate sobre os pântanos da cidade de Lourenço Marques.

Esse foi um dos temas abordados na conferência de Manoel Pimentel dos Santos. Um dos pântanos, o Infulene, situava-se próximo a zonas habitadas. O engenheiro defendeu a sua drenagem posto que “ameaça com seus miasmas parte dos bairros populares da cidade e da zona industrial.”⁸⁸

Em seguida à conferência, teve lugar um debate, no qual os presentes puderam apresentar suas opiniões sobre o assunto. O engenheiro agrônomo Lerenó Antunes

⁸⁷ Gostaria de poder discorrer mais sobre os diferentes escalões da administração colonial, o quanto tais relações eram verticalizadas, a dizer, hierarquizadas. No entanto por razões de tempo irei apenas pontuá-las, destacando sua principal diferença. Um funcionário em Lisboa não era equivalente a um funcionário na colônia, no sentido de possuírem condições de trabalho diferentes. E mesmo dentro da colônia as posições ocupadas eram diferentes: havia o funcionário que percorria o interior a fazer o recenseamento da população e o funcionário que detinha o maior cargo na colônia, como governador geral. Estes diferentes escalões na administração colonial influenciam elaboração de cada discurso. No caso dos Serviços de Saúde a partir dos relatórios dos delegados de saúde, que eram os médicos que estavam espalhados pelas enfermarias e hospitais da colônia e do relatório do diretor dos Serviços, percebemos tais diferenças de discurso. Os relatórios dos médicos das delegações de saúde salientam as fragilidades enquanto o do diretor valorizava os ganhos obtidos. Na página tal aprofundo esta análise sobre os relatórios dos delegados de saúde.

⁸⁸ SANTOS: 1950, p.81.

Barradas reforçou a importância da eliminação dos pântanos, salientando o duplo benefício que a drenagem traria: a obra de saneamento e o aproveitamento de terrenos férteis para a agricultura. Segundo Barradas, a drenagem não era efetivada por falta de coordenação dos serviços do Estado que não trabalhavam em conjunto. O engenheiro agrônomo indicou quais os serviços que deveriam colaborar na realização da obra: Obras Públicas, Agricultura, Caminhos de Ferro e Saúde: “A *Saúde*, do mesmo modo, pela muita importância que o problema tem no combate ao sezonismo na cidade de Lourenço Marques.”⁸⁹

No fim dos anos 1940 os Serviços de Saúde passam a desempenhar mais uma função: inspecionar a saúde dos trabalhadores indígenas nos serviços públicos e privados. Uma circular de junho de 1949⁹⁰ determinou que os delegados de saúde inspecionassem empresas públicas e particulares com mão de obra indígena e relatassem as condições de higiene e saúde a que estes trabalhadores estavam submetidos. Assim iniciado, o trabalho de fiscalização foi institucionalizado três anos depois com a criação do órgão Inspeção dos Serviços de Assistência aos Trabalhadores Indígenas⁹¹:

A sua ação é extensiva a toda a província, e atua junto das entidades patronais particulares, serviços autônomos, do Estado e dos corpos administrativos, que empregam mão de obra indígena e tem por fim zelar, a assistência médica, alimentação, alojamentos, condições de trabalho e sua higiene e salubridade. (Relatório de 1955: p. 31)

Os Serviços de Saúde, durante sua vigência, foram moldados conforme as reformulações promovidas por decretos e portarias, da legislação colonial. O autor⁹² da *Resenha Histórica dos Serviços de Saúde* ressaltou a adequação dessa legislação e as necessidades do território moçambicano:

É notória a preocupação do legislador em dotar as províncias ultramarinas dos meios funcionais necessários ao bom desempenho da missão dos Serviços de Saúde, e a levar a formar, na própria terra onde nasceram ou residem, pessoal habilitado para a nobre missão da arte de curar. (Resenha histórica dos Serviços de Saúde: 1968, p.15)

Entre as questões reguladas pela legislação figuravam: lista das informações que deviam constar nos boletins mensais das delegações e subdelegações; legislação internacional sobre sanidade marítima; exercício da indústria farmacêutica e preços de

⁸⁹ SANTOS: 1950, p.94. Grifo meu para salientar que a Saúde, refere-se aos Serviços de Saúde.

⁹⁰ Circular n° 922-1ª de 7 de junho de 1949.

⁹¹ Inspeção dos Serviços de Assistência aos Trabalhadores Indígenas foi criado através do diploma legislativo n° 1291, publicado no *Boletim Oficial* de março de 1952.

⁹² Este artigo consta na documentação sigilosa reunida pelo Serviço de Centralização e Coordenação de Moçambique (SCCIM). Não há referências ao autor do artigo nem a sua publicação.

medicamentos; aumento dos quadros técnicos; verba do orçamento das delegações de saúde; diretrizes para formação de enfermeiros e parteiras.

O *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde da Colônia* aprovado em 1920, vigorou até o ano de 1945.⁹³ Em 1933 tal *Regulamento* foi adaptado segundo às exigências da Reforma Administrativa Ultramarina, que impôs nova divisão administrativa do território da colônia, em oito distritos: Lourenço Marques, Gaza, Inhambane, Tete, Quelimane, Moçambique, Cabo Delgado e Niassa. Dessa forma a formação das delegações de saúde acompanhou a divisão administrativa, sendo estabelecida uma Delegação para cada distrito, com a exceção do distrito de Lourenço Marques.

No ano de 1930, o diploma legislativo nº 241, criou a delegação de saúde da cidade de Lourenço Marques, separando-a da delegação de saúde do distrito de Lourenço Marques. A medida foi justificada pelo aumento da população e a importância estratégica da cidade de Lourenço Marques como capital da colônia:

Tendo aumentado consideravelmente nos últimos anos a população europeia e indígena de Lourenço Marques, aglomerando-se na cidade e estendendo-se pelos subúrbios em condições higiênicas defeituosas, o que mostra a necessidade de serem tomadas medidas que permitam exercer uma vigilância sanitária mais eficiente e remover as causas de insalubridade conhecidas. Sendo conveniente que, para esses fins, os serviços de higiene pública da cidade de Lourenço Marques e subúrbios sejam cometidos a um organismo especial, a cargo de um médico que disponha de todo tempo para promover e vigiar a execução integral das leis sanitárias em vigor. (Relatório dos anos de 1930:1931, p.63)

Durante todo período colonial Lourenço Marques foi a única cidade em Moçambique, a ter uma delegação de saúde própria. No total a colônia de Moçambique possuía nove delegações de saúde. Concentrando-se ao sul do Save quatro: Lourenço Marques(cidade), Lourenço Marques(distrito), Gaza e Inhambane. Assim, sob jurisdição de delegações e subdelegações, com hospitais, postos sanitários e enfermarias o sul de Moçambique apresentava, no ano de 1933, as seguintes instalações de saúde⁹⁴:

⁹³ Publicado no *Boletim Oficial* nº15 de 10 de abril de 1920, portaria nº1480.

⁹⁴ Anexo 2, p.157.

Quadro 1 – Instalações de saúde do distrito de Lourenço Marques, divididas por subdelegações – ano de 1933.

	Subdelegações	Instalações de saúde
	Delegação de Saúde de Lourenço Marquês	Sede Lourenço Marques
Manhiça		Posto sanitário de 2ª classe; enfermaria regional; ambulância da Missão de São Miguel Arcanjo.
Namaacha		Enfermaria regional.
Magude		Enfermaria regional.
Sabié		Enfermaria regional.
Maputo		Enfermaria regional.

Quadro 2 – Instalações de saúde do distrito de Gaza, divididas por subdelegações – ano de 1933.

	Subdelegações	Instalações de saúde
	Delegação de saúde de Gaza	Sede - Gaza
Chibuto		Posto sanitário de 1º classe do Guijá; posto sanitário de 2ª classe do Alto Changane; enfermaria regional; ambulância da ambulância da Missão de Santa Rosa de Viterbo da Malaíce.
Muchope (sede em Manjacaze)		Enfermaria regional de Manjacaze; ambulância da Missão de S. Benedito dos Muchopes.
Bilene (sede em Macia)		Posto sanitário de 2º classe de Macholocuane; enfermaria regional de Macia; ambulância da missão de São Paulo de Messano; ambulância da Missão Suíça de Chicumbane.

Quadro 3 – Instalações de saúde do distrito de Inhambane, divididas por subdelegações
– ano de 1933.

	Subdelegações	Instalações de saúde
Delegação de saúde de Inhambane	Sede - Inhambane	Hospital da delegação; posto de socorro da vila de Inhambane; gafaria de Rivane.
	Inharrime	Posto sanitário de 1º classe de Jangamo; enfermaria regional; ambulância da Missão de São Francisco de Assis de Mocumbi; ambulância da Missão Metodista Episcopal Americana de Inhamachafo.
	Homoíne	Posto sanitário de 2º classe da Maxixe; posto sanitário de 2º classe de Panda; enfermaria regional; ambulância da missão de São João de Deus; ambulância da Missão Metodista Episcopal Americana de Chicucque em Maxixe.
	Massinga	Posto sanitário de 2ª classe de Morrumbene; posto sanitário de 2ª classe de Mocoduene; enfermaria regional.
	Zavala	Enfermaria regional.
	Vilanculos	Enfermaria regional.

De acordo com o regulamento em vigor cada delegação de saúde era coordenada por um médico, responsável por redigir relatórios semestrais a serem enviados para o diretor dos Serviços de Saúde da Colônia. Este, por sua vez, fazia relatórios anuais que eram entregues ao governador geral de Moçambique e ao ministro do ultramar, sendo alguns destes relatórios publicados pelo Ministério do Ultramar. Havia também relatórios feitos por subdelegados de saúde, que quando publicados, eram incorporados aos relatórios anuais do diretor dos Serviços. A existência de relatórios publicados e não publicados não significa dizer que anualmente o diretor dos Serviços de Saúde fazia dois relatórios, um para publicação e outro para controle interno. Um relatório podia ser publicado ou não variando o conteúdo e a dotação orçamentária para o setor de propaganda e publicações da administração colonial. Mas há diferenças notórias entre os relatórios.

Em 21 de fevereiro de 1945, novo regulamento foi dado aos Serviços de Saúde pelo decreto 3.417. Uma das principais alterações foi a reestruturação administrativa destes Serviços, que passam a ser divididos em quatro Círculos de saúde: do Sul do Save; de Manica e Sofala; da Zambézia e do Niassa. O Círculo de Saúde do Sul do Save ficou dividido em três distritos sanitários: de Lourenço Marques; de Gaza; de Inhambane. Os distritos sanitários por sua vez eram divididos em delegacias de saúde.

Se compararmos as subdelegacias de Saúde existentes no ano de 1933 e as delegacias de saúde existentes no ano de 1955, verificaremos que a legislação alterou o estatuto das instalações, elevando-as de subdelegações para delegações, mas não ampliou o número das mesmas. Em 1945 foram nomeadas delegacias de saúde as instalações já existentes, não implicando a nova nomeação uma melhora em suas estruturas.

Quadro 4 – Subdelegações elevadas a categoria de delegacias saúde.

Área administrativa	Ano de 1933	Ano de 1955
Lourenço Marques	Subdelegação de Saúde de: Lourenço Marques, Manhiça, Namaacha, Magude, Sabié, Maputo. Total:6	Delegacia de Saúde de: Lourenço Marques, Manhiça, Marracuene, Maputo, Namaacha, Sabié. Total:6
Gaza	Subdelegação de Saúde de: Gaza, Chibuto, Muchope, Bilene. Total: 4	Delegacia de Saúde de: Gaza, Muchopes, Chibuto, Guijá, Bilene, Magude, Alto Limpopo. Total: 7
Inhambane	Subdelegação de Saúde de: Inhambane, Inharrime, Homoíne, Massinga, Zavala, Vilanculos. Total: 6	Delegacia de Saúde de: Inhambane, Zavala, Inharrime, Homoíne, Morrumbene, Massinga, Vilanculos, Govuro. Total: 8
Total:	16 Subdelegações de Saúde	21 Delegacias de Saúde

É possível observar que entre as delegacias de saúde instituídas em 1945, estavam instalações considerados em 1933 postos sanitários, e apenas promovidas de categoria pelo novo regulamento em vigor. Foi o caso de Marracuene, no distrito de Lourenço Marques; Guijá e Alto Limpopo, em Gaza; Morrumbene em Inhambane. Só a delegacia do Govuro, em Inhambane, foi criada em 1945.

Entre os anos de 1946 a 1950 o Serviço de Saúde interrompeu a construção de novas instalações de saúde apresentando como justificativa o tamanho da rede sanitária e a falta de profissionais que ocupassem os cargos já existentes:

Cerca de dois terços do território de Moçambique estão hoje ocupados por uma rede sanitária de hospitais, enfermarias, postos sanitários e maternidades, escalonados não com uniformidade, mas de harmonia com a densidade populacional e cujo limite máximo de expansão já foi atingido, por não ser prático nem compensador fazer construções e dispersar pessoal, aliás já insuficiente para as formações sanitárias existentes, em determinadas áreas. (*Relatório Serviços de Saúde dos anos de 1946 a 1950*: 1952, p.37)

Modificações aos Serviços de Saúde voltaram a ocorrer nos anos 1950. Após o fim da 2ª guerra mundial, com o início das descolonizações em África e Ásia, o governo português preocupou-se em assegurar suas colônias, procurando por todos os meios legitimá-la diante da comunidade internacional. Uma forma de fazer isso foi tratá-las como extensões da metrópole, nomeando-as legalmente como províncias ultramarinas. Assim o governo português propagava não ter colônias, e sim províncias.

Em 23 de janeiro de 1964 o decreto nº45.541 aprovou o novo *Regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar*, reformulando-os mais uma vez. Aos Serviços de Saúde foram incorporados departamentos específicos para tratar da saúde do idoso e do incapacitado:

a fim de acompanhar a evolução que se observava em toda parte, prevendo e fazendo entrar em funcionamento novos Serviços e departamentos especialmente ligados à problemática da saúde pública, da assistência na doença, da invalidez e da incapacidade, assim como os relativos à preparação e formação de pessoal técnico de todos os ramos. (*Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1968 e 1969*: 1972: p.5)

O inventário das instalações e serviços de saúde criados pelo Estado colonial português em Moçambique não deve obscurecer as diferentes realidades e dinâmicas observadas nas zonas urbanas, as cidades e nas zonas rurais, o ‘mato’.

Segundo entrevista realizada com António Rita-Ferreira⁹⁵, o ‘mato era o termo usado para designar qualquer lugar em Moçambique fora dos principais centros urbanos. A utilização deste termo faz-nos refletir sobre a construção dos olhares portugueses sobre o território colonizado. Fora dos centros urbanos as paisagens eram descritas como agressivas e perigosas. O mato era todo espaço onde a presença portuguesa era diminuta, quando não nula, e por isso simbolizava um local de perigoso.⁹⁶

⁹⁵ António Rita-Ferreira foi funcionário do Estado Colonial Português em Moçambique entre os anos de 1946 a 1975. Realizei duas entrevistas com este senhor durante o ano de 2013, referenciadas na seção de fontes desta dissertação.

⁹⁶ “A saída de Lourenço Marques, oferece-nos a paisagem desolada do sul da colônia. É a savana com a sua tristeza, as suas árvores raras e contorcidas, a erva rasteira e os arbustos espinhosos, tudo pulverulento e pardo, ressequido e hostil. Neste vasto ermo calcinado pelo sol, escondem-se de dia e rodam ao

O cotidiano no “mato” era descrito pelos médicos como de excessivo trabalho e estrutura deficitária. Nas palavras de Antonio Brito, médico na circunscrição de Homoíne, o trabalho dos médicos nas povoações do interior de Moçambique era “obscuro e inglório”⁹⁷. Em seu relatório, no ano de 1930, o adjunto da delegação de saúde de Inhambane afirmou: “Os múltiplos e graves deveres inerentes a nossa profissão nesta Delegação, sempre nos absorveram o tempo todo, mal nos deixando o indispensável para as refeições e um reduzido repouso.”⁹⁸ Vinte anos depois, em 1952, Sarmiento Rodrigues adverte aos médicos recém-formados em Lisboa que não esperassem em África estruturas exemplares, mas que se imbuísse de um espírito missionário e se esforçassem em seu trabalho nas condições existentes:

O médico que vai para África não deve ir com a disposição de quem vai dirigir um laboratório metropolitano ou um hospital modelar. Nem deve esperar bons hospitais nem bons laboratórios. Mas terá de sentir-se capaz de ser um bom clínico ou um corajoso operador e de, por vezes, olhar também ao microscópio. Os grandes médicos, dignos desse nome, nunca recearam os calores do mato, nem a pobreza das palhotas para exercerem a sua acção. Enquanto uns preferem a consulta nas salas dos hospitais, à espera dos doentes, outros internam-se pelo mato e vão buscá-los ou tratá-los às suas aldeias sertanejas. Enquanto uns publicam editais com medidas profilácticas que ninguém cumpre, nem cuja notícia sequer chega ao interior, outros vão pelas senzalas, mobilizam as gentes e fazem grandes obras de higiene. (RODRIGUES: 1962, p.10)

Por vezes os delegados de saúde acumulavam funções, uma vez que vasta área ficava sob cuidados de um único médico para uma vasta área. Em 1949, por exemplo, o delegado de saúde de Homoíne atendia uma população de 119.625 habitantes distribuídos por uma área de 12km². Suas tarefas incluíam atender doentes, realizar cirurgias, prestar atendimento nas maternidades, visitar os postos sanitários, fiscalizar a higiene das empresas públicas e particulares e inspecionar os indígenas recrutados para as minas do Tansvaal. Ocorria também de um delegado ficar encarregado de mais de uma delegacia de saúde, como o delegado Antonio Belline Jara que esteve encarregado simultaneamente das delegacias de Homoíne e Morrumbene, tendo que percorrer os 50km que as separava “por estradas diferentes e bastantes bastante más, sendo assim evidente que grande parte do tempo será ocupado na visita e ligação com a sede.”⁹⁹

anoitecer o leão e a pantera, a hiena e o chacal.” (*Primeiro Congresso Médico de Lourenço Marques*:1938, s/paginação)

⁹⁷ BRITO: 1932, p.27.

⁹⁸ Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1930: 1931, p.85.

⁹⁹ Relatório sobre a delegacia de saúde de Homoíne que consta nos *Relatórios das inspecções efetuadas durante o 1º semestre de 1949 pelos delegados de saúde*. (relatório não publicado)

Os relatórios dos delegados e subdelegados apontavam as ineficiências dos Serviços de Saúde. Estas ineficiências passavam por questões de estruturas dos edifícios das enfermarias e dos postos sanitários, a falta de combustível para abastecer os veículos que transportavam médicos, enfermeiros e pacientes e alcançavam até questões sobre a instalação e funcionamento de aparelhos. As deficiências dos Serviços de Saúde eram pontos recorrentes nos relatórios dos delegados de saúde. As deficiências podiam variar desde a estrutura das enfermarias a te a falta de material cirúrgico como foi o caso da delegacia de Homóine quando em fins de maio de 1949 a falta de pense (gases) obrigou o delegado Antonio Belini Jara a suspender toda cirurgia que não fosse de urgência¹⁰⁰. Na delegacia de Gaza, o médico Antônio Luiz de Sousa Sobrinho afirmava que:

Apesar de a assistência indígena ter sido feita em maior escala que no ano transacto, como se pode constatar pelos documentos estatísticos, muito mais teria sido feito se as causas que foram enumeradas no relatório do ano findo – falta de formações sanitárias, de pessoal de enfermagem e meios de transportes – tivessem sido suprimidas.” (*Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1937: 1941*, p.63)

Entre as dificuldades encontradas nos Serviços a de Saúde figuravam as relativas às instalações: prédios inacabados, construídos com barro e paus (palhota), falta de leitos e a inexistência de postos sanitários em áreas mais afastadas dos centros urbanos. A precariedade das instalações na subdelegacia de saúde do Bilene, pertencente à delegacia de saúde de Gaza, foi notificada por três anos consecutivos. Em 1931 o delegado César Augusto Simões frisou que Bilene não tivera receita para obras e o médico subdelegado não possuía sequer uma casa para habitar: “À subdelegação de Saúde do Bilene, nenhuma importância coube da verba da assistência indígena. Nada há feito naquela subdelegação, vivendo o subdelegado em casa de empréstimo.”¹⁰¹ No ano seguinte, o mesmo delegado reintera em seu relatório a falta de instalações naquela localidade: “Pena é (...) que não haja instalações condignas para bom funcionamento da enfermaria regional”¹⁰² Em 1933, para chamar a atenção de seus superiores para o problema, César Augusto Simões transcreveu parte do relatório do subdelegado responsável por Bilene:

Encontra-se o hospital desta subdelegação de saúde instalado em precárias condições, em palhotas de caniço maticado e capim, idêntica às dos indígenas. Em uma dessas palhotas, onde está instalada a farmácia e secretaria, dificilmente se pode

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1931: 1933*, p. 61.

¹⁰² *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932: 1934*, p. 58.

trabalhar por falta de ar e luz. (*Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1933: 1935, p. 52*)

Outro problema recorrente dos Serviços de Saúde era a falta de equipamentos necessários para o atendimento médico. Por vezes, mais do que a falta, havia empecilhos à utilização do equipamento existente. É possível acompanhar o caso de um aparelho de raio-X na Delegacia de Saúde de Inhambane. Em 1929 o relator comemorou a chegada do equipamento, no entanto advertia para a necessidade de se ter um espaço e instalações elétricas que permitissem seu uso:

Requisitado por nós em junho de 1928, chegou em julho de 1929 um aparelho de raio-X, marca Victor, cuja a aquisição representa um grande benefício não só para a população de Inhambane nas também para todo o distrito. Este aparelho está condenado a permanecer durante tempo indeterminado sem ser aproveitado por falta de um transformador de corrente correndo o risco de se deteriorar visto a casa que se encontra, única disponível e mais própria, necessitar de obras que já foram pedidas a Seção de Obras Públicas local há aproximadamente quatro meses e até hoje não foram satisfeitas. (*Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1928-1929: 1930, p.197*)

No relatório de 1930, o mesmo médico, Elísio Lúcio Vaz e Gândora, queixava-se de que o equipamento permanecia inativo:

por não haver ninguém devidamente habilitado que o monte. É duma grande necessidade a montagem do aparelho, pois várias vezes este ano, foram enviados doentes para Lourenço Marques, a fim de serem radiografados, e estes exames simples poderiam ser feitos localmente e com a maior das facilidades. Um dos obstáculos grandes que também impedem a montagem deste aparelho é a intensidade da corrente elétrica fornecida pelo gerador da Câmara, que além de só funcionar de noite apresenta o defeito do cabo ter uma sessão demasiado fina, não conduzindo por isso a eletricidade suficiente para fazer trabalhar o aparelho. (*Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1930: 1931, p.81*)

O novo delegado de saúde de Inhambane, Antonio Guimarães, depois de assumir o cargo no final de 1931, transcreveu em seu relatório as informações registradas pelo antecessor. A questão do aparelho de raio-X permanecia sem solução: “há dois anos e meio continua encaixotado, por a instalação elétrica tal como está, não permitir seu funcionamento.”¹⁰³ Somente em 1932, Guimarães registrou o funcionamento do aparelho de raio- X ainda que em condições precárias. Fora “montado e instalado em

¹⁰³ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1931: 1933, p.64.* O relatório ainda afirma que a falta de colaboração entre os Serviços de Saúde e a Câmara Municipal de Inhambane era o fator que impedia a instalação do equipamento, sendo a Câmara responsável por prover a energia elétrica. Isto mais uma vez reforça a ideia de que os Serviços de Saúde dependiam de outros órgãos da administração para o seu trabalho.

outubro no atual posto de socorro, onde provisoriamente presta os seus serviços até que a Câmara garanta no hospital uma corrente superior.”¹⁰⁴

No ano de 1934 o mesmo delegado queixava-se da falta de combustível para a realização dos serviços em Inhambane: “Os inqueritos que os subdelegados de saúde se propuseram fazer não passam do seu início, por deficiência de verba para combustível.”¹⁰⁵ Para que os serviços de assistência não ficassem limitados à sede das subdelegações, Antonio Guimarães sugere que a verba destinada a transportes teria de ser dobrada, entretanto com a administração centralizada em Lourenço Marques e Lisboa não era possível o delegado remanejar recursos para aquisição de combustível.

O problema dos deslocamentos de médicos e enfermeiros pelo território da delegacia de saúde estava para além da questão da falta do combustível. Estradas deficientes, falta de manutenção dos veículos e constavam entre os entraves dos Serviços de Saúde como sintetiza Antonio Guimarães em no relatório do ano de 1935: “o principal dos males, entre outros, que tem prejudicado o bom desempenho do serviço de assistência médica no ‘mato’, é a inexistência do serviço de transportes organizado e regulamentado como convém”¹⁰⁶.

A partir da legislação promulgada pelo Estado Colonial Português em 1930 e da legislação específica sobre os Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique, busquei traçar um panorama de como estava estruturada a medicina oficial. No capítulo seguinte detenho-me em como estes Serviços, aliado a outros, lidou com a população de Moçambique, em específico àquela designada pela Carta Orgânica de Moçambique do ano de 1933, como indígena. Busco perceber qual foi o impacto da medicina oficial no cotidiano desta população.

¹⁰⁴ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932: 1934*, p.63-64.

¹⁰⁵ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1934: 1936*, p.67.

¹⁰⁶ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1935: 1937*, p.66.

Capítulo 2

A “Assistência ao indígena” nos Serviços de Saúde

Você, Doutor, também é feiticeiro.
Apenas tem medo dos seus poderes.
(Diálogo entre Dona Munda e o médico
Sidónio) COUTO: 2008, p.125

A “Assistência ao indígena”, assim nomeada, foi tema recorrente nos relatórios dos diretores, delegados e subdelegados dos Serviços de Saúde. Nestes relatórios, até o ano de 1961 constava um capítulo intitulado Assistência Médica ao Indígena ou somente Assistência Médica¹⁰⁷, que discorria sobre o orçamento e os investimentos realizados, as principais doenças entre aquelas populações e os tratamentos realizados durante o ano em questão. Na formação dos médicos no Instituto de Medicina Tropical, Assistência Indígena era cadeira obrigatória¹⁰⁸. Após o ano de 1961, com a abolição do Estatuto do Indigenato, os relatórios passaram a tratar aqueles até então designados como indígenas como “homens africanos” ou “populações de Moçambique”. Mas entre a lei e a prática perdurou uma contradição, pois mesmo não sendo mais nomeado “indígena”, o homem africano era ainda encarado como ser que devia estar sob tutela do Estado Colonial, sendo este responsável por melhorar os Serviços de Saúde a fim de que pudessem atender “sem qualquer discriminação racial (...) todos os habitantes que deles possam beneficiar”¹⁰⁹. Como ressaltou o relator do Serviço de Centralização e Coordenação de Informações de Moçambique: “como a mentalidade do homem não evolui com a mesma rapidez com que a lei converte um indígena em cidadão, importa, nessa evolução, usar-se dos máximos cuidados, de muito equilíbrio e de maior prudência..”¹¹⁰

Fosse indígena ou homem africano, os Serviços de Saúde buscaram ao longo das décadas de 1930 a 1970 implementar ações em prol da melhoria das condições de saúde desses contingentes humanos. Desde a formação de médicos até as instalações sanitárias na colônia, a política de saúde abrangia a saúde da população de Moçambique. Para o delegado de saúde de Inhambane, Antonio Oliveira Guimarães, em 1935 “a mais

¹⁰⁷ Nos relatórios realizados pelos médicos diretores dos Serviços de Saúde o capítulo intitulava-se Assistência Médica aos Indígenas, nos relatórios dos delegados e subdelegados intitulava-se Assistência aos indígenas.

¹⁰⁸ Decreto nº 29.532 de 14 de abril de 1939, cria a 6ª cadeira do curso de Medicina Tropical do Instituto de Medicina Tropical, intitulada Assistência Indígena.

¹⁰⁹ APUD: Relatório do ano de 1971, p.1, citação da fala do médico Ayres Kopke.

¹¹⁰ *Actividade do serviço de ação psicossocial desenvolvida até 31 de março de 1963*. Relatório não publicado, p.9.

importante das funções de que estão encarregado os Serviços de Saúde nas Colónias é, indiscutivelmente, a da assistência médica aos seus nativos.”¹¹¹ Formulação semelhante ainda se encontra no fim da década de 1960: “Confirma-se a doutrina dos diplomas anteriores que conferem ao homem africano a sua saúde física e mental o lugar mais alto na escala dos objetivos.”¹¹²

Para médicos e administradores coloniais, esta ‘missão’ tinha como contrapartida a necessidade de convencer os indígenas da importância de utilizarem os Serviços de Saúde, tarefa esta a que deveriam se dedicar, com empenho, médicos e enfermeiros através da persuasão, de atividades educativas ou pela força policial, não necessariamente na ordem aqui descrita. A *Resenha Histórica dos Serviços de Saúde* elaborada em 1968 reafirmava a preocupação em convencer os indígenas a utilizarem os Serviços de Saúde:

A preocupação dominante dos governantes tinha sempre nos seus atos legislativos, a constante sagrada de prevenir e combater as doenças que flagelavam os trópicos. A prolixidade de reformas na estrutura sanitária do ultramar prova, a priori, que se procurava, com a experiência adquirida pelos anos, limar arestas, burilar imperfeições e adaptar os meios técnicos sanitários das respectivas épocas às condições da ‘habitat’ das províncias, com o condicionalismo a tabus próprios das suas populações. A persuasão foi sempre a arma empregue para que os aborígenes aceitassem progressivamente os benefícios que os Serviços de Saúde lhes traziam. (SCCIM - *Resenha histórica dos Serviços de Saúde*: 1968, p.6)

2.1 Política e antropologia nas campanhas de educação sanitária

Nos relatórios dos Serviços de Saúde, recorrentemente os médicos afirmavam quão benéficos eram para a população os investimentos na “Assistência indígena”, embora envolvendo recursos financeiros, tempo e esforços por parte de médicos e enfermeiros oficiais. Aplicar recursos em prol da “Assistência indígena” era investir na resolução dos problemas higiênicos na colônia e potencializar a força de trabalho da população, conforme afirmou em meados dos anos 1930 o médico Calisto Martins, da Delegação de Saúde de Inhambane: “o dinheiro gasto com eles é altamente remunerador, produtivo. É uma aplicação de capital com juro, bem compensador, se traduz numa maior capacidade de trabalho dos indivíduos, pela defesa da saúde e da vida.”¹¹³

Um dos meios para solucionar os problemas higiênicos da colônia era instruir as populações quanto aos hábitos higiênicos considerados salutáveis por médicos oficiais.

¹¹¹ Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1935: 1937, p.66.

¹¹² SSCIM A.6.9: p.22

¹¹³ Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932: 1934, p.78.

Tendo como prerrogativa a prevenção de doenças, a ação médico-sanitária destacava a higiene como forma de garantir a saúde:

A microbiologia, a parasitologia, a quimioterapia, a dialética, a imuno-química e a eugenia, a puericultura, numa palavra, a ação médica-social e sanitária, são como os troncos que suportam a admirável cúpula que é hoje a higiene e previne para a vida, na cidade, na oficina, no domicílio, no campo, no organismo humano, evita-lhe o mal, dando-lhe largo potencial para a luta. (ORNELAS:1939, p.55)

Para tornar a higiene um hábito era necessário instruir as populações quanto aos meios e objetivos das práticas associadas a ela. A educação sanitária na colônia devia dirigir-se principalmente aqueles considerados sob tutela do Estado, os quais deviam ser alcançados pelos propósitos da “missão civilizadora”. Entre os anos 1968 e 1969, Armando Augusto de Barros, médico diretor dos Serviços, ratifica em seu relatório a necessidade de investir em instrução sobre hábitos de higiene junto à população de Moçambique. Segundo o relator, ao fim da década de 1960 eram baixas as estatísticas quanto ao número de pacientes que procuravam os Serviços de Saúde, e a explicação residia no desconhecimento dos benefícios que a medicina oficial poderia levar a estas populações:

principalmente, incentivar a educação sanitária, perante aqueles em que a assistência médica ainda é tabu. A luta começou a ser travada com os agentes sanitários de assistência rural, funcionários que, normalmente, trabalham nas terras de origem, aconselhando as populações a dirigirem-se às consultas externas para observação e tratamento. Na realidade, a maioria da população só se socorre das formações sanitárias, em última instância, isto é, quando as probabilidades de êxito são quase inexistentes. Vê-se, assim, a correlação que deverá haver entre a assistência direta e a educação sanitária, levando as populações a dirigirem-se ao médico e ao enfermeiro logo aos primeiros sintomas de doenças. (Relatório dos anos 1968-1969, p.30)

A forma como tal educação sanitária era implementada varoiu. Entre cartazes, conversas e brigadas móveis, movimentavam-se na colônia ações a fim de dar a conhecer aos indígenas os hábitos tidos como melhores para a saúde. A distância entre a lei sanitária promulgada e seu estabelecimento na colônia deveria ser encurtada através de ações educacionais que ocorriam “quer pela palavra, quer pela escrita, quer, principalmente, por meio de quadros alegóricos e gráficos, que devem ser afixados nas escolas, missões, repartições, estabelecimentos e até na via e praça públicas, para que todos tomem conhecimento deles e os cumpram rigorosamente.”¹¹⁴ Em 1932, o

¹¹⁴ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932: 1934, p.80.*

delegado de saúde Calisto Martins propôs estas ações educativas ocorressem como na metrópole, com auxílio de

quadros com desenhos e cores atraentes indicando as diversas fases da tuberculose, do *Schistosoma hematobium*, dos efeitos destruidores do álcool, da disenteria, da malária, da falta de cuidados com as crianças... assim como os meios e forma da propagação de todas estas doenças. (Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1932: 1934, p.80)

Estava o médico convencido de que, diante de uma população que não dominava a língua portuguesa escrita, as ilustrações, mais do que as palavras, poderiam resultar em esclarecimento efetivo. Foi inclusive criado um serviço do Estado Colonial específico para realizar essas atividades educativas junto às populações de Moçambique.

O Serviço de Acção Psico-social foi criado pelo governador geral de Moçambique, através do Diploma Legislativo Ministerial nº28, de 19 de outubro de 1961.¹¹⁵ As atribuições deste Serviço compreendiam visitas e orientação a empresas públicas e privadas quanto à assistência a ser dada aos trabalhadores, e também ação nas povoações, através das brigadas de Acção Psico-social.

As “visitas de estudo e doutrinação” realizadas por inspetores do Serviço de Acção Psico-social às empresas existentes no território da colônia deveriam ter como foco registrar a assistência social prestada, argumentando-se que “as condições de vida no local de trabalho devem ser atrativas e deixar boa recordação num contraste bem forte com aquilo que o trabalhador normalmente dispõe na sua residência habitual.”¹¹⁶ Para que este objetivo fosse alcançado, os inspetores do Serviço de Acção Psico-social aconselhavam os administradores de circunscrição, os recrutadores de mão-de-obra e empresas contratantes quanto às condições do local de trabalho, incentivando-os a investir em um ambiente iluminado, com aparelhos radiofônicos, escola para os filhos dos trabalhadores, criação de campos de jogos e cantinas¹¹⁷. Todos esses investimentos

¹¹⁵ Para o Serviço de Acção Psico-social não consegui reunir vasto conjunto de fontes. A principal fonte aqui utilizada é um relatório intitulado “*Actividade do serviço de acção psicossocial desenvolvida até 31 de março de 1963.*”. Este relatório não foi publicado. Em todas as suas páginas há a palavra “Confidencial”. Encontra-se disponível para consulta no Arquivo Histórico Ultramarino. Ressalto, no entanto foi produzido pelo Serviço de Centralização e Coordenação de Informações de Moçambique (SCCIM), órgão responsável por fazer dossiês sobre temas diversos respeitantes à colônia de Moçambique, conforme as demandas do Ministério do Ultramar. Nenhum material elaborado pelo SCCIM poderia ser publicado visto que era considerado informação confidencial, à qual somente a administração colonial poderia ter acesso.

¹¹⁶ Idem, p. 15.

¹¹⁷ Idem, p. 16, 33.

serviriam para que “a evolução do trabalhador se processe no mais curto prazo possível, e dela venha a obter-se apreciável aumento de produtividade.”¹¹⁸

Além do trabalho de cooperação direta com as empresas públicas e privadas, o Serviço de Acção Psico-Social possuía outra função: criar brigadas de acção psicossocial para percorrer as regiões mais afastadas dos centros urbanos, entrar em contato com os habitantes das povoações rurais, promover reuniões públicas com elas, incentivar festivais desportivos e culturais. Tudo isso tinha em mira promover “a boa harmonia na comunidade multirracial da província de Moçambique”, que, em concordância com o discurso do lusotropicalismo, constituía o “elemento básico da unidade nacional”¹¹⁹. Dito de outra maneira, a missão das brigadas era colaborar com a formação de uma consciência nacional.

Na década de 1960 iniciou-se em Moçambique a luta de libertação contra o domínio colonial. Neste contexto, Foi criado o Serviço de Acção Psico-Social e suas brigadas com claro propósito de reforçar o domínio português. As brigadas atuaram em todo território de Moçambique, porém o relatório do ano de 1963 salientava que as prioridades eram os distritos ao norte e ao centro, principalmente aqueles que faziam fronteira com países nos quais a guerra de libertação estava em curso, ou cuja libertação já havia sido obtida, como a Niassalândia, Tanganica e a Rodésia¹²⁰.

As brigadas possuíam, portanto, a função específica de tornar a administração colonial mais próxima da realidade das povoações rurais, conhecendo-as, entretendo-as e, principalmente, fomentando nelas um espírito nacional de pertencimento a Portugal:

a utilidade que as brigadas poderão vir a desempenhar na sua alta missão de descontração das populações e na auscultação do seu estado de espírito, ao mesmo tempo que na formação de uma sã e esclarecida consciência nacional, pelo convívio que venham a manter na sua acção de esclarecimento de ordem vária e de difusão da língua portuguesa. (*Actividade do Serviço de Acção Psico-Social desenvolvida até 31 de março de 1963: Relatório não publicado, p.100-101*)

A língua portuguesa ganhou destaque nesse processo tardio de construção de uma nacionalidade. Os inspetores do Serviço de Acção Psicossocial sugeriram que a

¹¹⁸ Idem, p.29.

¹¹⁹ Idem, p.21.

¹²⁰ Idem, p.57, 58, 119. A colônia inglesa de Niassalândia (hoje Malawi) conquistou a independência em 1964; a Tanganica(hoje Tanzânia) em 1962, e a Rodésia do Sul (hoje Zimababwe) em 1965.O relator observou que em Mossurize a população estava muito arredia quanto à presença dos portugueses. Sendo uma região de fronteira com a Rodésia do Sul o inspetor relacionou isso ao contexto de guerra de libertação daquela colônia, afirmando que “A Rodésia do Sul, atravessa um período de agitação e as nossas populações do plantalto consideram-se mais rodesianas que portuguesas. A ação da brigada destacada deve cingir-se ao planalto (...)Ali impõe uma ação muito intensa, acompanhada de medidas tendentes a subtraí-los à órbita da Rodésia” (Idem, p.57)

língua portuguesa deveria tornar-se mais presente no cotidiano das populações principalmente através da exibição de filmes, da radiodifusão e de cartazes afixados em locais de trabalho e hospitais:

Deverão elaborar-se cartazes com frases que despertem o interesse pela língua portuguesa, para a disseminação em larga escala por toda a província, em lugares públicos e particulares, convindo que o Serviço Extra-Escolar, receba sugestões de todos os interessados na campanha. A edição de novos cartazes deverá fazer-se periodicamente, numa sucessão ininterrupta, e o Serviço Extra-Escolar contará com a colaboração do Serviço de Acção Psico-social na materialização desta ideia. Convém pedir a colaboração da imprensa e da rádio. (*Actividade do serviço de acção psicossocial desenvolvida até 31 de março de 1963*: Relatório não publicado, p.62)

Os cartazes eram meios que se prestavam a dupla propagação: da língua em si e de uma ideia desejada. A ideia proposta no ano de 1932 pelo médico Calisto Martins tomou forma definida a partir da criação do Serviço Extra-Escolar¹²¹, que passou a atuar junto com o Serviço de Acção Psico-social na década de 1960. Cartazes em língua portuguesa exibidos nos locais de trabalho e hospitais instruíam as populações também quanto aos hábitos de higiene que estas deveriam adotar em seu cotidiano.



Figura 1 - Ilustração divulgada pelo Gabinete de Acção Psico-Social, 1962. A legenda da imagem diz: “Ele toma banho para ser limpo e saudável. Ela varre a casa e o quintal porque o lixo dá mau aspecto e prejudica a saúde.”

¹²¹ As informações sobre o Serviço Extra-Escolar foram retiradas do relatório *Actividade do serviço de acção psicossocial desenvolvida até 31 de março de 1963*. Não foi possível definir a data de criação deste Serviço, entretanto as informações mostram que este Serviço trabalhava em conjunto com o Serviço de Acção Psicossocial, criado na década de 1960, o que nos leva a supor que o Serviço Extra-Escolar tenha sido nesse mesmo período. Entre suas funções estava a de colaborar com a criação gráfica de mensagens destinadas a instruir as populações fora do ambiente escolar.

Nos cuidados com a saúde, além da instrução quanto aos hábitos de higiene a adotar (tomar banho e limpeza da residência, como na figura 1), figuravam hábitos a evitar, como ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de cachimbo. O Serviço de Acção Psico-Social preocupou-se também em instruir as populações de Moçambique quanto à reação que deveriam ter em relação a um inimigo onipresente no território moçambicano: o “feiticeiro”.



Figura 2 - Ilustração divulgada pelo Gabinete de Acção Psico-Social, 1962. A legenda da imagem diz: “O homem civilizado não acredita em feitiços ou feiticeiros, e ri deles.”

Segundo o relatório do ano de 1963, “todos os atos das brigadas, desde a bola ao cinema, tem de visar a propaganda ou o combate a um conceito de uma ideia”¹²² A ideia principal a ser combatida era a desconfiança, quando não negação, do domínio dos portugueses. Segundo o inspetor do Serviço de Acção Psico-Social, Romeu Ferraz de Freitas que atuou junto às brigadas do Serviço, as populações visitadas reagiam com

¹²² *Actividade do Serviço de Acção Psico-Social desenvolvida até 31 de março de 1963: Relatório não publicado*, p.76.

desconfiança, agressividade, afirmando que “todas elas descreem do branco e do Governo mas a grande maioria (...) não é conscientemente contra nós.”¹²³

Para combater esta resistência, os inspetores do Serviço de Acção Psico-Social sugerem uma série de medidas que os funcionários das brigadas deveriam tomar, exortando-os a utilizarem com cuidado a trivial conversa corpo-a-corpo, de maneira a conhecer o “estado de espírito das populações”¹²⁴. Os funcionários das brigadas deveriam iniciar as conversas “com carácter utilitário falando da saúde, da higiene, da água, da alimentação, do vestuário, dos filhos e da família mas nunca com carácter de censura, embora haja lugar a ela”¹²⁵

O Serviço de Acção Psicossocial possuía como tarefa principal aproximar-se das populações de Moçambique, principalmente nas regiões rurais. Sobre a acção psicossocial nas cidades, o relatório do ano de 1963 não contém muitas informações, mas é uma questão que pretendo investigar com mais cuidado numa futura tese de doutorado. Apenas informa o relatório que tenho em mãos que era reconhecida por todos a necessidade de se promover acções entre as populações urbanas, heterogêneas e de difícil controle social.

Nas cidades, uma grande parte da população é flutuante e nelas vive por curtos períodos de alguns meses ou anos, escapando-se mais facilmente que a população tradicional a qualquer forma de controle. Urge, nessa destribalização, incorporar logo no grupo lusitano pelo controle da vida social, moral e jurídica do africano, que se vê desamparado do apoio e cooperação da tribo. (*Actividade do Serviço de Acção Psico-Social desenvolvida até 31 de março de 1963*: Relatório não publicado, p.101.)

Entretanto este não era o único meio de acção e instrução empregado pela administração colonial. Para conhecer as populações de Moçambique e lidar com elas, o colonialismo contou em muito com a cooperação dos estudos antropológicos e, em menor medida, sociológicos.

As ciências humanas na saúde e na dominação colonial

Os conhecimentos antropológicos sobre o continente africano produzidos por Portugal datam do século XX. A emergência da antropologia como campo de estudos nas academias europeias e americanas situa-se entre o fim do século XIX e início do século XX¹²⁶. A intrínseca relação entre colonialismo na África e Ásia e nascimento da antropologia como estudo sistemático pode ser avaliada sob diferentes aspectos. Adoto

¹²³ Idem, p.71.

¹²⁴ Idem: p.70.

¹²⁵ Idem: p.92.

¹²⁶ Matos: 2012; DIAS: 1982.

a perspectiva de que a antropologia foi ferramenta utilizada pelo Estado colonial português para manutenção de seu domínio no território de Moçambique. Segundo a antropóloga Patrícia Ferraz de Matos, a antropologia não esteve ao serviço do colonialismo mas emergiu nesse contexto. Discordo desta afirmação na medida em que a antropologia não apenas formou-se neste contexto, mas também foi utilizada pelos governos coloniais, no estabelecimento de uma oposição entre o eu civilizado(europeu) versus o outro não civilizado (africano, asiático).Como salienta o sociólogo José Luís Cabaço(2009:p.83-91), a antropologia interviu nas formas de administração colonial. Embora no caso português, prática portuguesa tenha ficado aquém da teoria.¹²⁷

Na produção antropológica portuguesa, a antropologia física teve destaque até o fim da década de 1950. Estudava o homem biológico na tentativa de definir raças, tendo como principal ferramenta a antropometria. O trabalho dos antropólogos consistia em recolher partes do corpo (ossos, pele, cabelo), fazer mensurações e preencher questionários enviados pela metrópole.¹²⁸ O declínio desta vertente antropológica esteve relacionado ao declínio do conceito de raça, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. Já nos anos de 1920, afirmavam alguns que raça, enquanto categoria científica, era uma abstração, dada a impossibilidade de determinar uniformidades biológicas nos grupos humanos, devido a diversidade de características somáticas nas diferentes sociedades. Em 1961, o antropólogo português Jorge Dias escreveu sobre declínio da antropologia física em outros países, entretanto salientou o quanto era ainda presente em Portugal¹²⁹.

Em Moçambique, nos anos de 1950, havia ainda quem defendesse a medição de crânios, do peso e da altura como estudo antropológico. Segundo Manoel Simões Alberto, militar que colaborou com as Missões Antropológicas em Moçambique, a antropologia podia ter um caráter utilitário ao determinar qual etnia era mais adequada para desenvolver determinado trabalho. Dito de outra maneira, Manoel Alberto afirmava que, através de “um método de controle fisiológico da mão-de-obra indígena baseado nos métodos da ciência antropológica”¹³⁰ era possível determinar

¹²⁷ Para o domínio inglês na África, a antropologia respaldou a prática da indirect rule (administração através das autoridades tradicionais da colônia); para o governo francês a antropologia corroborou para a ideia da assimilação do indivíduo; os territórios portugueses não fugiram ao uso da antropologia, reforçando a missão civilizadora.

¹²⁸ MATOS: 2012, p.56.

¹²⁹ DIAS: 1982, p.17.

¹³⁰ ALBERTO: 1952, p.8.

“cientificamente se essa massa humana melhora o seu valor ergográfico, se se avigora progressivamente, ou se, pelo contrário, caminha para o esgotamento, definindo-se lentamente.”¹³¹ A antropologia física, para Manoel Alberto, deveria colaborar para resolver “o problema capital do aproveitamento integral da massa humana de que dispomos e da qual até aqui nos temos aproveitado arbitrariamente.”¹³²

Outro ramo da antropologia foi a cultural, também que valorizava os elementos culturais de uma sociedade. Para o antropólogo português Jorge Dias, a antropologia cultural superava a física pois rompia com o conceito de raça e valorizava o indivíduo dentro do grupo social no qual convivia. Segundo Jorge Dias,

A antropologia cultural é a expressão usada pelos Americanos para substituir etnologia, no momento em que a investigação alargou o campo de análise a um objeto mais vasto e a nova problemática. Enquanto a etnologia estudava inicialmente a cultura dos chamados primitivos, a antropologia cultural estuda a cultura como fenômeno universal, através de todas as culturas particulares e dos problemas que com elas estão relacionados. (DIAS: 1982,p.19)

O antropólogo Jorge Dias deu grande contribuição para que os estudos antropológicos em Portugal eliminassem a centralidade dada à antropologia física e passassem a analisar as populações das colônias a partir de perspectivas culturais¹³³. Tais análises acerca das diferentes culturas colaboraram para que a antropologia tivesse reforçado o seu papel como mecanismo de dominação colonial, ao veicular a ideia que de era preciso conhecer os hábitos do ‘outro’, o africano, para adverti-lo, instruí-lo e prover assistência de múltiplas formas: pelo trabalho, pela religião e também pela saúde.

No âmbito dos Serviços de Saúde em Moçambique, a antropologia cultural foi convidada a colaborar com os serviços médicos oficiais prestados. Durante o ano de 1969 ocorreram na cidade de Lourenço Marques as Primeiras Jornadas da Sociedade Portuguesa de Medicina Tropical. Baseado em bibliografia que incluía *Lições de Antropologia Cultural* de Jorge Dias(1957), *Estudio Del hombre* de Ralph Linton, *Participação de La comunidad em lós programas de Salud Publica* de Alejandro Guevara Rojas(1961), *Influencias de lãs costumbres y crencias populares em los*

¹³¹ Idem, p.6.

¹³² Idem, p.11.

¹³³ Jorge Dias publicou vasta obra sobre a antropologia no Estado Colonial Português. A respeito de Moçambique é preciso destacar o trabalho em que analisa a vida social e cultural dos macondes, ao norte da colônia: DIAS, Jorge. Os macondes de Moçambique: aspectos históricos e econômicos. Lisboa: Junta de Investigação do Ultramar, 1966, vol.1./ DIAS, Jorge. Os macondes de Moçambique : vida social e ritual. Lisboa: Junta de Investigação do Ultramar. Na discussão historiográfica sobre o colonialismo e a guerra de libertação estudos que indicam como a obra de Jorge Dias contribuiu para que Portugal conhecesse melhor aquela população e combatesse ideias de sublevação, reforçando o uso político dos estudos antropológicos nesse contexto.

Serviços de um Centro de Salud de Martha Grant(1952) e *Aplicacion de La Antropologia Social a nuestros programas de Salud Publica* de Eduardo Soler (1960), o médico Alexandre Sarmiento¹³⁴ apresentou uma comunicação acerca da importância da antropologia cultural na execução de projetos em saúde pública. Nessa comunicação também aludiu a existência de dificuldades na relação entre a antropologia e os Serviços de Saúde: “Não foi fácil nem muito rápida a aceitação do valor dos estudos de Antropologia Cultural no campo específico das Ciências Médicas e, em particular, no capítulo da Assistência e ação médico-sanitárias.”¹³⁵

Ao reforçar a importância da antropologia para os Serviços de Saúde, Sarmiento procurou demonstrar que era mais eficaz conhecer as práticas das populações para combater tais práticas e convencer as populações a adotarem novos hábitos. Nas campanhas de educação sanitária, a antropologia permitia conhecer “os usos e hábitos dessas comunidades”¹³⁶ para que pudessem ser combatidos os nocivos com “a necessária prudência, com habilidade e preparação especializada.”¹³⁷.

De acordo com Sarmiento, o trabalho desempenhado pelo antropólogo cultural deveria anteceder a chegada de uma brigada móvel de saúde nas povoações rurais, levantando dados sobre elas. Com esses dados, seria possível planejar uma forma de intervenção ajustada ao contexto da população. O antropólogo contribuiria assim para adequar a aplicação de práticas médicas oficiais à realidade da povoação:

O antropólogo cultural deve sempre ir adiante, efetuar um reconhecimento prévio, estudar as condições do clima sócio-cultural das populações em todos os seus mais detalhados pormenores e por ao facto de tudo os organizadores e dirigentes dos planos de Saúde Pública que, desse modo, terão possibilidades de os moldarem com conhecimento de causa aos ambientes a que se destinam. Deverá depois o mesmo antropólogo treinar, no seu campo de ação, o pessoal que vai trabalhar nas campanhas e, finalmente, dar sempre a sua activa colaboração durante todo o tempo da execução dos planos.(SARMENTO: 1970, p.504)

Sarmiento não foi o único a defender a importância de um trabalho conjunto entre ciências humanas e medicina nas colônias. Em 1961, antes portanto da

¹³⁴ O médico Alexandre Sarmiento publicou outros textos sobre a temática em revistas especializadas que não tive tempo de consultar: SARMENTO, A. *Antropologia e ação médico-sanitária*. In: O médico, nº 205, 1955. / SARMENTO, A. *Da necessidade de estudar os problemas humanitários ultramarinos*. In: O médico, nº336, 1958. / SARMENTO, A. *Ciências Sociais e ação médico-sanitária*. In: Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, nº 1/4, 1968.

¹³⁵ SARMENTO: 1970, pp. 499, 502. Apesar desta afirmação de Sarmiento a respeito da colaboração entre antropologia e Serviços de Saúde, não foi possível determinar a partir de qual data isto iniciou-se. Presume-se que tal relação tenha decorrido a partir da década de 1960, quando a antropologia cultural passou a ter destaque em Portugal.

¹³⁶ Idem: p.504 e 505.

¹³⁷ Idem.

comunicação do médico Samento, o sociólogo da Brigada de Prospecção de Tumores atuante em Lourenço Marques, H. Flegg, publicou um artigo no *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique* alertando para a importância da atuação conjunta de ‘sociologistas’ e médicos. Com base teórica diferente da antropologia, Flegg indicou que os métodos científicos desenvolvidos pela sociologia na investigação do fato social poderiam auxiliar a investigação médica. Trabalhando em conjunto com os Serviços de Saúde, o sociólogo levantaria dados como a distribuição da população por sexo, idade, profissão e o uso que faziam esses grupos dos Serviços de Saúde, para que tivessem estes uma perspectiva mais exata da realidade da colônia:

o sociologista pode prestar à investigação médica uma assistência profissional valiosa procedendo a uma prospecção social científica por meio de técnicas especiais. Devo lembrar aqui que o objetivo deste tipo de investigação não consiste apenas em examinar o doente mas sim em investigar toda a população donde o doente provém.(FLEGG: 1961, p.6)

Para frisar a importância do ‘sociologista’, Flegg exemplificou com a sua atuação na Brigada de Prospecção de Tumores, quando havia levantado dados demográficos sobre a incidência de tumores malignos na população de Lourenço Marques, demonstrando que a sociologia poderia ajudar a compreender a propagação ou contenção de doenças como no caso do câncer do fígado, cuja propagação mostrara-se diferenciada entre as populações rurais e urbanas¹³⁸.

Através da sociologia ou da antropologia podia-se conhecer a forma como as populações lidavam com os problemas de saúde, para, a partir daí, combater determinadas ideias e implementar campanhas de educação sanitárias eficazes. Em 1957, a Organização Mundial da Saúde realizou um seminário na cidade de Dakar (Senegal) sobre a Educação Sanitária em África. Ficou estabelecido entre os Estados participantes que as campanhas sanitárias eram imprescindíveis, mas não teriam resultado sem participação popular, e para que esta participação fosse efetiva era preciso conhecer as populações. O Seminário recomendou então que houvesse sempre a participação dos etnólogos em trabalhos desse tipo “para aplicar medidas de saúde pública, é do mais alto interesse ter um conhecimento profundo do clima social e

¹³⁸ “nossa investigação em Lourenço Marques mostrou que na população africana urbanizada o cancro do fígado parece desenvolver-se mais tarde do que na população rural. Parece portanto haver certas indicações de que as condições ambientais urbanas retardam o aparecimento do cancro.” (FLEGG:1961, p.6)

cultural das populações interessadas e, de um modo particular, da sua atitude em relação aos problemas sanitários”¹³⁹.

A proposta da Organização Mundial da Saúde era que antropólogos participassem dos Serviços de Saúde. Entretanto em sua conferência, o médico Alexandre Sarmiento propôs plano mais ambicioso de colaboração, em que médicos atuariam como “consultores de antropologia”, pois já estavam em contato com a população¹⁴⁰.

Médicos, antropólogos e enfermeiros que trabalharam conjuntamente nos Serviços de Saúde justificavam seu trabalho pela necessidade de prestar “assistência aos indígenas”. Entretanto convém levantar a questão de porquê esta assistência era tão valorizada pela administração colonial. Além de alimentar a retórica do Estado colonial, a ‘assistência indígena’ no âmbito dos cuidados com a saúde cumpria a função de manter corpos saudáveis disponíveis para o trabalho.

2.2 Trabalho migratório e saúde

A base da colonização em África foi o trabalho. Mão-de-obra farta e a baixo custo a produzir, tal era a fórmula que fazia girar a máquina da economia colonial. Assim, a população de Moçambique era peça fundamental dela.

Entretanto para essas engrenagens funcionarem o Estado Colonial precisou criar mecanismos que levassem a população a trabalhar. Dito de outra maneira, a população de Moçambique não aderiu ao trabalho por gosto, nem sequer precisava para sobreviver do trabalho nas plantações e minas alheias. Detendo parcelas de terra, as famílias criavam animais, plantavam e viviam. A economia camponesa ao sul do Save baseada no cultivo familiar das *machambas* garantia a subexistência da população¹⁴¹. Como esclarece Valdemir Zamparoni, a proletarização desta população não foi voluntária:

Ora, nos quadros da colônia portuguesa da África Oriental, até então, não havia condições objetivas que levassem a uma proletarização imediata e voluntária das populações locais; não se encontrava uma conjuntura na qual as pessoas fossem se

¹³⁹ SARMENTO: 1970, p.503.

¹⁴⁰ Sarmiento sugeria que “junto das Direções Provinciais dos Serviços de Saúde do Ultramar, com especial menção para os de Angola e Moçambique, se criem lugares de consultores em assuntos de Antropologia, devendo esses consultores serem médicos para estarem assim mais intimamente familiarizados com os problemas específicos a que têm de dar a sua colaboração como antropólogos.” (SARMENTO: 1970, p.505-506)

¹⁴¹ Machamba é um parcela de terra pertencente à família e por esta cultivada. Segundo o historiador Valdemir Zamparoni(2012, p.79) a expropriação das machambas pelo Estado colonial ocorreu paulatinamente.

oferecer como braços para o trabalho assalariado, pelo contrário, podiam evitar vender sua força de trabalho no circuito capitalista, uma vez que mantinham a posse da terra, o mais básico meio de produção, e os instrumentos de produção ainda que rudimentares. (ZAMPARONI: 2007, p.46)

Diversos mecanismos foram acionados para converter a população de Moçambique em força de trabalho assalariada ou disponível para o capital. Em relatório confidencial produzido em 1963, o Serviço de Acção Psico-Social insistia em que aos administradores coloniais cabia criar a “constante e crescente necessidade de obtenção de moedas através do trabalho, de modo a converter-se em hábitos que levem à indispensabilidade de obtenção de meios para as satisfazer”¹⁴². Em outras palavras, afirmava o relatório que era preciso criar o hábito de consumir, para que assim as populações se pusessem a trabalhar. Os administradores coloniais deveriam sugerir, por exemplo, que a população adquirisse mais e melhores roupas. A exortação quanto ao vestuário poderia ser feita nos em que momentos os administradores se reunissem com a população, expondo ao “ridículo perante os presentes, os que se apresentaram mal vestidos.”¹⁴³

A política fiscal foi o método de convencimento mais eficaz. A instituição da obrigatoriedade do imposto colocou na ordem dia na necessidade de que as pessoas ganhassem dinheiro. Cultivar as próprias terras não rendia o suficiente para o imposto, era preciso vender a força de trabalho. O não pagamento do imposto acarretava trabalhos obrigatórios. Os impostos criados pela administração colonial funcionaram como forma de coerção ao trabalho assalariado. Como bem observa Zamparoni, variados foram os mecanismos usados para gerar uma força de trabalho negra subproletarizada e sub-remunerada: “espoliação das melhores áreas produtivas, relegando as populações rurais aos piores terrenos; adaptação e implantação de impostos diversos, sendo o principal deles, o de palhota, além da obrigação do trabalho e do cultivo obrigatório”¹⁴⁴.

Operava então assim o esquema colonial: de um lado a missão civilizadora afirmava que o trabalho civilizava de outro as indústrias necessitavam de trabalhadores

¹⁴² *Actividade do Serviço de Acção Psico-Social desenvolvida até 31 de março de 1963*. Relatório não publicado, p.3.

¹⁴³ *Idem*.

¹⁴⁴ Zamparoni: 2012, p.103. O cultivo obrigatório foi um mecanismo que colaborou na criação de uma força de trabalho em Moçambique. Consistia na obrigatoriedade de cultivar determinados produtos agrícolas, principalmente algodão e arroz, em todas as machambas.

e a obrigatoriedade do imposto garantia-os, cabendo aos administradores coloniais e régulos:

“Exercer diretamente influência persuasiva e permanente no sentido de levar as populações ao trabalho por conta própria ou alheia e organizar campanhas bem orientadas junto delas, no sentido de as esclarecer sobre a dignificação do homem pelo trabalho e da necessidade deste como indispensável alavanca para elevação do nível social, econômico e político.” (Serviço de Acção Psico-Social: 1963, p.2)

Antes da colonização portuguesa, a população do território de Moçambique já conhecia impostos. Estes eram pagos aos chefes das povoações, responsáveis pela manutenção política e espiritual da comunidade. O elemento novo surge com a obrigatoriedade do imposto em dinheiro e a contar por palhota construída. O imposto de palhota foi estabelecido pela empresa particular Companhia de Moçambique no ano de 1892, e a partir da década de 1930 foi ampliado para toda colônia sob controle estatal. Ainda segundo Zamparoni, o imposto de palhota criava forçosamente relações de trabalho até então não existentes no território:

Mais do que uma questão de soberania e fonte de arrecadação, entretanto, o imposto de palhota era tido como elemento essencial para o estabelecimento de relações de trabalho de tipo capitalista e os administradores coloniais tinham plena consciência desta função implícita.(ZAMPARONI: 2007, p.69)

O imposto de palhota passou por reformulações. Uma ocorreu em 1938, quando se passou a contá-lo *per capita* e não mais por palhota. A nova taxaço, nomeada mudende¹⁴⁵, adicionou à lista dos pagantes o contingente das mulheres. Quando eram filhas ou esposas, a responsabilidade do pagamento recaía sobre o pai ou esposo; quando viúvas, deveriam arcar com seu próprio imposto. Considero neste trabalho o imposto como forma de coerção ao trabalho porque o não pagamento incluía penas, como a prisão correcional. Contudo, no cotidiano da colônia, sugere António Rita-Ferreira em entrevista concedida a Maciel Santos, na prática cada administrador decidia o que fazer com os chamados remissos (os que não pagavam os impostos):

cada administrador procedia como achava melhor. Tínhamos que nos remediar com a crônica falta de verba porque tínhamos em conta a pressão dos governadores; mas por outro lado, repito, havia fugas. Fugas na ordem dos milhões e as calculamos desde o início da ocupação efetiva. E porque? Porque os indígenas desde o início viram que os ingleses eram mais permissivos com melhores meios de organização e com mais direitos e vencimentos para os régulos... Sempre que havia uma proximidade de fronteiras e as populações não estavam satisfeitas, mudavam-se para a Rodésia do Sul, do Norte, Tanganica, Niassalândia, África do Sul.(SANTOS: 2010, p.126)

¹⁴⁵ Sobre o Mudende: Zamparoni: 2007,p.77.

Não sem resistência, a população acabou por submeter-se como mão-de-obra. Neste sentido, o trabalho migratório apresentava-se como vantajosa opção, tanto para o trabalhador, quanto para a administração colonial. Havia trabalho no território da colônia; na capital eram requisitado estivadores, empregados domésticos, trabalhadores na construção civil; no campo as plantações necessitavam também de braços a trabalhar. Entretanto, segundo o historiador Malyn Newitt, os valores pagos dentro na colônia eram baixos comparados ao que ofereciam as minas¹⁴⁶. Assim, legal ou ilegalmente, habitantes da colônia de Moçambique anualmente saíam de suas povoações para trabalhar nas colônias vizinhas. As minas do Rand, localizadas na província do Transvaal, na África do Sul eram o principal destino da mão-de-obra do sul do Save. Meses depois os trabalhadores retornavam a suas casas com dinheiro, mas não só isso. Nas mãos da administração portuguesa deixavam uma percentagem de seu salário, e para o território de Moçambique importavam doenças, além de trazer em suas bagagens novos objetos e conhecimentos.

A imigração periódica de trabalhadores para a África do Sul não foi uma estratégia desenvolvida somente no período por mim demarcado nesse análise (a partir da década de 1930)¹⁴⁷. No fim do século XIX já havia esta relação entre o sul de Moçambique e a África do Sul. Maciel Santos e Felizardo Buene¹⁴⁸ afirmam que as duas regiões desenvolveram dependências mútuas. Para a África do Sul, era interessante a migração de trabalhadores pela fartura de mão-de-obra, além de que o escoamento da produção das minas era realizado através do porto mais próximo, o de Lourenço Marques, operando desde 1894 uma linha férrea a ligar esta cidade e Joanesburgo, de maneira a facilitar o deslocamento de mercadorias e trabalhadores. Para Moçambique a imigração era vantajosa devido às receitas geradas e à monetarização da população local. O sul de Moçambique, com destaque para a capital da colônia, Lourenço Marques, teve seu desenvolvimento vinculado as minas do Transvaal, sendo local de passagem para pessoas e mercadorias desde o fim do século XIX.

¹⁴⁶ “... a médio prazo garantia um fluxo contínuo de recrutados para o Rand dado os salários pagos pelas empresas de extração mineira se situarem sempre acima dos valores mínimos estabelecidos pelo governo português para os empregadores de Moçambique.” (NEWITT: 1997,p.425)

¹⁴⁷ Não obtive dados quantitativos precisos nas fontes consultadas. Uso dados apresentados na bibliografia consultada, principalmente as tabelas de Malyn Newitt(1997, p.427, 430) e Valdemir Zamparoni (2012, p.201) acerca do número de trabalhadores que migravam para o Transvaal.

¹⁴⁸ BOUENE, Felizardo; SANTOS, Maciel. “O modus vivendi entre Moçambique e o transvaal (1901 – 1909) Um caso de ‘Imperialismo Ferroviário’” In: *Africana Studia*. Porto: Edição do Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto, n°9, 2006, p.239-268.

A oficialização do recrutamento de mão-de-obra em território moçambicano para trabalhar na África do Sul ocorreu em 1894 quando se criou a Rand Native Labour Association (RNLA), agência de recrutamento depois denominada Witwatersrand Native Labour Association (WNLA). Ainda no ano de 1894 Mouzinho Albuquerque, governador-geral da colônia de Moçambique, promulgou o “Regulamento para o engajamento de indígenas para a República Sul Africana”.

Com o tempo, a imigração para as minas do Transvaal tornou-se um hábito entre as populações do sul do Save. Mais que isso: um rito de passagem para os homens, demarcando simbolicamente seu ingresso na vida adulta. Como observa o inspetor administrativo Augusto Spencer:

A emigração é um acto obrigatório a fazer pelo menos uma vez na vida, mas quase sempre o fazem mais do que uma vez. O indígena não é homem sem ter ido ao Transvaal – ao ‘John’ como eles dizem – e, as mulheres não os aceitam por maridos, sem que todos saibam que eles já lá foram. Daí a larga corrente emigratória que existe e se ele por qualquer circunstância não consegue ir legalmente, vai clandestinamente. (SPENCER: 1950, p.164)

O frágil controle das fronteiras facilitava a migração não legalizada. A legal reforçava os acordos bilaterais e gerava rendimento aos cofres do Estado colonial português, o que não ocorria com a migração ilegal. Entretanto para administradores e entusiastas da colonização portuguesa esta migração ilegal tinha outras consequências além da diminuição da receita colonial. Era vista como fator que acentuava a transmissão de doenças entre fronteiras, pois fugia ao controle dos Serviços de Saúde: “o número de trabalhadores que emigram clandestinamente para os países vizinhos é igual ou talvez superior ao dos contratados legalmente, o que torna impossível um controle fisiológico eficiente.”¹⁴⁹

Apesar de a administração colonial ter empregado armas e policiais para reprimir a imigração clandestina, as fontes indicam que ela ocorreu até o fim da presença colonial, por vezes superando numericamente os contratos de trabalho legalizados¹⁵⁰. Segundo o inspetor administrativo Antonio Policarpo de Sousa Santos, o único meio de colocar fim à imigração ilegal seria fixar os trabalhadores em suas terras

¹⁴⁹ ALBERTO: 1950, p.12.

¹⁵⁰ “A emigração clandestina do Sul do Save bem como em outras regiões existia desde o princípio do século e de conveniência com a África do Sul e também com as autoridades rodesianas. A emigração clandestina permitia ao mineiro africano escolher onde e por quanto tempo trabalhar e, logicamente, escapar aos acordos de pagamento diferido, estima-se que em 1967, apesar de apenas 80.000 moçambicanos estarem a trabalhar com contratos oficiais nas minas sul-africanas, existissem ao todo 300.000 trabalhadores na África do Sul e mais 150.000 na Rodésia.” (NEWIIT: 1997, p. 430)

através do fortalecimento da economia agrícola, incentivando-se, por exemplo o cultivo de trigo, algodão e arroz. Do ponto de vista do Inspetor Santos, a repressão à imigração ilegal e o incentivo à permanência na colônia de Moçambique favoreceriam a diminuição da circulação de doenças, a redução do desgaste físico provocado pelo trabalho nas minas, o fim dos problemas judiciais derivados dos adultérios cometidos durante a ausência do homem da família e reduziria ainda a possibilidade de propagação de ideias ‘subversivas’, visto que o trabalhador emigrado estava fora do alcance da fiscalização da.

No ano de 1941, o administrador de circunscrição Francisco Toscano afirmou que o trabalho migratório tornara-se um problema, pois em terras estrangeiras, ficavam inutilizados “com várias doenças e desastres, para cima de 30 por cento dos nossos mais fortes e melhores indígenas”¹⁵¹. Segundo Toscano, a procura pelo trabalho migratório aumentava devido à falta de uma rede de trabalho dentro da colônia que aproveitasse a força de trabalho existente. O inspetor Antonio Policarpo sugeriu que o Estado colonial buscasse a fixação destes trabalhadores na colônia de Moçambique, após observar na província de Gaza os malefícios trazidos pelo trabalho migratório, legal ou não:

O indígena que emigra para as minas da África do Sul, geralmente, regressa, ao fim de 18 meses, depauperado fisicamente, contaminado de doenças venéreas, encontra a família desmantelada, pois são raras aquelas que, respeitosa, aguardam o regresso do marido, a casa caída, o gado perdido, as terras abandonadas. (POLICARPO: 1954, p.26)

Entre os problemas os problemas sociais advindos do trabalho migratório o inspetor salientava aqueles relativos à saúde. Outros funcionários administrativos puseram em evidência os malefícios que o trabalho migratório trazia à saúde. Em comunicação à Sociedade de Estudos de Moçambique, realizada em novembro de 1947, o capitão Manoel Alberto afirmou que o trabalho nas minas afetava não apenas trabalhadores migrantes como toda a população do Sul do Save, pois o retorno de trabalhadores infectados disseminava doenças pelo território de Moçambique¹⁵².

Mesmo antes do período aqui analisado, as doenças causadas pelo trabalho migratório já eram motivo de notificações pela administração colonial.

¹⁵¹ TOSCANO: 1941,p.128.

¹⁵² “Está há muito reconhecido o perigo que correm as populações do Sul do Save com o repatriamento dos homens que vão trabalhar nos países vizinhos, especialmente nas minas do rand, que, ao serem-nos devolvidos com um desgaste acentuadíssimo, são portadores de doenças que contagiam sem remissão a parte sã da populações, contágio tanto mais de temer como difícil de evitar.” (ALBERTO: 1950, p.11)

Segundo o historiador Valdemir Zamparoni, amontoados nos em transportes inadequado, os trabalhadores viajavam até a circunscrição de Ressano Garcia, na fronteira com a África do Sul, eram alojados, inspecionados pelo Serviços de Saúde, pagavam as taxas e seguiam de trem rumo ao Transvaal. As condições de trabalho nas minas eram marcadas pela falta de equipamentos de proteção; temperaturas elevadas e precário sistema de ventilação dentro das minas; temperatura baixas fora delas. Tais condições facilitavam a propagação de doenças pulmonares, e também de doenças venéreas, favorecidas pelo elevado número de homens migrantes e a baixa densidade populacional de mulheres, o que fomentava a prostituição.

Feita estas observações acerca dos problemas de saúde derivados do trabalho, coloca-se a indagação: qual era o papel da medicina oficial no tocante a essas questões sanitárias? Encarregar-se-iam os Serviços de Saúde de fazer uma triagem entre os trabalhadores aptos e não aptos? Cuidavam estes Serviços do retorno do trabalhador a sua povoação? Ou, fiscalizavam as condições de trabalho a que era submetido? Seria a ‘assistência indígena’ usada em proveito desses trabalhadores? Estas questões norteiam o trecho a seguir.

A atuação dos Serviços de Saúde junto aos trabalhadores

Os Serviços de Saúde desempenharam duas principais funções em relação aos trabalhadores de Moçambique. A primeira relacionava-se às empresas que atuavam dentro em seu território. Cabia aos Serviços de Saúde fiscalizar as condições de trabalho nas estas empresas. Outra de suas funções era fiscalizar as condições sanitárias e de trabalho nestas empresas. Outra função era fiscalizar as condições higiênicas das povoações, designadamente as do sul do Save levando em consideração o fluxo migratório e suas consequências para a saúde da população. Apesar de não possuírem os Serviços de Saúde meios de fiscalizar o trabalho nas minas, cabia a eles relatar e solucionar os problemas médicos trazidos pelos trabalhadores. Analiso aqui duas questões principais. A primeira é a fiscalização sanitária realizada pelos Serviços de Saúde nas empresas fixadas em Moçambique. A segunda questão relaciona-se diretamente à contratação de trabalhadores a serem deslocados para as minas do Transvaal e os problemas médicos acarretados por esse fluxo migratório.

As empresas existentes em Moçambique recebiam orientação do Serviço de Acção Psico-Social quanto a forma que melhor convinha para tratar os trabalhadores. Era sugerido às empresas contratantes que mantivessem um ambiente de trabalho convidativo à permanência do trabalhador em sua função, oferecendo-lhe limpeza, habitação, vestuário e inclusive a distribuição de “cerveja cafreal, tipo ‘maheu’ preparada higienicamente, para se evitar, tanto quanto possível, o uso de bebidas cafreais fortemente alcoólicas, ao mesmo tempo que se aproveitava o seu valor alimentício.”¹⁵³

Todas as empresas existentes no território de Moçambique deviam manter um registro de seus funcionários, constando dele nome e salário. Deviam também prover assistência médica e hospitalização aos trabalhadores, observando o militar Manoel Alberto que isso não evitava “a produção de certos fenômenos de depauperamento lento ou de desgaste, e outros que o esforço desabitual e a mudança brusca de hábitos e de clima podem produzir”¹⁵⁴.

Aos Serviços de Saúde da Colónia cabia regulamentar e fiscalizar a assistência provida pelas empresas particulares. No ano de 1949 as delegacias de saúde do Circulo do Sul do Save foram chamadas a atender o disposto num o ofício¹⁵⁵ que atribuía aos delegados de saúde das circunscrições a tarefa de fiscalizar as empresas que empregavam mão-de-obra local ou contratavam para o trabalho migratório. A fiscalização devia apurar qual era a assistência à saúde fornecida aos trabalhadores e as condições de trabalho a que a empresa os submetia.

No sul do Save, realizaram tal inspeção os delegados de saúde de Maputo, Inhambane, Naamancha, Gaza, Bilene, Chibuto, Guijá, Magude, Manhiça, Muchopes, Sabié, Govuro, Homoíne, Inharrime, Morrumbene, Vilanculos e Zavala, totalizado 17

¹⁵³ *Actividade do Serviço de Acção Psico-social desenvolvida até 31 de março de 1963*. Relatório não publicado, p.7. Nota-se que o uso de bebida era, para o Serviço de Acção Psico-Social algo a ser controlado, pois o mesmo combatia a ingestão do vinho de palma e de cachaça.

¹⁵⁴ ALBERTO: 1950, p.8

¹⁵⁵ Ofício circular nº 505/P.E-2 de 11 de maio de 1949 emitido pelo Ministério das Colónias. Neste trabalho analiso somente os relatórios produzidos em 1949 pelos delegados e subdelegados no Círculo de Saúde do Sul do Save. Entretanto a circular emitida pelo Ministério da Colônia foi cumprida pelos delegados de saúde dos Círculos de Saúde de Manica e Sofala e de Zambézia, para os quais fiz também o levantamento. Priorizei a análise dos relatórios referentes do sul do Save devido a correspondência com o território tratado na presente dissertação e a suas especificidades em relação à migração de trabalhadores para o Transvaal. Não encontrei relatórios similares para os demais anos.

circuncisões inspecionadas¹⁵⁶. Os relatórios de duas a cinco páginas, em folha ofício, contêm informações a respeito das visitas dos médicos oficiais aos postos sanitários e empresas existentes na circunscrição. Os médicos relatavam as condições das instalações sanitárias, o movimento quantitativo de doentes, os valores gastos em medicamentos, e as dificuldades na prestação de assistência médica. As vistorias incidiam principalmente sobre as instalações sanitárias do Estado e de empresas particulares¹⁵⁷. No tocante a estas, cabia ao médico relator identificar quais e quantas existiam na região e descrever a assistência médica prestada por cada empresa. Apenas aquelas com um contingente superior a 100 pessoas eram obrigadas a manter instalações de saúde para seus funcionários. As empresas menores deviam encaminhar seus trabalhadores às instalações dos Serviços de Saúde quando necessitassem de atendimento médico.

Estas empresas particulares menores dedicavam-se principalmente à agricultura e ao comércio. Nas circunscrições em que não havia empresas de grande porte, os relatores apresentavam informações acerca das empresas menores. Por exemplo, na circunscrição do Chibuto, o médico Francisco Lopes da Silva ocupou-se em descrever o tratamento dispensado aos 50 trabalhadores da padaria de Jerônimo Dias Barbosa; os valores que Manuel Francisco de Oliveira pagava aos 60 trabalhadores de suas plantações de arroz; e as quantias pagas aos 35 trabalhadores contratados pelo comerciante e caminhoneiro Antonio Maria de Oliveira. Vale observar que os trabalhadores contratados por estes particulares eram “na maioria voluntários”¹⁵⁸ segundo o médico relator. A existência de trabalhadores não voluntários demarca que o chibalo¹⁵⁹ ainda era aplicado ao fim dos anos de 1950 no sul do Save, demonstrando a existência de uma sociedade em vias de proletarização.

¹⁵⁶ Não localizei junto a este material o relatório da circuncisão de Lourenço Marques. Postulo a hipótese que devido ao número de empresas existentes e a importância econômica que desempenhava, o relatório de sobre Lourenço Marques tenha sido realizado separadamente, ainda assim não o localizei.

¹⁵⁷ Alguns médicos expandiram as inspeções sanitárias às residências, notificando a procriação de mosquitos e moscas em casas e quintas. Na delegacia de saúde da Naamancha, o médico relator Antonio de Freitas afirmou que tal inspeção era um serviço permanente realizada por um enfermeiro. (*Relatórios das inspeções efectuadas durante o 1º semestre de 1949 pelos Delegados de Saúde, Delegacia de Saúde da Naamancha*, p.5)

¹⁵⁸ *Relatórios das inspeções efectuadas durante o 1º semestre de 1949 pelos Delegados de Saúde, Delegacia de Saúde do Chibuto*, p.1.

¹⁵⁹ Chibalo era o trabalho compulsório, muitas vezes aplicado como pena pelo não pagamento de impostos.

Entre as empresas particulares existentes na região obrigadas a prestar assistência de saúde a seus trabalhadores os delegados listaram: Sociedade Industrial Agrícola da Mutamba e Algoeira do Sul do Save em Inhambane; Laimane (serviços de agricultura) em Gaza; Incomati Estates (companhia açucareira) e Dlagôa Platations (cultura de citrinas) no Magude; Marracuene Agrícola e Comercial, Martins Azevedo, Morajee Jivanjee & C^a, Ho Kamo, The Shell Company of Portuguese East Africa, Limited, Vaccum Oil of South Africa, Sommer & C^a na Manhiça; Incomati Brickfield A. G. (fábrica de tijolos), Companhia de Cimentos de Moçambique no Sabié; Witwaters-rand Native Labour Association (WNLA - entidade recrutadora para o trabalho migratório) em Homoíne, Inharrime e Zavala.

Na área das delegacias de saúde de Guijá, Chibuto, Bilene, Muchopes, Govuro, Morrumbene e Vilanculos, os delegados não encontraram empresas com elevado número de trabalhadores. Estas delegacias possuíam mão-de-obra migrante que era contabilizada em outras circuncisões. Por não haver um posto da WNLA, os trabalhadores se dirigiam a outras circunscrições onde eram registrados e encaminhados para o Transvaal.

Sobre as empresas listadas os delegados apresentavam os resultados da inspeção, avaliando as condições sanitárias. A forma de apresentação dessas avaliações não foram padronizadas, assim, o médico relator as apresentava da maneira que lhe conviesse. Era recorrente nos relatórios os médicos especificarem se a empresa possuía ou não instalações sanitárias, descrevendo-se suas estruturas físicas e funcionamento. Também atentavam para a alimentação e habitação fornecidas aos trabalhadores. Alguns apresentavam estatísticas a respeito do movimento hospitalar da empresa, outros apenas aludiam ao fato de terem sido atendidos trabalhadores. Como a feitura dos relatórios não era sistematizada, as descrições variavam. Enquanto um relator descrevia a assistência médica utilizando somente um adjetivo como “cuidadosa”¹⁶⁰, outro dava informações pormenorizadas sobre a inexistência de postos sanitários, medicamentos, médicos e enfermeiros¹⁶¹.

O conjunto das fontes, entretanto, mostra que os Serviços de Saúde estavam atentos à assistência médica prestada pelas empresas aos trabalhadores. Embora os

¹⁶⁰ *Relatórios das inspeções efectuadas durante o 1º semestre de 1949 pelos Delegados de Saúde, Delegacia de Saúde de Magude, p.1.*

¹⁶¹ *Idem, Delegacia de Saúde da Manhiça, p.2.*

dados levantados pelos delegados de saúde fossem mais ou menos precisos, a existência de inspeções indica que os médicos dos Serviços de Saúde sabiam com maior ou menor grau de profundidade como os contratantes tratavam os trabalhadores no que diz respeito aos cuidados com a saúde.

O mesmo não ocorria em relação aos trabalhadores migrantes. Os Serviços de Saúde não tinham jurisdição sobre as minas do Transvaal. Embora haja relatos a respeito das condições de vida e trabalho dos mineiros feitos por funcionários administrativos portugueses, não era função dos Serviços de Saúde empreender tais fiscalizações. É possível também acrescentar que estes acumulavam uma diversidade de tarefas no âmbito da colônia com um efetivo diminuto, o que impedia a formulação de projetos voltados para a inspeção dos locais de trabalho da força de trabalho migrante. O governo português não possuía legitimidade nem meios para fiscalizar as condições de salubridade dos trabalhadores migrantes que se encontravam no exterior.

Entretanto podemos avaliar o quanto a dinâmica do trabalho migratório influenciou as condições de saúde das populações residente ao sul do Save, a principal região exportadora de mão-de-obra. Analisando as notificações dos delegados de saúde sobre o aumento da ocorrência de determinadas doenças nas regiões para onde os migrantes retornavam, e através das inspeções realizada pelos Serviços de Saúde junto a Witwatersrand Native Labor Association (WNLA), principal empresa recrutadora, foi possível perceber em que condições de saúde o trabalhador deixava sua terra e qual era seu estado ao retornar a ela. O crescimento do trabalho migratório em Moçambique alterou a dinâmica das relações sociais, dando maior independência aos jovens em relação aos mais velhos na escolha da esposa e no pagamento do lobolo. Modificou a economia agrária, por representar uma possibilidade mais interessante de acumular capitais, diminuindo assim o número de trabalhadores camponeses. Aumentou a circulação de doenças entre as fronteiras, o que repercutiu nas maneiras pelas quais a população buscava soluções para os problemas de saúde. Na procura por cura, os trabalhadores migrantes dinamizaram o conhecimento tradicional, buscando na África do Sul e na Rodésia do Sul médicos tradicionais.

No ano de 1949 os médicos relatores notificaram a existência de postos de recrutamento da WNLA em quatro das dezoito circunscrições do sul do Save: Zavala, Homoíne, Inharrime e Morrumbene. Cabia à empresa recrutadora de mão-de-obra

providenciar para que “nenhum recrutado siga para o local de trabalho sem ser sujeito a um bom exame médico sobre a sua capacidade física.”¹⁶²

O delegado de saúde de Inharrime, Saul Campos Mário Jorge, descreveu os alojamentos da WNLA como bons, e afirmou que os trabalhadores recebiam assistência médica assídua, e ele próprio visitava o acampamento uma vez por semana. Após passarem por um primeiro exame médico alguns trabalhadores eram recusados “por sofrerem de hérnia, hidrocelo e doenças venéreas”¹⁶³. Estes eram submetidos a tratamentos e operações, e quando recuperados seguiam para o Transvaal, mas outros eram definitivamente rejeitados “por sofrerem de moléstias incurável, sobretudo de tuberculose”¹⁶⁴. O mesmo médico fez o relatório sobre a delegacia de saúde da Zavala, onde postos de recrutamento da WNLA exibiam que possuíam “boas condições higiênicas”¹⁶⁵, e nos quais os trabalhadores eram examinados e dispensados somente em caso de terem tuberculose.

Na circunscrição de Homóine o médico Antonio Bellini Jara relatou que a empresa WNLA possuía dois acampamentos centrais e várias estações dispersas onde acomodava os trabalhadores em deslocamento. Depois de vistoriar estas instalações, o médico registrou: “As instalações que possui para empregados europeus e indígenas e para indígenas recrutados em trânsito são regulares”¹⁶⁶. Os trabalhadores recrutados eram inspecionados pela própria WNLA no posto central na Maxixe, 20% destes trabalhadores eram dispensados após o exame médico, sendo as causas para rejeição “a falta de robustos, hérnias, hidrocelos, boubas e doenças venéreas”¹⁶⁷. O mesmo médico foi em 1949 responsável pela delegacia de saúde de Morrumbene. Ali os alojamentos da WNLA apresentavam instalações regulares e “todos os indígenas recrutados são submetidos a prévia inspeção médica.”¹⁶⁸, depois da qual, cerca de 15% eram dispensados pelos mesmo motivos descritos em Homóine, acrescentado-se a tuberculose.

Os quatro relatórios citados mostram que algumas pessoas tinham o contrato de trabalho negado devido a problemas de saúde. O historiador Malyn Newiit sugere que

¹⁶² *Actividade do Serviço de Acção Psico-Social desenvolvida até 31 de março de 1963*. Relatório não publicado, p.4.

¹⁶³ Idem, *Delegacia de Saúde de Inharrime*, p.4.

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Idem. *Delegacia de Saúde de Zavala*, p.3.

¹⁶⁶ Idem, *Delegacia de Saúde de Homóine*, p.3

¹⁶⁷ Idem.

¹⁶⁸ Idem. *Delegacia de Saúde de Morrumbene*, p.2.

estas dispensas dependiam mais das necessidades quantitativas de mão-de-obra das minas do Transvaal do que das reais condições de saúde dos recrutados. Para Newiit, os exames médicos realizados pela WNLA eram uma maneira de a África do Sul controlar o número de contratos realizados¹⁶⁹. Encontra respaldo esta hipótese, no artigo do administrador de circunscrição Francisco Toscano, publicado no ano de 1941. Ao discutir o tema do trabalho migratório, Toscano critica a liberdade de recrutamento que a empresa WNLA possuía no sul de Moçambique, onde o governo colonial português permitia que escolhesse “os melhores pretos”¹⁷⁰. No entanto, apesar de a WNLA poder controlar a escolha dos contratados, isso não autoriza afirmar que grande parte dos recusados não estivessem realmente doentes e não propagasse doenças.

Médicos, enfermeiros, administradores de circunscrição, funcionários da Inspeção Superior Administrativa dos Negócios Indígenas foram incisivos em seus relatórios sobre os malefícios a saúde da população do sul do Save advindos da migração de trabalhadores para as minas do Transvaal.

Mesmo sem fiscalização direta dos Serviços de Saúde, há relatos de portugueses que visitaram as minas onde os trabalhadores de Moçambique estavam alocados. Francisco Toscano realizou uma visita oficial às minas do Rand no ano de 1928. Destacou a mina City Deep, considerada a maior. Possuía vinte e seis galerias divididas em andares e produzia cerca de 28 quilos de ouro a cada vinte e quatro horas. Para reforçar sua descrição, Toscano declarou que a mina era tão grande que andara vinte minutos de comboio elétrico no fundo dela, observando que toda energia elétrica era produzida com o aproveitamento das águas da mina.¹⁷¹

Referindo-se aos tipos de serviços existentes nas minas Francisco Toscano identificou dois grupos de trabalhadores migrantes: os que faziam “serviços moderados”¹⁷² e os que iam para o “Inferno de Dante”¹⁷³. Os primeiros pagavam uma taxa na Repartição Central dos Negócios Indígenas, órgão da administração colonial portuguesa, para desfrutar do privilégio de escolher serviços mais moderados para exercer no exterior. Já os segundo eram recrutados pela WNLA para trabalhar dentro

¹⁶⁹ Segundo Newiit(1997, p.432): “como as condições de trabalho nas minas eram diferentes todos os anos, os recrutadores da WNLA usaram de uma série de mecanismos para reduzir ou aumentarem o número de mineiros que assinavam contrato. A maneira mais fácil era o exame médico, afrouxando as exigências de aptidão física quando havia necessidade de aumentar o recrutamento.”

¹⁷⁰ TOSCANO: 1941, p.128.

¹⁷¹ Idem, p. 129.

¹⁷² TOSCANO: 1941, p.129.

¹⁷³ Idem.

das minas. Estes trabalhavam a 1800 metros de profundidade, sob uma temperatura de 48 a 50 graus, quando muitas vezes, à boca da mina, a temperatura era de 10 graus abaixo de zero.¹⁷⁴

Nessa visita às minas, Francisco Toscano acompanhou os mais diferentes trabalhos: “brocagem das rochas no fundo das minas, tiragem dos blocos de ouro dos fornos”¹⁷⁵, trabalhos que não levavam em consideração o nascer ou desaparecimento do sol. Segundo Toscano, dentro das minas os trabalhos decorriam por 24 horas seguidas:

É no fundo deste Inferno de Dante que os nossos pretos trabalham em turnos, durante todo o ano – de dia e de noite – (só na Sexta-feira Santa estes trabalhos param por 24 horas). Uns brocam a rocha para ser dinamitada, outros desentulham e removem os minérios para os elevadores que os vão despejar nos pilões. De vez em quando, desaba um pavimento e lá ficam umas centenas de pretos esmagados. (TOSCANO:1941, p.130)

As descrições acentuam a precariedade das condições de trabalho nas minas do Transvaal, levando-nos a entender que os trabalhadores corriam elevados riscos. Entretanto Toscano observou que os hospitais das minas eram bem equipados, possuíam equipes médicas para atender trabalhadores brancos e negros, capacitadas para realizar as intervenções cirúrgicas necessárias. Este apetrechamento dos hospitais justificava-se pelo interesse que as empresas tinham em manter ativos os trabalhadores vindos de Moçambique. Além disso, sublinhou Toscano, a existência dos hospitais não diminuía o índice de mortalidade existente¹⁷⁶.

Através do artigo desse administrador português é possível inferir indiretamente algo da percepção dos trabalhadores sobre suas condições de trabalho. Toscano fez breve relato de uma conversa com um trabalhador imigrante, acentuando sua crítica à forma como eram tratados no cotidiano das minas:

Assisti uma refeição e notei que a comida era abundante e de boa qualidade: carne de vaca, hortaliças, etc. Encontrei ali um preto de Magude, meu conhecido, e disse-lhe: “Vocês são tratados como fidalgos!” Diz-me ele, com sua filosofia irônica: “Venha o senhor Administrador outro dia, mas não avise!” (TOSCANO: 1941, p.130)

O trabalhador que vivia o cotidiano das minas do Transvaal certamente estava ciente de que as condições de trabalho a que estava submetido eram degradantes. Para

¹⁷⁴ Idem.

¹⁷⁵ Idem.

¹⁷⁶ Sobre a hospitalização dos trabalhadores nas minas: “A hospitalização dos nossos indígenas é realmente um serviço primorosamente montado, como não pode haver melhor, mas isso está dentro e de harmonia com seus próprios interesses, porque os pretos da União não vão ao fundo das minas e se assim não fosse os nossos também se recusariam a esse trabalho violento e perigoso.” (TOSCANO: 1941, p.130)

além dos problemas pessoais que a migração acarretava, como o afastamento da família por cerca de dezoito meses, o trabalhador era exposto a um ambiente de trabalho em geral insalubre, onde era intensa a propagação, por exemplo, do bacilo da tuberculose. Além dos malefícios associados aos turnos extenuantes dentro das minas, onde o calor intenso contrastava com as baixas temperaturas no exterior. A migração de homens era muito superior à de mulheres. E, estas quando migravam encontravam trabalho apenas nas cantinas que serviam aos mineiros. A busca por prostitutas era corriqueira. Sem prevenção eficaz, os casos de as doenças venéreas tendiam a ser abundantes. Francisco Toscano dava muita ênfase às consequências do trabalho migratório para saúde da população do sul de Moçambique:

A silicose, a tuberculose, a sífilis e os desastres nas minas tem dizimado a população do Sul do Save que, noutros tempos, era abundantes, forte e sadia. Além disso, aparece-nos o grande inconveniente da natalidade. Estão dezoito meses e mais fora das suas terras e quando regressam, os que não vem completamente inutilizados, vem cheios de doenças que contaminam as mulheres e os filhos.(TOSCANO: 1941, p.128)

No retorno à sua terra, o trabalhador carregava no corpo novos vestuários adquiridos no Transvaal e doenças como, a tuberculose e a sífilis, facilmente transmissíveis à população sadia. Manoel Alberto também salientou os transtornos à população fixada em Moçambique causados pelo trabalho migratório. Sugeriu que o Estado colonial português fizesse rigorosa fiscalização sobre a mão-de-obra moçambicana, mas redimia as empresas mineradoras da África do Sul de sua parcela de culpa quanto à propagação das doenças.

Está de há muito reconhecido o perigo que correm as populações do Sul do Save com o repatriamento dos homens que vão trabalhar nos países vizinhos, especialmente nas minas do Rand, que, ao serem-nos devolvidos com um desbaste acentuadíssimo, são portadores de doenças que contagiam sem remissão a parte sã da população, contágio tanto mais de temer como difícil de evitar; e tudo isto apesar de dispendiosos e utilíssimos métodos de controle que as empresas mineiras do Rand são obrigadas a ter em funcionamento permanente, e das impressões otimistas mais perigosas e imprudentes que um diário local não há muito inseriu nas suas colunas. (ALBERTO: 1950, p.11)

A circulação de doenças impulsionada pela migração foi registrada por médicos dos Serviços de Saúde. De modo geral, em seus relatórios, associavam as doenças trazidas ao ambiente da povoação para a qual retornavam os trabalhadores migrantes. Segundo os médicos oficiais, as doenças importadas propagavam-se com maior facilidade devido às condições sociais em que as populações viviam. Desta maneira, para os médicos o problema sanitário não estava somente na existência de tuberculose e

ou de sífilis, mas na associação de ambas com o consumo exacerbado de bebidas alcoolizadas, a prática da poligamia, identificada como promíscua, e a convivência em um ambiente insalubre. Por habitarem “palhotas de pau a pique escuras e mal ventiladas”, as famílias eram mais susceptíveis ao contágio. Para o médico Antonio Calisto, as principais causas da tuberculose pulmonar entre a população:

a ausência de preceitos higiênico; os excessivos vários, principalmente os alcoólicos e os sexuais; Deficiências alimentares; constantes irritações do aparelho respiratório, quer por constipações sucessivas, quer por outras doenças bronco-pulmonares; as doenças parasitárias; a emigração; e tantas outras criam no indígena um poder grande de receptividade para esta doença. (Relatório dos Serviço de Saúde do ano de 1930: 1931, p.82)

O registro de “excessivos sexuais e alcoólicos” como fatores de propagação da doença coaduna-se com as ideias da missão civilizadora que deveria instruir a população tutelada levando-as às “veredas da civilização”. De mãos dadas com a missão civilizadora, a “assistência indígena” prestada pelos Serviços de Saúde deveria combater a “promiscuidade intolerável”¹⁷⁷, que incluía as relações sexuais mantida entre “europeus e asiáticos em mancebia com mulheres indígenas”¹⁷⁸. À luz do discurso da higienização dos corpos para a prevenção de doenças, o médico Antonio Calisto sugeriu que a administração colonial, através dos Serviços de Saúde, sujeitasse “as indígenas”¹⁷⁹ que vivam na prostituição, a inspeções sanitárias frequentes¹⁸⁰. Deveria também combater o “vício da embriaguez entre os indígenas” que persistia “apesar da decretada proibição do fabrico e venda de bebidas alcoólicas”¹⁸¹.

Não obstante reconhecesse a existência de graves problemas de saúde causados aos trabalhadores migrantes e suas povoações, os Serviços de Saúde não deram uma resposta eficaz a eles. Mesmo considerando fundamental a manutenção da saúde para obtenção de trabalhadores saudáveis, a “assistência indígena” pairou mais no campo do discurso do que na prática. Médicos e administradores cientes destas questões discutiram a gravidade dos problemas e apontaram tuberculose e sífilis como as

¹⁷⁷ Relatório dos Serviço de Saúde do ano de 1931: 1933, p.81.

¹⁷⁸ Idem.

¹⁷⁹ Destaco que a sugestão do médico recaia somente sobre as mulheres negras de Moçambique, desconsiderando o cenário geral da ocorrência de práticas de prostituição em Moçambique. Em outros relatórios dos Serviços de Saúde alguns médicos apontavam que o aumento da circulação de doenças venéreas estavam relacionados a prostituição na cidade de Lourenço Marques. E esta era fomentada pela vinda de brancos da África do Sul, que para driblar o regime do apartheid de seu país, atravessavam a fronteira em busca de divertimentos nos corpos negros das mulheres em Moçambique. Entretanto o que o modo de combate proposto pelo médico Antonio Calisto restringia as mulheres a culpabilização pela disseminação de doenças venéreas.

¹⁸⁰ Relatório dos Serviço de Saúde do ano de 1930: 1931, p.89.

¹⁸¹ Idem, p.82.

principais doenças entre a população. Entretanto suas avaliações não se traduziram em ações sanitárias de controle, prevenção e tratamento. Comparado, por exemplo, aos mecanismos empregados no combate à doença do sono, que atingia diretamente a pecuária, tuberculose e sífilis, “doenças de indígenas”, não foram prioridades. Os Serviços de Saúde limitaram-se a tratar individualmente aqueles que os procuravam.

Entretanto a população estava habituada a procurar soluções para os problemas de saúde fora das instalações sanitárias oficiais. Ir ao médico tradicional era corriqueiro, configurando os Serviços de Saúde uma segunda opção, muitas vezes sequer acessada.

O trabalhador que migrava para o Transvaal levava consigo sua experiência cotidiana sobre cuidar da saúde. Longe de casa, em caso de necessidade, procurar um médico tradicional da África do Sul era uma opção factível. Curados ou não, o trabalhador retornava a sua povoação, após meses de trabalho nas minas, e levava consigo a experiência de ter sido tratado por ervas e rituais diferentes dos que existiam em sua terra.. Através do trabalhador migrante, o conhecimento acerca da medicina tradicional ultrapassou as fronteiras impostas pelos governos durante o período colonial.

Assim, as consequências do trabalho migratório podem ser vistas para além da circulação de doenças, dinheiro, pessoas e mercadorias entre o Transvaal e o Sul do Save. Houve também circulação de conhecimentos no tocante à medicina tradicional. Hábitos e práticas apreendidas no exterior pelos trabalhadores migrantes foram integradas ao cotidiano das famílias após o seu retorno. Na circunscrição de Homóine, António Rita-Ferreira, em artigo publicado no ano de 1960, mostrou que os trabalhadores migrados retornavam a suas casas tecendo elogios aos médicos tradicionais consultados no exterior: “Os mineiros regressos do Rand também se referem com especial admiração à magia dos indígenas da Niassalândia que abundam nos centros de trabalho.”¹⁸²

No capítulo seguinte abordarei questões relacionadas à medicina tradicional em Moçambique.

¹⁸² RITA-FERREIRA:1960, p.83.

Capítulo 3

O outro lado da saúde: a medicina tradicional

Quem sabe a enfermidade é de outra ordem que escapa às ciências?
(COUTO: 2008: p.37)

As fontes acessadas sugerem diferentes nomes para o médico tradicional: curandeiro, feiticeiro, mezinheiro. Em determinadas descrições o nome é acompanhada por um adjetivo: médicos-mágicos ou médicos indígenas. Quanto à prática médica entre os indígenas, os termos citados são: medicina cafreal, arte médica, artes médicas de curar.

Membro da Missão Suíça da África do Sul, Henrique Junod escreveu, no início do século XX, importante etnografia sobre os povos bantos do sul da África. Teve sua primeira edição em português em 1934. No capítulo intitulado “Magia”, Junod escreveu: “O médico indígena, *n’anga*, está longe de ser simplesmente um homem de ciência; tem, também, mais ou menos, alguma coisa da natureza do feiticeiro e também invoca os antepassados que lhe transmitiram os seus feitiços.”¹⁸³ Nesta frase Junod evoca as ideias de ciência e feitiçaria para descrever o médico tradicional. Para o autor, o médico tradicional desempenhava uma função híbrida entre ciência e magia, esclarecendo o autor que a “arte médica indígena”¹⁸⁴ era composta por três domínios interpenetráveis: a do médico indígena (*n’ganga*), a do feiticeiro (*mungoma*) e a do adivinho (*uá bula*):

Estou convencido de que estes três domínios são essencialmente distintos e que o Tonga percebe, ele próprio, vagamente, essa distinção. Mas interpenetram-se com a maior facilidade e vou tentar seguir essa gradação, esforçando-me por não alterar, ao explicá-las inteligivelmente. (JUNOD:1946, p. 436)

O conceito de interpenetração proposto por Henrique Junod ajusta-se ao cenário existente em Moçambique nas décadas posteriores a sua etnografia. A descrição feita aí do médico indígena engloba as diferentes facetas que este possui, e sintetiza as características desta prática de saúde. Em artigo publicado no ano de 1961, António Rita-Ferreira apresenta uma tabela comparativa entre os nomes dados pela população de Homoíne, por Henri Junod e pelo próprio Rita-Ferreira para os praticantes destas “Crenças e Práticas mágicas em Homoíne”¹⁸⁵. A tabela nos ajuda a para identificar as diferenças entre médico tradicional (*nganga*, médico, indígena, médico-mágico,

¹⁸³ JUNOD:1946, p. 436

¹⁸⁴ Idem.

¹⁸⁵ FERREIRA: 1961. Título do artigo.

mugona, feiticeiro, mago) que praticava a medicina tradicional (*mbungoma*, magia branca, *muri*, medicamento-mágico) e o feiticeiro (*loyi*, deitadores de sorte, feiticeiro), que praticava a feitiçaria (*byloyi*, magia negra). No presente trabalho analiso em específico a medicina tradicional, aquela que busca solucionar os problemas de saúde. A medicina tradicional é uma atividade diferente da prática da feitiçaria, também disseminada em Moçambique no período estudado. O feiticeiro era acusado de lançar problemas na vida das pessoas, fossem mulheres ou homens. O médico tradicional tinha, entre as suas funções, a de preparar formas para a pessoa combater a feitiçaria que acreditava ter sido lançada sobre ela¹⁸⁶.

Definições	Terminologia indígena	Terminologia da tradução de Junod	Terminologia do autor
Indivíduo conhecedor de plantas e de técnicas com real valor terapêutico. A sua actividade reveste-se dum mínimo de carácter mágico.	N'ANGA (yi-ti)	MÉDICO	MÉDICO MÉDICOS- MÁGICOS
Indivíduo dotado de poderes divinatórios e milagrosos: faz chover, cura por meio de magia, luta contra os feiticeiros.	MUNGOMA (mu-ba)	FEITICEIRO, MAGO	MÉDICO MÉDICOS- MÁGICOS
Indivíduo que, por imaginário e inconsciente desdobraimento de personalidade se supõe dedicar-se a actividades criminosas, sobretudo nocturnas.	LOYI (mu-ba)	DEITADOR DE SORTES	FEITICEIRO
Actividades dos feiticeiros.	WULOYI (gi)	FEITIÇARIA	FEITIÇARIA
Magia socialmente aprovada.	MBUNGOMA	MAGIA BRANCA	MAGIA BRANCA
Magia socialmente desaprovada	BYLOYI	MAGIA NEGRA	MAGIA NEGRA
Planta medicinal, objecto destinado a produzir um efeito terapêutico ou mágico.	MURI (mu-mi)	MEDICAMENTO- -MÁGICO	MEDICAMENTO- -MÁGICO

Tabela feita por António Rita-Ferreira (1960, p.82 e 81)

¹⁸⁶ Sobre feitiçarias li textos da historiadora Maria Paula Meneses, mas não abordei a temática nesta dissertação por tratar exclusivamente das práticas de saúde voltadas para curas comuns entre as populações de Moçambique. A feitiçaria é entendida na presente análise como prática social destinada a trazer prejuízo à vida de outra pessoa. Cabe diferenciá-la da medicina tradicional, embora parte das fontes consultadas associem ambas como práticas similares.

Encaminharei minha análise com base na ideia de Henri Junod da interpenetração como característica principal da medicina tradicional. Entretanto não adoto o termo ‘médico indígena’ utilizado por este autor, pois a categoria ‘indígena’ imposta pela administração colonial, como mostrei no capítulo 1, possuiu conotação depreciativa. Embora a adição do termo ‘indígena’ à palavra ‘médico’ esclareça de imediato o grupo social a que me refiro, a expressão não contribui para o questionamento crítico das categorias estabelecidas pelo colonialismo.

Neste mesmo encadeamento de reflexões, não servem a este trabalho os termos sugeridos pelas fontes consultadas, como medicina cafreal ou mezinheiros. Ocorreu-me utilizar o termo Tonga *nganga*, contudo no sul de Moçambique há o equivalente em outra língua: *dogodela*. Para evitar o uso de uma língua local em detrimento de outras, tratando-se de três diferentes regiões (Gaza, Inhambane e e Lourenço Marques), decidise não adotar “*nganga*”. Outra opção oferecida pelas fontes era o termo ‘médicos-mágicos’, proposto por António Rita-Ferreira. Este se destaca dos demais termos por unir a concepção de medicina à ideia de magia, associando aqueles que detinham um conhecimento sobre práticas de saúde à recursos considerados mágicos. Entretanto, o trabalho do médico tradicional não se restringia a utilização de saberes mágicos ou espirituais. Adotamos por fim as expressões ‘médicos tradicionais’ e ‘medicina tradicional’ para designar as práticas de saúde das populações de Moçambique, conscientes de que não são termos isentos de debate¹⁸⁷.

Falar em medicina tradicional em Moçambique é, portanto, referir-se a um conhecimento que abrangia o uso de ervas e também a crença em espíritos. Segundo Henri Junod, a medicina tradicional ultrapassava os limites da ciência por incluir explicações baseadas na magia e em espíritos: “Mas a linha de demarcação entre a ciência e a superstição é depressa transposta e a arte médica penetra com maior facilidade no domínio da magia, isto tanto mais quanto a diferença entre Ciência e Magia não é apercebida.”¹⁸⁸ Para Rita-Ferreira, a relação entre botânica e magia era indissociável na medicina tradicional. O autor foi além desta constatação, em artigo publicado em Lourenço Marques, na década de 1960, recusou a concepção de que a prática da medicina tradicional em Moçambique era fruto de uma “mentalidade

¹⁸⁷ Na introdução desta dissertação discuto o conceito de medicina tradicional.

¹⁸⁸ JUNOD: 1946, p.441

primitiva”¹⁸⁹ Para o autor a oposição entre mentalidade europeia (civilizada) e um mentalidade indígena (primitiva) era comprovadamente errônea. O que explicava a utilização da medicina tradicional era o fato de ser parte da estrutura de pensamento daquela população e desempenhar funções importantes na regulação das relações entre os indivíduos. Segundo António Rita-Ferreira, a medicina tradicional fazia parte de um “sistema de ideias que, na sua pureza original, devia ter sido altamente coerente.”¹⁹⁰

Não cabe aqui entrar na discussão a respeito da pureza da medicina tradicional mencionada pelo etnógrafo. Entretanto saliento a principal ideia proposta por Rita-Ferreira: a medicina tradicional correspondia a uma estrutura de pensamento que fazia sentido naquela sociedade, e nada tinha a ver com o fato de serem seus praticantes ou os que a elas recorriam mais ou menos civilizadas, como pressupunha o conceito de ‘missão civilizadora’ comumente empregado pelo governo colonial. Funcionário da administração colonial, Rita-Ferreira rompia com ideia propagada por essa mesma administração, o que pode ser relacionado à crítica do historiador Frederick Cooper, mencionada na introdução da presente dissertação¹⁹¹. Rita-Ferreira foi uma entre muitas outras vozes que destoaram do discurso oficial do colonialismo português, como mostrarei adiante, neste mesmo capítulo. Sublinho aqui a ideia de que medicina tradicional e medicina oficial baseavam-se em concepções de saúde mais do que divergentes, incomensuráveis.

Para Rita-Ferreira era esta concepção de saúde da medicina tradicional que a população preferia, deixando em segundo plano ou evitando os Serviços de Saúde: “A crença arraigada de que as doenças podem ser deliberadamente causadas pela magia negra é bastante responsável pela preferência manifestada pelos medicamentos-mágicos”¹⁹². Tal concepção poderia ser partilhada inclusive por pessoas de origem europeia. Em “Crenças e práticas mágicas em Homóine”, António Rita-Ferreira diz que médicos tradicionais com quem havia estabelecido contato afirmavam que eram procurados por europeus da Rodésia do Sul, e foi ele próprio testemunha dos esforços feitos por um administrador colonial português para consultar-se com médicos tradicionais: “o administrador Joaquim Nunes, que durante quinze anos esteve à testa da

¹⁸⁹ RITA-FERREIRA: 1960, p.86.

¹⁹⁰ Idem.

¹⁹¹ Ver: Introdução, p.

¹⁹² RITA-FERREIRA: 1960, p.84.

circunscrição de Homóine, não raro consultava médicos-mágicos.”¹⁹³ Não cabe, portanto, fazer uma divisão maniqueísta entre Serviços de Saúde utilizados unicamente por portugueses e medicina tradicional utilizada somente por negros de Moçambique. Esta divisão não leva em conta a diversidade de relações estabelecidas em Moçambique durante o período colonial.

Insisto em duas ideias fundamentais para problematizar o conceito de medicina tradicional: a pluralidade da medicina e sua característica transfronteiriça.

As noções utilizadas em medicina tradicional abarcam uma série de atividades e domínios: aplicação de justiça, apaziguamento de espíritos, utilização de ervas, combate a feitiçarias, intervenções nas relações entre comunidade e indivíduo doente. Um médico tradicional não dominava necessariamente todas estas atividades simultaneamente. Embora houvesse na medicina tradicional praticada ao longo do período colonial uma base de conhecimentos comum, como o diagnóstico pelo tinholo¹⁹⁴, as funções do médico tradicional podiam variar.

Henri Junod observou que “a competência dos médicos indígenas varia muito de um indivíduo para outro”¹⁹⁵. Do mesmo modo, o médico Carlos Reis afirmou que entre os médicos tradicionais em Moçambique existiam categorias diferentes: cada um exercia o que Reis chamou de “clínica de especialidades”¹⁹⁶. Diz ele: “Há os que possuem grande número de remédios e tratam de grande parte das afecções, ao lado dos que apenas conhecem um remédio terapêutico e tratam determinada afecção ou de determinado grupo nosológico.”¹⁹⁷

Sem pretender homogeneizar esses conhecimentos e essas práticas múltiplas, reitero que, independente das ‘especialidades’, estavam assente sobre bases comuns: ervas e espíritos. A forma como cada médico tradicional respondia ao problema trazido a ele variava. Nesse sentido a medicina tradicional era plural. Não havia uma resposta única ao mesmo problema de saúde. E era tradicional por constituir um saber passado de geração em geração, por ensinamento oral, espiritual ou por compra.

O etnógrafo Francisco Toscano afirmou que havia médicos tradicionais com mais prestígio que outros, devido a suas especialidades médicas. Toscano mediu o

¹⁹³ RITA-FERREIRA: 1960,p.84.

¹⁹⁴ Tinholo, também nomeado ticholo, eram ossículos advinhatórios utilizados por médicos tradicionais.

¹⁹⁵ Idem, p.437.

¹⁹⁶ REIS: 195, p. 40.

¹⁹⁷ Idem.

prestígio a partir dos pagamentos realizados pela população em troca de atendimentos. Como exemplo o autor citou o médico tradicional Malambacuanha, que residia na circunscrição de Chai-Chai – distrito de Gaza – no ano de 1904. Observou Toscano que este médico era muito requisitado pela população da colônia vizinha, a Rodésia do Sul, e para lá Malambacuanha deslocava-se com frequência. No retorno trazia “verdadeiras fortunas”, que incluíam dinheiro (libra), gêneros alimentícios e até cavalos, o que Toscano registrou com grande surpresa: “Calculem um preto de Gaza com dois cavalos! Foi um acontecimento!”¹⁹⁸ O aumento do prestígio que rendeu ao médico tradicional tais riquezas estava relacionado aos sucessos obtidos por ele em de suas especialidades. O caso de Malambacuanha revela não apenas a pluralidade da medicina tradicional em Moçambique, como também os deslocamentos transfronteiriços que esta fazia, como mencionamos no capítulo anterior, ao tratar dos trabalhadores migrantes.

Outra ideia importante para problematizar o conceito de medicina tradicional: seu caráter transfronteiriço. Como este trabalho está delimitado territorialmente ao sul de Moçambique, falar em medicina tradicional transfronteiriça implica em ressaltar as dinâmicas assumidas por ela durante o período colonial sob a influência dos fluxos migratórios derivados, sobretudo, do trabalho nas minas do Transvaal.

O etnógrafo e administrador de circunscrição António Rita-Ferreira exemplificou como ocorriam as influências dos médicos tradicionais da África do Sul sobre a população de Moçambique ao sul do rio Save. Trabalhadores migrantes, ao terem problemas de saúde durante o período do contrato de trabalho, buscavam médicos tradicionais daquele país para resolver seus problemas.

Relatou Rita-Ferreira um caso ocorrido com um trabalhador que migrou da circunscrição de Homoíne – distrito de Inhambane – para a África do Sul. Um homem identificado pelo nome abreviado A.E. havia cumprido três contratos de trabalho com a WNLA. No último trabalhava numa mina de carvão na função de auxiliar de eletricista, cargo invejado por outros trabalhadores por envolver um trabalho moderado. Foi nessa altura que A.E. teve um problema de saúde. Ao iniciar sua função o trabalhador migrante começou a sentir fortes dores de cabeça e, em seguida, foi acometido por forte anemia. Não estando em boas condições físicas, A.E. precisou faltar ao trabalho. Ele relacionou seu problema de saúde à inveja de dois sul-africanos que cobiçavam sua função de auxiliar de eletricista. Estes inclusive apareciam nos sonhos do doente.

¹⁹⁸ TOSCANO: 1941,p.84.

Convicto de que a doença era fruto de feitiçaria, A.E. buscou um médico tradicional sul-africano. Ele preparou o medicamento mediante o pagamento de duas libras. O medicamento, chamado *tebe*, deveria ser atado sobre o bíceps esquerdo; o médico tradicional prescreveu também um pó para o doente passar por todo corpo antes de se deitar. Após dois dias de uso da medicação A.E. sentiu-se curado, pôde retornar ao trabalho e os dois sul africanos não apareceram mais em seus sonhos.

O problema de saúde de A.E. foi solucionado mas sua relação com o médico tradicional da África do Sul não terminou aí. Ao fim do contrato de trabalho na mina de carvão, satisfeito com os resultados da consulta feita com o médico tradicional, A.E. decidiu procurá-lo novamente. Desta vez pediu ao médico que o ajudasse no retorno para Moçambique fornecendo-lhe um medicamento para “não ter vergonha de falar com alguém e para não ser desprezado”¹⁹⁹ Mais uma vez o médico tradicional vendeu o medicamento pedido. Este, nomeado *tsbe*, consistia numa casca de um vegetal que A.E. deveria mascar, cuspir e espalhar este cuspe sobre o corpo. A.E. regressou a Homóine munido do medicamento e afirmou que todas as vezes que o usava sentia-se mais dispostos e menos tímido.

O trabalhador migrante não apenas consultou-se com um médico tradicional do outro lado da fronteira, como em seu retorno importou medicamentos para Moçambique. O uso e a atestação dos efeitos da medicina tradicional sul-africana em território moçambicano reforçava o valor conferido pela população a esta medicina. Além disso, permite supor que esse e outros circuitos pudessem redundar em acréscimo de conhecimentos para os médicos tradicionais atuantes em Moçambique.

Baseada nesta pluralidade e em conhecimentos advindos dos territórios fronteiriços a medicina tradicional foi praticada ao longo do período colonial no sul de Moçambique.

3.1 Relatos etnográficos sobre a medicina tradicional

Em Moçambique, assim como em outros territórios do continente africano, a etnografia foi praticada por pessoas não especializadas. Tais etnografias não acadêmicas formaram parte do corpo de fontes da minha pesquisa. O antropólogo Jorge Luís Dias

¹⁹⁹ FERREIRA: 1960. Rita-Ferreira cita esta descrição do remédio entre aspas, fazendo referência à fala de seu informante A.E.

estabelece a diferenciação entre a etnografia e a etnologia, entendida como antropologia cultural:

A etnografia, pode dizer-se, está intimamente ligada à etnologia; é uma espécie de primeira fase do processo do pensamento científico. A etnografia observa, analisa e descreve uma determinada cultura e a etnologia sistematiza, compara, generaliza e interpreta em termos gerais. Não há ciência propriamente dita quando se não ultrapassa a fase descritiva; a etnografia vai sempre inserir-se na etnologia. Por sua vez, não há etnologia sem etnografia, pois as generalizações só são válidas quando assentam em abundantes dados colhidos e descritos com todo rigor objetivo. (DIAS:1982, 21)

As etnografias, em concordância com a afirmação de Jorge Dias, podiam ser produzidas por indivíduos que não necessariamente tinham por profissão os estudos antropológicos. Embora não fossem consideradas trabalhos científicos devido à falta de uma teoria a balizar a recolha de materiais, seu valor como fonte não pode ser menosprezado. As etnografias portuguesas não tiveram somente as populações do continente africano como objetos de estudo. Vale ressaltar que foram escritas etnografias sobre a população de Portugal metrópole. Entre os autores podemos ressaltar José de Leite Vasconcelos Cardoso Pereira de Melo, médico e etnógrafo português que afirmava: “a etnografia é o estudo descritivo de uma determinada cultura ou área cultural, independentemente de se tratar de povos europeus ou exóticos.”²⁰⁰

Sobre a produção de etnografias por autores não profissionalizados, Jorge Dias comentou:

Por outro lado, uma etnografia que não tem nenhuma base teórica é, simplesmente, a conglomeração de fatos sem significado. Acontece muitas vezes que etnógrafos amadores empenhados na recolha cuidadoso de factos inerentes à sociedade onde viveram durante algum tempo omitiam frequentemente aspectos muito importantes por desconhecerem o seu significado ou porque tinham atitudes preconcebidas, que não lhes permitem aceitar a relatividade das situações culturais. (DIAS: 1982, p.216)

A diferenciação estabelecida por Jorge Dias entre etnógrafos profissionais e amadores, embora pertinente, não desmerece o valor da produção etnográfica não profissionalizada. Profissionais ou não, as etnografias são fontes que nos permitem enxergar importantes questões e precisam ser analisadas conforme o contexto de sua produção. Na presente dissertação destaco como etnografias não profissionais, aquelas realizadas por funcionários da burocracia colonial que redigiam “monografias etnográficas” e também o material escrito produzido por médicos oficiais acerca dos hábitos das populações em Moçambique.

²⁰⁰ APUD: DIAS:1982, p.21.

Francisco Toscano e Antonio Rita-Ferreira escreveram sobre as populações de Moçambique na função de funcionários do quadro administrativo do governo²⁰¹. Não faziam parte da Junta de Antropologia, não possuíam formação acadêmica na área, no entanto ambos produziram textos ricos em informações a respeito do cotidiano da população negra. Estes autores não foram exceções na produção etnográfica. No processo de admissão de novos administradores de circunscrição, era requerido ao candidato a realização de uma monografia etnográfica concernente a uma localidade da colônia, a fim de demonstrar que possuía conhecimento sobre o território a administrar.

As monografias de Rita-Ferreira e Toscano, posteriormente publicadas no Boletim da Sociedade de Estudo de Moçambique, demonstram a produção textual realizada por funcionário que cumpriam essencialmente funções burocráticas.

Revelam o quanto a etnografia e também a antropologia destacaram-se como ferramentas políticas para obter conhecimento passível de aplicação em estratégias de controle e convencimento. A produção de documentos acerca dos costumes era encarada por ideólogos e administradores coloniais como maneira de aperfeiçoar o governo do território, como sublinha Toscano:

Nenhum trabalho útil se poderá levar a bom fim, sobre a etnologia, etnografia, política, usos e costumes dos nossos indígenas, sem que se faça um trabalho completo de antropologia; esta será a base de tudo quanto pretendem fazer. Já é tempo de se irem estudando os povos e as terras das colônias que nos foram confinadas. Os rapazes novos, se quisessem, podiam fazer-se uns colonialistas admiráveis, aproveitando o ambiente que os rodeiam. (TOSCANO:1941, P.143-144)

Francisco Toscano²⁰² apresentou em 1941 uma resenha histórica acerca dos povos localizados ao Sul do Rio Zambeze, abordando temas da vida social, política, econômica e cultural. Suas 82 páginas foram divididas em capítulos, entre os quais destaco: “Vida social” p.70-71; “Estado primitivo e estado atual”(71 – 72); “Política indígena”(p.72 – 73); “Curandeiros, doenças, mortes e enterramentos”(p.79 – 81); “Mortes”(p.81); “Batuques”(p.82); “Médicos-curandeiros e gagaistas”(p.83 – 86); “Os

²⁰¹ Além das monografias de Francisco Toscano e Antonio Rita-Ferreira, levantei outras monografias etnográficas publicadas no *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*. Apesar de citá-las, não fiz uma análise pormenorizada sobre elas: CASTRO, Soares de. *Os lomouès do Larde. Elementos para uma monografia histórico-etnográfica*. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques: ano XII, nº 76, outubro a dezembro, 1952, p.41 – 83. / CARDOSO, Julio Justo Alfaro. *Monografia etnográfica sobre os Tsuas*. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques: ano XXVII, nº108, janeiro a fevereiro, 1958, p.151 – 207./ REIS, Diogo da Camara. *Os macuas de Mogovolas*. In: da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques: ano XXXI, Nº131, abril a junho, 1962, p.5 -37.

²⁰² TOSCANO, F. *Sobre os indígenas portugueses ao sul do Zambeze*. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano X, nº44, janeiro a dezembro, 1941, p.65-147.

gagaístas no exercício das suas funções”(p.86 – 87); “Bruxaria”(p. 104 – 105); “Superstição”(p. 109 – 113); “A sua mentalidade”(p. 123).

Quase uma década depois, em 1950, foi publicada a monografia etnográfica de Antonio Rita Ferreira²⁰³, entre cujos capítulos figurava “Magia”, com a seguinte estrutura:

A – Arte médica e magia branca (parte II, p.87);

B – Possessões [I. Espíritos benignos (O oráculo de Messindja; Possessos com o espírito do leão – *m’vula uá mepondolo*; Possessas com o espírito da gibóia; Possessas com o espírito da cobra *nhazalumbo*; Outros possessos); II. Espíritos malignos(parte II p.89-99);

C – Feitiçaria (parte II p.100);

D – Adivinhação (p.111 – 114).

Ambas as monografias etnográficas davam ênfase às de práticas de saúde entre as populações de Moçambique. As observações quanto aos cuidados de saúde poderiam contribuir, supunham os autores, para que a administração colonial tivesse conhecimento sobre o que ocorria no território de Moçambique de maneiras a planejar intervenções no cotidiano da população que as levasse a órbita de influência dos Serviços de Saúde.

Não apenas funcionários da administração faziam tais levantamentos acerca das populações negras. Médicos e enfermeiros dos Serviços de Saúde também tinham por tarefa realizar inquéritos que abordavam temas como constituição geográfica da região, emprego do solo pelos habitantes, fabricação de bebidas, estatísticas demográficas além de realizarem “a etnografia da população indígena; estudo sumário do gênero de vida e dos costumes das coletividades indígenas; habitações indígenas, suas condições higiênicas e agrupamentos.”²⁰⁴

Informações sobre o cotidiano dos indígenas, inclusive alimentação, habitação e migração, eram requeridas pelos Serviços de Saúde. A presença dessas questões num

²⁰³ FERREIRA, Antonio Rita, FERREIRA, Antonio Rita. *Os “azimba”. Monografia etnográfica. Parte I.* In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques: ano XXIV, nº84, março a abril, 1954, p.47 – 140. / FERREIRA, Antonio Rita. *Os “azimba”. Monografia etnográfica. Parte II.* In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques: ano XXIV, nº85, maio a junho, 1954, p. 3 – 126.

²⁰⁴ Relatório dos Serviços de Saúde da Colônia de Moçambique dos anos de 1925 e 1926: p. 35. Neste relatório constavam as instruções para realização de inquéritos pelos subdelegados de saúde. Segundo a circular legislativa que institui este inquérito o objetivo era estabelecer um programa para “assistência indígena”.

relatório devia informar sobre as condições de saúde da população, poderia coadunarse que os “portugueses usaram a medicina como instrumento de dominação das populações coloniais e tinham consciência desse processo.”²⁰⁵ No entanto, por mais conscientes que os portugueses estivessem, também reconheciam suas limitações. No caso do inquérito citado acima, Francisco Ferreira dos Santos, autor e chefe dos Serviços de Saúde nos anos de 1925 e 1926, afirmou que não fora possível aplicá-lo a todas as regiões da colônia devido a dificuldades encontradas pelas administrações locais. Incluía desde a falta de meios de transporte até falta de alojamento para os médicos responsáveis pelo inquérito. Assim, por mais ansiosos que estivessem em utilizar a assistência médica como controle social, verifica-se que isso nem sempre era possível, visto que sequer havia meios para aplicação de um inquérito.

Em relatório de 1930, o subdelegado de saúde dos Muchopes, Humberto César de Sepúlveda Pimentel, afirma que uma das dificuldades encontradas pelos médicos em seu trabalho junto às populações autóctones era conseguirem dados sobre elas.

Todos os médicos que viveram no mato sabem bem que somente com o seu esforço podiam contar, porque em toda a parte se encontram escolhos a vencer, que por vezes vencem, até, as mais firmes vontades. Entre elas e talvez a de maior monta, é a relutância que o indígena tem em fornecer qualquer informação, por mais insignificante que seja a todo o europeu que com um papel e lápis na mão o aborde. (Relatório do ano de 1930: p. 78)

Cerca de 20 anos depois, o médico Carlos Reis fez uma reflexão sobre as dificuldades que teve para obter informações acerca das práticas de saúde. Em artigo intitulado “A arte indígena de curar em terras de Zavala”, levantou as designações de doenças e os tratamentos empregados pela população que não recorria aos Serviços de Saúde. Reis interrogou médicos tradicionais e pessoas que consultavam estes médicos. No entanto, na realização das entrevistas deparou com dificuldades, que incluía a questão da língua²⁰⁶ e o medo da população em relatar suas práticas de saúde. Segundo Reis: “Os curandeiros indígenas (...) ao serem interrogados sobre os seus métodos curativos, como aliás todo o indígena inquirido sobre suas tradições e segredos raciais

²⁰⁵ SHAPIRO: 1985, p. 18. “The innovative nature of the analysis presented here make it requisite that I demonstrate both that the Portuguese used medicine as a tool for domination of colonial peoples and that they were conscious of this process.” Tradução livre.

²⁰⁶ Reis salientou que uma das dificuldades na efetuação do inquérito era a necessidade de sempre haver um intérprete pois a maioria da população não falava português e o médico não conhecia as línguas locais. A respeito dos intérpretes Reis afirmou: “Se de tudo isto adicionarmos as dificuldades inerentes ao recurso inevitável dum intérprete sempre imaginoso e por isso mesmo falseador, até mesmo inconsciente, das frases que tem que traduzir por duas vezes.” (REIS:1952, p.41)

ou profissionais, são presa dum verdadeiro complexo de temor e de receio.”²⁰⁷ A resistência em parte se devia ao temor à repressão a essas práticas, em parte ao receio dos novos impostos e mesmo da apropriação desses conhecimentos por médicos oficiais, como relatou Carlos eis em seu artigo.

Portanto, recolher informações sobre o cotidiano das populações não era tarefa fácil. As dificuldades residiam principalmente nas barreiras de comunicação, dificuldades de transporte e deslocamento entre povoados e na recusa da população em falar sobre suas práticas. Apesar dessas dificuldades, médicos e administradores coloniais reuniram informações acerca da medicina tradicional praticada no sul do rio Save. Os inquéritos etnográficos podem ser analisados a partir da proposta de Carlos Guinzburg acerca da comparação entre relatos etnográficos e documentos da inquisição, conforme discutido na introdução da presente dissertação.

Descrições de um processo de cura

Acorda!Acorda! O dia nasce! Agora a ave canta!
Toca Zulo! Toca mato! Agora a ave canta!
Nós te saudamos, espírito!
Sai docemente, por caminhos direitos.
(Versos cantados nos arredores de Lourenço
Marques, recolhidos por Henri Junod)²⁰⁸

Segundo o médico Humberto César Sepúlveda Pimentel, subdelegado na circuncisão de Manjacaze, as doenças que a população apresentava eram principalmente sarampo, coqueluche, doenças pulmonares, intoxicações alimentares, doenças causadas por vermes intestinais. E acrescentou o médico: “todas estas doenças são tanto mais para temer nos indígenas quanto é certo só recorrerem a medicina branca depois de os seus curandeiros nada terem conseguido.”²⁰⁹ O médico reconhece em seu relatório que a medicina oficial era uma segunda opção de tratamento das doenças para a população. Existiam, portanto, outras maneiras de tratar doenças, para o médico relator cujo controle estava em mãos do médico tradicional.

Embora nos relatórios dos Serviços de Saúde entre as décadas de 1930 a 1950 constem afirmações acerca de médicos tradicionais em Moçambique, não relatam como eram realizados os atendimentos. Já as monografias etnográficas do período trazem

²⁰⁷ REIS: 1952, p.41.

²⁰⁸ JUNOD: 1946,p.470.

²⁰⁹ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1930*: 1931, p. 79.

informações substanciais sobre os processos de tratamento. Utilizo aqui também o relatório realizado em 1909, pelo médico Júlio Afonso da Silva Tavares, publicado em forma de artigo no ano de 1948.

Em “A arte de curar entre os indígenas das terras de Magude”,²¹⁰ Silva Tavares baseou-se em entrevistas realizadas com médicos tradicionais. Embora os tratamentos pudessem ter variações conforme a doença e de acordo com os conhecimentos do médico tradicional, a descrição do processo terapêutico feita por Silva Tavares serve como aproximação do que de fato ocorria.

O processo coordenado pelo médico tradicional compreendia três principais etapas: a primeira era a identificação da causa da doença; a segunda o tratamento em si; a terceira, em caso de sucesso do tratamento, à comemoração de sua finalização.

A primeira etapa, a identificação da doença, consistia em interrogar o doente acerca de suas relações com a família e a vizinhança; em seguida para fazer seu diagnóstico, o médico tradicional consultava o “tinholo – isto é deitar os ossos”. Eram ossinhos e búzios que eram atirados ao chão seguidas vezes; a partir da posição que caíam o médico interpretava seu significado e identificava a raiz do problema do doente²¹¹.

Francisco Toscano, em sua monografia etnográfica, com certa ironia, comparou o tinholo aos livros de ciência utilizados pelos médicos oficiais, enfatizando a importância que estes instrumentos tinham na tarefa desempenhada pelos médicos tradicionais: “Quando o curandeiro chega é-lhe oferecida uma esteira onde se senta à porta da palhota do doente; tira as bugingangas (gagau²¹²) ossos e raízes, que traz

²¹⁰ Este artigo foi publicado na coletânea intitulada *Moçambique: Documentário trimestral*, elaborada pela administração colonial. Na apresentação do artigo do médico, os editores da coletânea afirmam que em 1909 dois outros médicos do Serviço de Saúde realizaram investigações sobre a medicina tradicional: Antonio Maria do Soveral escreveu sobre a circunscrição de Xai-Xai e o médico Augusto de Oliveira e Sousa sobre a circunscrição de Tete, e ambos os relatórios estariam disponíveis no Arquivo Histórico de Moçambique e posteriormente seriam publicados no *Moçambique: Documentário trimestral*. Entretanto não tive acesso a estes dois artigos. Priorizei o de Júlio Afonso Tavares da Silva por seu recorte espacial, a riqueza das descrições e por este médico ser citado em outros artigos como referência na maneira como deviam ser elaborados registros etnográficos entre os médicos. Poderia ter utilizado mais aprofundadamente a etnografia do missionário Henri Junod (1946), entretanto o relato de Júlio Tavares ajudou-me a destacar escrita de um médico oficial sobre a medicina tradicional.

²¹¹ “Consiste esta operação em lançar ao chão, e executar com eles várias manobras, duas, ou três dúzias de ossos curtos, tirados dos pés de pequeno antílopes ou encontrados no estômago de crocodilos, a que juntam conchas de alguns moluscos. Depois de várias evoluções a que são sujeitos os ossos e pelas posições finais que eles tomam, fica a conhecer a variedade de chicuembos e ainda a sua origem, o que, porém, não comunica a ninguém.” (TAVARES: 1948, p.121)

²¹² Outros etnógrafos utilizam o termo gagau como sinônimo de tinholo, sendo o médico tradicional que faz uso dele chamado de gagaísta. O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa traz interessante

sempre consigo em bolsas de couro (são os seus livros de ciência) e deita tudo na esteira”²¹³



Fotografia 1 – Médico tradicional deitando o *tinholo*. Moçambique, s/a. Fotografia doada por António Rita-Ferreira. Acervo pessoal.

Após deitar o *tinholo*, o médico tradicional adquiria informações para determinar se a doença era causada por um espírito ancestral, por um feitiço realizado por alguém próximo ao doente, se a causa era natural ou ainda se havia confluência entre causas espirituais e naturais. A partir da identificação do problema o médico tradicional poderia aplicar seu conhecimento tratando em específico aquilo que o *tinholo* informara.

Iniciava-se a segunda etapa, que era o tratamento, que podia incluir infusão de ervas, ingestão de sangue animal, execução de sangrias no corpo do doente, além de cânticos, palmas e tambores. O doente era colocado numa esteira dentro da palhota e tinha à sua volta a família, que participava do processo batendo palmas e cantando. O

observação acerca do emprego da palavra durante a escravidão no Brasil e o emprego em Moçambique. Segundo o dicionário, *gagau* possui dois principais significados: “1. Ludelogia – jogo de dado popular no século XIX que tinha o 2 e o Ás como os maiores pontos; 2. Etnologia/Moçambique – porção de ossos de cabrito e hiena que, misturados com seixos brancos e pretos, constituem o oráculo de alguns povos das vizinhanças de Lourenço Marques”. A palavra teria origem etimológica diferentes, “uma vez que o jogo citado era comum nas cadeias da Bahia onde havia negros vindos mais da costa ocidental da África (Guiné, Daomé, etc) e não da contra costa, onde fica Lourenço Marques, em Moçambique.”(Houassis. Rio de Janeiro:Editora Objetiva, 2009, p.1414).

²¹³ TOSCANO: 1941, p.78-79.

tratamento ocorria preferencialmente no turno da noite até a madrugada e podia estender-se por semanas, até a restauração da saúde do doente com a expulsão do espírito causador. O médico tradicional ministrava as ervas necessárias ao doente, por vezes provocando o vômito. Enquanto instrumentos eram tocados, relata Tavares,

o nganga vai entoando cânticos, nalguns dos quais o espírito é violentamente increpado e convidado a sair, sendo pelo contrário, noutros muito elogiado e enaltecidas as suas virtudes para ver se se comove. Estes cânticos são repetidos em coro pelos assistentes, que acompanham batendo palmas. O paciente continua debaixo do pano branco, contorcendo-se agitando os membros, tremendo, etc, até ao fim da cerimônia. (TAVARES:1948, p.122)

Palmas, cânticos²¹⁴, vômitos eram mecanismos utilizados para remover o *chicuembo* do corpo do paciente. Nesse sentido, a participação da família era requisito para o sucesso do tratamento. Quando chegava ao fim, isto é, quando o espírito, ou *chicuembo*, deixava o corpo do doente os participantes do processo davam início à terceira e última etapa, a comemoração, com “cânticos, danças e largas libações, degenerando assim numa bacanal que só termina quando o mezinheiro, paciente e assistentes estão completamente embriagados”²¹⁵ segundo Silva Tavares.

Estava assim concluído o procedimento do médico tradicional. Entretanto havia ocasiões em que não ocorria a comemoração, pois o tratamento não havia sido eficaz e o doente podia ir a óbito. Entretanto, mesmo nesse caso de falecimento, o método do médico tradicional não era questionado, e a culpa pela morte era imputada à força do feitiço invocado contra o doente: “Se o doente melhora, foi a grande sabedoria do dogodela que descobriu o mal a tempo; se morre, foi a grande força da feitiçaria da velha, a que nada podia resistir!”²¹⁶

Esta sumária descrição do processo de cura empregado pelos médicos tradicionais em Moçambique serve-me apenas para evidenciar como esta medicina diferia daquela em funcionamento nos Serviços de Saúde. O tempo concedido a uma dissertação de mestrado não me permite analisar mais profundamente a profusão de tratamentos descritos nas etnografias, por isso me contento em oferecer ao leitor um vislumbre da dinâmica social da medicina tradicional em Moçambique. Entretanto as descrições contidas nas fontes me permitem afirmar que existia uma profusão de

²¹⁴ Henri Junod coletou cânticos entoados pelas populações do sul de Moçambique, entre os quais aqueles que ele denominou de cantos de exorcismos, que eram estes utilizados nos tratamentos ministrados por médicos tradicionais. Ver: JUNOD: 1946, p.208, 470, 471)

²¹⁵ TAVARES:1948, p.132.

²¹⁶ TOSCANO: 1941,p.79.

práticas médicas tradicionais em todo território sob domínio colonial. E a linguagem empregada nessas etnografias permite perceber a multiplicidade de posições que médicos e administradores coloniais tomaram em relação a elas²¹⁷. Para examinar esse confronto, vou deter-me numa situação específica, o rito de circuncisão.

3.2 O médico tradicional na vida social: o caso dos ritos de circuncisão

Consta no relatório do ano de 1933²¹⁸, realizado pelo Delegado de Saúde César Augusto Simões, uma listagem contendo as doenças tratadas e o número de atendimentos feitos no posto de Manjacaze, no distrito de Gaza. Além da extirpação de vários tumores e laqueações da artéria radial, figuram 12 casos de circuncisões com descrição do estado dos pacientes após o tratamento: curado. Na listagem de intervenções operatórias do posto do Bilene, também em Gaza, houve um caso de circuncisão, atestando-se novamente atesta-se que o paciente fora curado. Mas o que era curar a circuncisão?

Dois anos depois o mesmo relator modifica a descrição das intervenções operatórias, acrescentando à doença o método empregado para curá-la e o resultado. No tocante ao posto de Manjacaze, informou: “Fimoses, 26. Circuncisão. Curados.”²¹⁹, e quanto ao posto de Bilene: “Circuncisão em fimoses, 1. Curado.”²²⁰

A circuncisão era um rito a que jovens do sexo masculino eram submetidos. Variando as particularidades cerimoniais, a prática da circuncisão foi recorrente de norte ao sul de Moçambique antes e durante a colonização portuguesa. Para os Macondes era chamada de “*cucumula*”²²¹, para os Macuas “*calaua*”²²², para os Lomués “*kaluê*”²²³, entre os Zimbabué “*nhau*”²²⁴, ao sul do Rio Zambeze possuiu diferentes nomeações:

²¹⁷ Sobre descrições de processos de cura foi possível localizar extensivos relatos etnográficos. A análise profunda deste material com objetivo de conhecer, descrever, pontuar os ritos empregados pela medicina tradicional é um trabalho a ser realizado em outro momento. Registro somente os relatos etnográficos levantados que descrevem tais ritos e que constituem importantes fontes para o assunto: JUNOD:1946, p.436-552; TOSCANO:1941, p.78 – 102; TAVARES: 1948, 113-132; RITA-FERREIRA:1960, p.80 – 88/ 1954, p.82 – 116; GUERREIRO: 1966, p.17 – 23; CARDOSO:1958, p.188 – 189; PEIXE: 1962, p.6 – 31; REIS: 1962, p.28 – 35.

²¹⁸ Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1933: 1935, p.51.

²¹⁹ Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1934: 1936, p.58.

²²⁰ Idem.

²²¹ REIS:1955, p.179.

²²² REIS:1962, p.16.

²²³ Castro: 1952, p.77.

²²⁴ RITA-FERREIRA: 1954, parte 1, p.83 e 84.

“*kussóka*”²²⁵, “*uguerria*”²²⁶, “*ngoma*”²²⁷, “*tchikhato*”²²⁸, “*ikliassungue*”²²⁹. Nos demais territórios coloniais portugueses, o médico Carlos Reis ressalta que a circuncisão foi documentada também na Guiné e em Angola²³⁰.

No início do século XX o etnógrafo e missionário protestante Henri Junod comparava a circuncisão encontrada no sul do continente africano (*ngoma*) à circuncisão judaica e ao batismo cristão, ressaltando como característica comum entre os três o fato de serem ritos de passagem:

O *ngoma* ignora completamente esta ideia moral e espiritual, embora inspirado pelo mesmo sentido profundo e verdadeiro da necessidade dum progresso na evolução humana, progresso que consiste na renúncia a um passado miserável e na passagem para uma vida mais alta. (JUNOD: 1944, 528)

De acordo com Junod a cerimônia da circuncisão podia abranger três momentos fundamentais: o momento de isolamento (rito de separação), a permanência no isolamento (período de margem) e o retorno para a habitação familiar (rito de agregação)²³¹. E a realização da circuncisão, em cerimônia coletiva, envolvia quatro principais atores: os jovens, seu acompanhantes masculinos, as mulheres da família e um médico tradicional (*n'anga*). Cada ator desempenhava um papel. Os jovens eram o foco do ritual, aqueles que deviam submeter-se à circuncisão. Cada jovem possuía um acompanhante masculino que tinha a função de passar ao jovem ensinamentos sobre a vida, sexo, história da etnia, além de auxiliá-lo no momento do corte do prepúcio, como não havia anestesia, o jovem podia desmaiar em decorrência da dor. As mulheres da família tinham uma participação indireta, pois não podiam ver o jovem durante esse período, mas eram responsáveis por preparar o alimento e deixá-lo próximo ao local do ritual. Por fim, o médico tradicional dirigia todo o ritual e, executava o corte do prepúcio. Entre os atores envolvidos os médicos tradicionais eram os únicos

²²⁵ TOSCANO: 1941, p.102.

²²⁶ CARDOSO: 1958, p.167.

²²⁷ JUNOD: 1944, p.528.

²²⁸ REIS, 1955, p.179.

²²⁹ Idem.

²³⁰ Idem.

²³¹ Henri Junod baseia-se no trabalho do antropólogo francês Van Gennep “Os Ritos de Passagem”(Paris, Nourry, 1909). Sobre o trabalho de Van Gennep, Junod resumiu: “Mostra que numerosos ritos foram inspirados pela ideia de passagem dum lugar ou dum estado para outro, e que todos os ritos pertencentes a esta categoria apresentam os mesmos traços gerais: primeiro, a separação do antigo estado de coisas é simbolizada por certos ritos, que ele chama os ritos de separação; depois, começa um período de margem, durante o qual o indivíduo ou o grupo em questão é separado da sociedade e submetido a um certo número de tabus e ritos; terceiro, no fim deste período, as pessoas que eram tabu são de novo recebidas na comunidade, como seus membros regulares, por meio de ritos de agregação. Esta classificação aplica-se perfeitamente aos ritos da circuncisão, que são por excelência um rito de passagem.”(JUNOD: 1944, p.83)

considerados profissionais no assunto e recebiam em dinheiro ou produtos o pagamento pelo seu trabalho. Segundo o secretário administrativo Júlio Cardoso, devia repartir o pagamento com o régulo da povoação²³².

A cerimônia da circuncisão durava alguns dias e não era praticada individualmente, tampouco nas habitações dos jovens. Era necessário reunir um grupo, retirar-se para um local ermo, construir uma ou mais palhotas para instalar os jovens e seus acompanhantes. Neste local permaneciam até a cicatrização do corte²³³. O médico tradicional comandava o momento crucial, o corte:

No dia marcado, os rapazes são conduzidos completamente nus, pelos seus “xitsivas” (*homem circuncidado*) a um alpendre, onde se encontra o “n’anga” (*médico tradicional*). Sentam-se, de pernas abertas, e agarrados por um ajudante operador. Seu padrinho segura-o por detrás, pelos braços, inclinando-o um pouco para a retaguarda. O operador puxa o prepúcio – “sôho” – dando-lhe um corte rápido com uma faca, lacerando seguidamente à mão do forro interno, operação deveras dolorosa, sucedendo por vezes o desmaio do paciente. (CARDOSO:1958,p.167)

Durante o período de margem os jovens passavam por aprendizagem durante a qual os efeitos da cerimônia de circuncisão iam além da modificação feita no corpo. Tal aprendizado envolvia principalmente a linguagem utilizada durante esse período, as lições sociais passadas ao jovem e o novo nome que recebia.

Quanto à linguagem, relatam os etnógrafos que durante o período de isolamento os jovens eram expostos a conversas com termos considerados torpes, por vezes proibidos de serem utilizados no convívio social. Chamada de “linguagem licenciosa”²³⁴ por Rita-Ferreira, classificada como “linguagem obscena”²³⁵ por Junod, a prática acompanhava os ritos de circuncisão. No sul de Moçambique Cardoso mostrou como os Tsuas agiam quanto à linguagem, registrando também a dificuldade do etnógrafo em compreender o significado das palavras trocadas com e entre os jovens:

Se um ‘xitsiva’ (*homem circuncidado*) passa perto do ‘sungui’ (*local da circuncisão*), assobia para chamar atenção dos iniciados e, para avaliar do estado de aprendizagem destes, faz-lhes perguntas, trocando-se uma série de palavras, na maioria obscenas, de difícil tradução, pois que são deturpadas, a que os iniciados, interpretando-as, tem que responder (...) A esta troca de palavras denominam “kuhuwata”. (CARDOSO:1958, p.168)

²³² “Os pais dos iniciados presenteiam o operador com 25\$00, uma galinha e uma bebida. Este terá que repartir com o régulo o dinheiro recebido, que varia consoante o número de operados.” (CARDOSO:1958,P.167)

²³³ CARDOSO:1958, p.167.

²³⁴ FERREIRA:1954, parte 1, p.85.

²³⁵ JUNOD: 1944, p.89.

A “linguagem licenciosa” era julgada por Junod como um erro na educação dos jovens pois os induzia à perversão sexual²³⁶. A observação de Cardoso em 1958, relativa à dificuldade de compreender a linguagem usada, mostra quão dificultosa era a elaboração dessas etnografias e quantas mediações eram necessárias para fazê-la. Como assinalou o médico Carlos Reis, as cerimônias de circuncisão tinham por característica proibir os participantes de falarem sobre ela diante de pessoas não circuncidadas:

Se é sempre difícil penetrar na vida íntima dos povos indígenas que ciosamente guardam os seus segredos tribais, essa dificuldade avolumam-se extraordinariamente ao tentarmos abordar o tema da iniciação. É que sobre ele pendem os mais severos tabus; é expressamente proibida a assistência a esses ritos de indivíduos do sexo oposto e até daqueles do mesmo sexo que não foram ainda iniciados e é rigorosa a proibição de se revelar o que neles passa. (REIS:1955, P.174)

Juntavam-se à “licenciosidade da linguagem”²³⁷ os ensinamentos relativos às regras sociais da povoação que os jovens habitavam, instruções quanto a seus deveres, à história da povoação e a regras da vida adulta, conforme registrou o administrador de circunscrição Diogo da Câmara Reis: “Segue-se um período de cicatrização, no máximo de sete dias, durante o qual são ministrados todos os conhecimentos sobre a vida sexual, já amplamente conhecida dos iniciados, e ainda regras da sua conduta social.”²³⁸

Dos aprendizados nesse período de margem, considerava Henri Junod o mais proveitoso o que dizia respeito à prática da caça. Carlos Reis, anos depois, emitiu opinião que coincidia com a de Junod: “A caça é a ocupação e o ensino mais útil que os iniciados recebem durante o período de margem.”²³⁹ Esta visão dos etnógrafos justificava-se pela importância fundamental que os caçadores tinham em Moçambique, tanto na proteção de áreas urbanas contra animais selvagens, como no acompanhamento de europeus em momentos de lazer. Os ensinamentos quanto à caça eram, em última análise, a garantia de mão de obra especializada.

Por último, nos dias finais da reclusão, os jovens recebiam um novo nome.: “O nome antigo é banido considerado como inexistente, e invocá-lo ou interpelar um indivíduo por ele é uma ofensa grave.”²⁴⁰ Segundo Júlio Cardoso a investidura do novo nome era acompanhada por corte do cabelo, banho e recebimento de novas vestes²⁴¹.

²³⁶ “A linguagem obscena, autorizada durante o *ngoma*, tende certamente a perverter o espírito dos rapazes e é de fato uma preparação imoral para a vida sexual.” (JUNOD:1944, p.527)

²³⁷ REIS: 1955, p.181.

²³⁸ REIS:1962, p.16.

²³⁹ REIS:1955, p.182.

²⁴⁰ REIS: 1962, p.16.

²⁴¹ CARDOSO:1958, p.168.

O antropólogo David Webster, ao analisar as relações de parentesco entre os Chopes, ressaltou a importância do nome de circuncisão (*dina da kwere*)²⁴². Era a partir da cerimônia da circuncisão que o jovem escolhia o nome que substituíria o antigo. O novo nome só era revelado aos familiares após o regresso dos jovens a suas habitações, sendo mostra de sua independência:

É o nome escolhido pelo rapaz quando se encontra isolado na casa de iniciação pelo qual é tratado depois de sair dos ritos da puberdade como o novo estatuto de jovem adulto. É significativo que seja ele próprio a escolher o nome, pois isto denota a sua independência e responsabilidade enquanto adulto. (WEBSTER:2009 p.217)

Finda a cicatrização do corte infringido sobre o prepúcio, terminava o período de margem e os jovens retornavam a suas habitações familiares, onde eram recebidos com festa pelos parentes, demarcando o período de agregação. A “festa da *kussóka*”²⁴³ era acompanhada de “animado batuque”²⁴⁴ no qual a dança possuía lugar de destaque. A “dança do *nhau*”²⁴⁵ praticada ao norte e a “dança dos Maiuaiane”²⁴⁶ ao sul, juntava comida, bebida e familiares na recepção aos jovens circuncidados. “Daí em diante, são homens que pensam e não rapazes desprovidos de inteligência.”²⁴⁷ comenta Junod.

A circuncisão era vista pelos etnógrafos também como medida profilática. Segundo Henri Junod: “A operação é sem dúvida uma medida de higiene, em muitos casos, e os cirurgiões julgam-na às vezes necessária para evitar certas complicações.”²⁴⁸ O médico Antonio Brito reitera a ideia de que a circuncisão era uma medida profilática aprendida pela população ao longo dos séculos, e para consolidar o hábito higiênico atribuíram-lhe caráter sagrado: “para melhor entrar no espírito dos povos tornou-se em

²⁴² WEBSTER:2009 p.217.

²⁴³ TOSCANO: 1941, p. 102.

²⁴⁴ CARDOSO: 1958, p.169.

²⁴⁵ RITA-FERREIRA: 1954, parte I, p.80. A dança do *nhau* foi vista com muitas suspeitas durante o período de colonização portuguesa, acirrando-se tal suspeita com a deflagração da guerra de libertação, iniciada no norte da colônia na década de 1960. Devido seu caráter secreto, associava-se o *nhau* a barbárie e a subversão, ao que Rita-Ferreira contrapôs: “Das informações colhidas extraímos a conclusão de que o ‘*nhau*’ muzimba longe de ser uma cerimônia ‘destinada à prática coletiva de crime’, ou uma ‘orgia lasciva e sangrenta’, ou ainda ‘uma organização de caráter subversivo’ é ou foi apenas um rito de iniciação na vida adulta ou, segundo outros autores, de passagem da condição da criança para a de adulto.” (RITA-FERREIRA: 1954, parte I, p.86) Apesar desta afirmação de Rita-Ferreira, em 1971 o *nhau* aparece referido nos arquivos da Polícia Internacional e de Defesa do Estado (PIDE - Processo nº:337-S.R./46), no qual o relator percebe o *nhau* como possibilidade de aliança entre população e administração colonial contra a Frente de Libertação de Moçambique no período de guerra. Entretanto as relações entre o *nhau*, a administração colonial e a guerra estão por serem estudadas.

²⁴⁶ JUNOD:1944, p.100; REIS: 1955, p. 182.

²⁴⁷ JUNOD: 1944, p.102.

²⁴⁸ Idem, p.529.

ato sagrado²⁴⁹, tornando-se a circuncisão um rito de passagem da infância para a vida adulta.

Para esses observadores, o problema não estava, portanto, na manutenção da prática da circuncisão, mas sim no modo como esta era realizada. O mal da circuncisão era estar sob a responsabilidade de médicos tradicionais. As descrições de etnógrafos enfatizavam as precárias condições higiênicas e os lucros obtidos pelo médico tradicional. Ao não reconhecer a sua posição como profissional, os etnógrafos acusavam-no de se aproveitar da confiança a ele devotada pela população como via para o enriquecimento:

Feito todos estes preparativos, os rapazes são banhados e... benzidos, e o dogodela, com um canivete bem afiado ou uma navalha de barba ferrugenta, procede à circuncisão e desinfecta com um cozimento de ervas adstringentes, alguns infectam e muitos tem morrido com a infecção. Os rapazes, durante trinta dias, são assistidos pelo dogodela-nhanga, que por este serviço recebe grossa maquia, em gêneros, dinheiro, cabritos e galinhas.(TOSCANO:1940, p.102)

Os médicos oficiais constatavam infecções e outros problemas no corpo a partir das consultas realizadas. A população masculina passava por vistorias realizadas por médicos oficiais ao menos em dois momentos: na inspeção militar e no cadastro para o trabalho migratório²⁵⁰. Nessas vistorias os médicos oficiais percebiam as anomalias no corpo do consultado e as relacionavam à cerimônia da circuncisão. Observações quanto ao pênis disforme, inaptos para a função sexual, infecções e até mesmo gangrena eram os apontados como sequelas da circuncisão mal sucedida realizada por médicos tradicionais.

Para Antonio Brito, cabia à missão colonizadora portuguesa conduzir as populações para longe de determinadas práticas de maneira a abrir caminhos a outras. As populações em Moçambique podiam até conservar seus hábitos culturais desde que estes estivessem sob a tutela do governo colonial:

É tempo de se olhar a serio para este estado de coisas. Concordamos com que se reconheçam e permitam alguns usos e costumes, mas nunca aqueles que se tornam tão nefastos e perigosos. E não se compreende que num século em que se procura civilizar o indígena e até “literaturalizá-lo”, inconcebível e míope visão de colonização, se consinta livremente na prática de tais cerimônias por indivíduos, verdadeiros charlatães, incompetentes e nocivos que vivem parasitando e explorando a infantil ingenuidade do preto. É tempo de se acabar com tal miséria. (BRITO: 1932, p.26)

²⁴⁹ BRITO: 1932, p.23.

²⁵⁰ Ver: BRITO: 1932.

O médico oficial Antonio Brito via três possibilidades para solucionar o problema das sequelas da circuncisão: proibi-la, instruir os médicos tradicionais ou passar a realizar a circuncisão nos postos dos Serviços de Saúde da Colônia.

A proibição era descartada por Brito pois o ritual possuía grande importância na vida social da população moçambicana. Sendo o rito que marcava a iniciação na vida adulta, a proibição levaria apenas à prática clandestina, agravando às sequelas da circuncisão. O outro caminho apontado por Brito era instruir os médicos tradicionais sobre a utilização de desinfetantes e processos para esterilizar os instrumentos cirúrgicos. Ao que parece, a medida foi implementada mas não surtiu os efeitos desejados, e as infecções continuaram a ocorrer:

há já largo tempo, que com auxílio das Autoridades Administrativas, chamamos à nossa presença os encarregados da circuncisão, fazendo-lhes ver o perigo que correm os rapazes com as operações feitas tão descuidadamente. Neste sentido fizemo-lhes ver quais os melhores processos de técnica fornecendo-lhes alguns desinfetantes e artigos de penso, tendo tido o cuidado de lhes mostrar, de uma forma compreensível, a vantagem de esterilizarem o “material cirúrgico” pela ebulição. Os resultados foram mínimos. Seja lícito dizer-se que nunca esperamos grande coisa do conselho e, se o fizemos, foi por descargo de consciência. As infecções persistiam com o seu cortejo de conseqüências desastrosas.(BRITO: 1932, p.26)

Em contraste com essa afirmação de Brito, quanto à inutilidade da instrução aos médicos tradicionais quanto aos métodos de assepsia da medicina oficial, anos mais tarde o secretário administrativo Júlio Cardoso, ao relatar a prática da circuncisão entre os Tsuas, também ao sul do rio Save, afirmou que alguns médicos tradicionais acrescentavam medicamentos industrializados às plantas medicinais utilizadas no momento do corte do prepúcio: “Como homostático emprega água quente, à qual previamente junta sal e várias plantas. Seguidamente liga a ferida com a folha de uma árvore – “*Kaxuane*” -. Hoje muitos dos n’angas já lavam o corte com permanganato, desinfectando-o depois com mercúrio-cromo.”²⁵¹

Por fim, Brito propôs aquela que considerava a melhor opção: substituir os médicos tradicionais pelos oficiais, fazendo do posto de saúde o local ideal para a circuncisão da população masculina, curando-a. Portanto, “curar uma circuncisão”²⁵², como consta em alguns nos relatórios de saúde, era uma intervenção cirúrgica sobre a fimose realizada por médicos oficiais. Este foi um dos métodos empregados pelos médicos oficiais ao constatarem que o rito da circuncisão praticado pelos médicos

²⁵¹ CARDOSO: 1958, p.167.

²⁵² *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1933*: 1935, p.51.

tradicionais trazia infecções riscos à vida sexual da população. Para o administrador de circunscrição Toscano, a realização da circuncisão por médicos oficiais era também uma maneira de combater os médicos tradicionais e convencer a população dos benefícios dos Serviços de Saúde:

Conhecidos estes velhos processos de circuncisar e para evitar infecções, os senhores subdelegados de saúde já fazem esta operação nas suas enfermarias regionais, com o grande desagrado dos dogodelas-nhangas, que sentem fugir-lhes os seus proventos. Hoje pode dizer-se que esta cerimônia não é obrigatória como dantes, pois ó a faz quem a precisa fazer e o subdelegado de saúde executa esse trabalho gratuitamente e já não há infecções. Os indígenas já vão compreendendo que a assistência do Estado, além de ser gratuita, é bem mais profícua. (TOSCANO: 1940, p.102-103)

A procura pela operação nos postos de saúde espalhados pelo “mato” moçambicano levou Brito a supor que com o tempo este poderia tornar-se um hábito saudável entre a população. Transformando-se a circuncisão em prática higiênica, evitavam *milandos*, desavenças decorrentes de intervenções mal sucedida de médicos tradicionais; não demorava tanto a cicatrização, podiam os jovens retornar rapidamente ao trabalho e a outras atividades diárias,; evitavam-se gastos, pois a operação era realizada gratuitamente em postos dos Serviços de Saúde; e evitava a dor, visto que era acompanhada por um anestésico. Mas o objetivo final da feitura da circuncisão por médicos oficiais era combater a influência dos médicos tradicionais no cotidiano da população:

Conseguindo substituir-nos ao “médico indígena” nestes casos, é legítimo supor que caminhamos para a inteira libertação das populações de tão nefastos e prejudiciais indivíduos. Se o indígena vai dispensando os seus serviços para o “rito da circuncisão”, acto profundamente arreigado no seu espírito parte integrante da sua religião, e vai tendo mais confiança nos processos operatórios e de cura do branco, é natural esperar-se em um futuro mais ou menos próximo a libertação em todos os outros casos... Este prestígio vai desde o campo médico até ao jurisdicional, passando por todos os intermediários, não sendo raros os casos em que provoca até homicídios. Nestas condições tudo o que tenda a diminuir tal prestígio é, a nosso ver, obra útil e vantajosa. (BRITO: 1932, p.27)

A prática da circuncisão por médicos oficiais inviabilizava a cerimônia regida por médicos tradicionais, com suas características marcantes em termos simbólicos: a linguagem e o conhecimento transmitidos aos jovens e o novo nome conferido a eles. Isso não ocorria na operação realizada por médicos oficiais nos postos de saúde. Não é objetivo deste trabalho avaliar os benefícios ou malefícios da medicina oficial em Moçambique, mas destacar o fato que ela estava em contato com a medicina tradicional. Consciente da importância desta, a primeira procurou meios para dialogar com ela ou combatê-la, entretanto nem sempre obteve o resultado esperado.

3.3 Vozes dissonantes: aproximações, distanciamentos e proibições

Tendo descrito o processo de cura empregado pelos médicos tradicionais, salienta as diferenças em relação ao tratamento empregado pela medicina oficial. Por basear-se numa concepção de saúde que incluía a manutenção de boas relações com a comunidade e com os espíritos, a medicina tradicional distanciava-se da oficial na medida em que combatia causas naturais e àquelas advindas de espíritos. A hipótese formulada acerca da relação entre as duas medicinas, de que a oficial estava empenhada somente em perseguir e eliminar a tradicional não condiz com o que informam as fontes por mim consultadas. Pude perceber nelas que as relações não se deram somente no âmbito do combate. Houve, sim, proibições visando a medicina tradicional, mas houve também tentativas de aproximação entre as duas.

Administradores de circunscrição e médicos oficiais abordaram o tema da medicina tradicional e sua disseminação entre a população de diferentes modos, fazendo comparações entre crenças dos “indígenas” e dos portugueses, relacionando características da medicina tradicional com doenças estudadas pela oficial, comparando procedimentos do médico oficial e do tradicional

Determinados etnógrafos comparam a crença da população na eficácia da medicina tradicional com crença similar da própria população portuguesa residente na metrópole, equiparando “medicina caseira”²⁵³ e “medicina cafreal”.²⁵⁴ Ao relatar o processo de cura através da expulsão do espírito empregado por um médico tradicional, o médico oficial Júlio Afonso da Silva Tavares comparou-o com práticas disseminadas entre a população da metrópole. Em Portugal, afirmava o médico, “é consultada uma bruxa que por meio das cartas ou por outro qualquer processo de magia diagnóstica a doença e indica o seu tratamento, em que se ministram drogas de medicina caseira com rezas, benção e outras práticas extraordinárias.”²⁵⁵ Em 1958, em “Monografia etnográfica sobre os Tsuas”, o administrador de circunscrição, Júlio Justo Alfaro Cardoso compara a crença em práticas mágicas presente entre a população de Moçambique como nos povos europeus, em particular no sul da metrópole portuguesa:

²⁵³ Termo utilizado por Júlio Afonso da Silva Tavares para designar o tratamento baseado em ervas e espíritos em Portugal metrópole. (TAVARES: 1948, p.120)

²⁵⁴ Termo utilizado por Júlio Afonso da Silva Tavares para designar a medicina tradicional em Moçambique.

²⁵⁵ TAVARES: 1948, p.120.

“Ainda hoje encontramos nos povos da Europa a crença nas bruxas. No Algarve a morte duma criança foi sempre causada por bruxedo.”²⁵⁶

Certos autores portugueses associavam a prática da medicina tradicional em Moçambique com à falta de civilização desta população, reforçando o discurso da missão civilizadora. Entretanto a comparação entre crenças permite inferir que em determinadas ocasiões funcionários do governo colonial podiam ter um entendimento diferente do oficial acerca da realidade da colônia. Na retórica do discurso colonial oficial, por exemplo, presente na redação de leis, a população de Moçambique devia ser tutelada por estar em um grau de civilização inferior amas ao observar o cotidiano aos seu redor funcionários desse mesmo Estado Colonial percebiam que os “indígenas” possuíam práticas semelhantes à dos portugueses ditos civilizados. Embora nenhum dos dois funcionários citados, Tavares e Cardoso, tenham apoiado a permanência da medicina tradicional, incorporam em seus artigos a importante observação de que em Portugal metrópole havia também práticas consideradas incultas e da mesma forma perseguidas. Esse raciocínio me levaria, se tempo tivesse eu para isso, a articular as relações de dominação entre metrópole e colônia às relações igualmente assimétricas no interior da formação social portuguesa, opondo cidade e campo, regiões industrializadas e culturalmente hegemônicas ao mundo agrário, medicina acadêmica e práticas estigmatizadas sob o rótulo de charlatanismo²⁵⁷.

Determinados médicos oficiais relacionaram características diagnósticos da medicina tradicional a doenças estudadas pela oficial, fazendo por essa via também uma aproximação entre duas práticas *a priori* entendidas como dispares. Insistindo na comparação entre metrópole e colônia, o médico Júlio Afonso da Silva Tavares afirmou

²⁵⁶ CARDOSO: 1958, p.188.

²⁵⁷ Foi-me sugerido comparar a atuação do Estado colonial contra a medicina tradicional com a perseguição desta mesma administração contra a medicina popular na metrópole, com o objetivo de ressaltar que o combate a estas práticas deu-se em ambos territórios, não sendo apenas reflexo de uma ação específica do colonialismo português em Moçambique. Embora tenha levantado uma fonte que tratava especificamente da medicina popular na metrópole, não analisei por faltar-me tempo hábil para tal. Cito-a apenas para mostrar que havia produção escrita sobre o assunto na metrópole e que a distinção (popular x científico) faz parte da etnografia sobre a medicina popular quer na metrópole quer em Moçambique. De maneira sucinta ousou afirmar que o combate ou o discurso de combate à medicina tradicional em Moçambique foi mais ostensivo por estar permeado pela ideia da missão civilizadora. Entretanto neste trabalho não empreendi análises comparativas. Sobre medicina popular em Portugal a fonte acessada é de autoria de um médico oficial: GOLÇALVES, Francisco Antonio. *Breves considerações sobre medicina popular. Dissertação inaugural*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 1917, p. 1 - 108. A estrutura dos capítulos aproxima-se daquela adotada pelos etnógrafos que descreveram a medicina tradicional em Moçambique: Considerações sobre a evolução da terapêutica; Erros e perigos da medicina popular; Remédios populares; Feitiçarias e benzeduras.

que, no processo expulsão de espíritos realizado pelo médico tradicional, o indivíduo doente apresentava sintomas que a medicina oficial atribuía à histeria: o indivíduo doente tremia constantemente e mantinha-se agitado, concluindo o médico: “Pelo que em Portugal e aqui observei *de visu* e pelas descrições que conheço, estou convencido de que, à parte as simulações, se trata de manifestações de histeria.”²⁵⁸

Nesse mesmo viés, o médico Jaime Silva Pereira abordou num artigo a maneira como as mães cuidavam de seus filhos na infância. Seu objetivo não era descrever os cuidados dispensados por todas as mães, mas somente aquelas enquadradas na categoria social de indígenas na circunscrição do Maputo. Pereira acompanhou o processo desde a gestação até a fase de em que a criança começa a caminhar e falar. No artigo pontua os cuidados que as mães dispensavam aos filhos quanto à higiene e à alimentação de modo a demonstrar as “noções de puericultura adotadas entre os indígenas”²⁵⁹. Comparava assim hábitos em saúde da população na criação de um filho saudável com o ramo da ciência oficial denominado puericultura.

Jaime Silva Pereira observou que o médico tradicional era requisitado para os cuidados com a saúde do recém-nascido: “o curandeiro é, em geral, chamado para colocar certas folhas vegetais à cinta da criança.”²⁶⁰ Entre as doenças conhecidas que afetavam a saúde da criança o médico identificou: a diarreia verde, icterícia, conjuntivites e febre palustre, verificando que para cada uma dessas doenças as populações de Moçambique possuíam um tratamento baseado na medicina tradicional. Mesmo adjetivando aqueles povos “atrasados”²⁶¹, o médico afirmou que as mães empregavam esparsas noções de puericultura na criação dos filhos, sem que estas noções formassem um saber sistematizado como na puericultura. Ainda assim, “não deixa de nos impressionar o espírito de observação do indígena, o qual se mantém bem identificado com a natureza que o rodeia.”²⁶² Nas palavras de Jaime Silva Pereira subentendem aproximação entre aqueles cuidados, que envolviam a medicina tradicional, com o ramo que a medicina oficial denominava de puericultura.

Para finalizar estas considerações sobre os pontos de aproximação entre medicinas tradicional e oficial, chamo a atenção para os registros que encontrei na

²⁵⁸ TAVARES: 1948, p.120.

²⁵⁹ PERREIRA: 1960, p.761.

²⁶⁰ Idem, p.755.

²⁶¹ Idem, p. 753.

²⁶² Idem: p.761.

documentação médica a nomenclaturas utilizadas para referenciar os médicos de um e de outro campo. A fonte em questão é um catálogo preparado por ocasião do *Primeiro Congresso Médico de Lourenço Marques*, em setembro de 1938. Organizado pelos Serviços de Saúde da Colônia de Moçambique em parceria com a Associação Médica da África do Sul,²⁶³ o Congresso reuniu médicos oficiais de ambos os territórios na cidade moçambicana para discutir questões relativas à saúde e ao conhecimento científico.

As atas do Congresso, publicados pela Imprensa Nacional de Lourenço Marques em 1938, contém a programação detalhada do evento, com o título dos trabalhos apresentados juntamente com o nome dos respectivos autores. Além de fotos da colônia e um mapa da cidade de Lourenço Marques, destacando pontos turísticos, hotéis, teatro e cinema, o catálogo apresentava um panorama geral da história de Moçambique, salientando que naquela terra “empregam os portugueses o seu esforço e derramam o seu sangue há mais de quatro séculos. É pois mais do que uma colônia – é uma continuação de Portugal.”²⁶⁴

Na tônica de reforçar a positividade da presença portuguesa, o catálogo afirmava que as populações que habitavam as palhotas, entrando e saindo delas “de borco, rastejando como vermes”²⁶⁵, eram auxiliadas através das missões religiosas e do trabalho dos médicos em postos e hospitais²⁶⁶. As descrições apresentadas pelo catálogo reforçavam a ideia de um europeu superior imbuído da missão de tutelar uma população selvagem. Entretanto este discurso modifica-se quando é descrito o trabalho dos médicos dos Serviços de Saúde. Para caracterizar o modo como as populações encaravam a presença dos médicos oficiais afirmava o texto que “milhares de indígenas acorrem a receber o socorro do médico, o ‘feiticeiro’ branco”²⁶⁷. Ao qualificar o médico como feiticeiro, o texto buscava uma aproximação entre duas categorias, sendo feiticeiro o termo comumente empregado pelos médicos oficiais para se referir ao tradicional. No entanto, ao mesmo tempo em que aproxima, o texto determina a diferencia principal entre um e outro: o médico oficial é o feiticeiro branco e bom, o que

²⁶³ Medical Association of South Africa foi criada no ano de 1927 reunindo médicos oficiais que atuavam nos serviços particulares públicos da África do Sul. Informações retiradas do site da associação: <https://www.samedical.org/history.html>

²⁶⁴ *Primeiro Congressos Médico de Lourenço Marques*:1938.

²⁶⁵ Idem.

²⁶⁶ Idem.

²⁶⁷ Idem.

subentende o feiticeiro negro e mau, “o bom feiticeiro que os cura e não lhes leva dinheiro, que lhes dá remédio e os liberta da doença, do sofrimento e da morte.”²⁶⁸

Havia, portanto, aproximações entre as duas medicinas, mas transpassadas por relações de dominação e as demarcações de estigmas e diferenças decorrentes delas. O catálogo destinava-se aos médicos participantes do Congresso. O redator propunha ao médico dos Serviços de Saúde que se enxergasse como feiticeiro em seu trabalho cotidiano no “mato” de Moçambique, mas a valorização consistia em ser ele branco e bom. Não propunha o catálogo, e nenhum outro documento consultado por mim, a convivência permanente entre médico oficial (feiticeiro branco) e médico tradicional (feiticeiro negro), ainda que a medicina oficial buscasse utilizar em seu proveito a categorização existente no território. O feiticeiro até podia ser bom, mas para isso era preciso que ele fosse branco. Foi no limite desse discurso oficial de racialização da sociedade colonial, dividida entre indígenas, não indígenas e assimilados, que estancou a aproximação entre medicinas oficial e tradicional.

Dessa maneira não pode ficar alheia às proibições e combates adotados contra a medicina tradicional pelos Serviços de Saúde, pelo Gabinete de Acção Psico-Social e por médicos e administradores de circunscrições. É preciso salientar que no conjunto das fontes acessadas não encontrei qualquer lei que impedisse a prática da medicina tradicional em Moçambique. Entretanto determinadas práticas associadas a ela foram reprimidas pela administração colonial, como a prática do *mondjo*.

O *mondjo*²⁶⁹ ou *muâve* era um líquido preparado por um médico tradicional utilizando ervas que podiam causar vômitos, delírios ou morte em quem o ingerisse. Em sua *Monografia etnográfica sobre os Tsuas*, Júlio Justo Alfaro Cardoso declarou que o líquido era preparado a partir da casca do chaia (*Erythrophloeum guineense* G. DON).²⁷⁰ Ao analisar a formação do Tribunal Privativo dos Indígenas²⁷¹, a historiadora

²⁶⁸ Idem.

²⁶⁹ A grafia da palavra varia nas fontes consultadas ente *mondjo* e *mondzo*. Adoto aquela utilizada por Henri Junod em sua etnografia sobre as populações ao sul do Save. Ao norte de Moçambique, a palavra recorrente para designar este líquido é *muâve*, podendo ainda variar para *kudumba* entre os macondes, e *mwayi* entre os ajauas (THOMAZ: 2012, p.225). Independentemente do termo utilizado, a aplicação do líquido possuía o mesmo significado em todo território de Moçambique.

²⁷⁰ CARDOSO: 1958, 189.

²⁷¹ Órgão criado pela administração colonial para julgar os delitos cometidos pela população de Moçambique, incorporando determinadas práticas de justiça por elas já empregadas, como a consulta aos chefes da povoação. Antes da criação deste Tribunal, o jurista português José Gonçalves Cota realizou extenso trabalho etnográfico em Moçambique, registrando o uso do muâve para apurar inocência ou culpabilidade de indivíduos envolvidos em um crime.

Fernanda Thomaz²⁷² mostra que o uso do muãve estava relacionado à resolução de *milandos* entre as populações de Moçambique. Segundo o missionário e etnógrafo Henri Junod, o mondjo era um “procedimento legal ordenado pelo chefe, com vistas à instrução judiciária do caso”²⁷³. Assim, quando dois indivíduos eram acusados de um crime cabia ao chefe da povoação consultar o médico tradicional e aplicar o mondjo. Aquele que ingerisse o líquido e permanecesse vivo era considerado inocente, e o que falecesse ou caísse em delírio após a ingestão era culpado do crime que fora acusado.

A prática do *mondjo* foi registrada por administradores de circunscrição. Para Francisco Toscano, era uma “justiça de funil” pois beneficiava o que pagasse quantia maior ao médico tradicional para fazer o líquido mais fraco, podendo assim o acusado sobreviver e ser julgado inocente. Por entender esta prática como nociva à vida, por causar a morte por envenenamento, o administração colonial a proibiu durante a gestão do governador-geral de Moçambique Alfredo Augusto Freire de Andrade (1906-1910), porém na década de 1940 ainda era praticada pelos “povos mais selvagens, muito afastados das autoridades, que só vem a ter conhecimento do fato no decorrer de algum milando, ou por qualquer denúncia da vítima ou da família.”²⁷⁴ Segundo Cardoso esta prática persistia “à socapa, fazendo-se hoje a prova com galinhas que representam os suspeitos.”²⁷⁵

A administração colonial muitas vezes sequer sabia dessa prática pois os casos de *mondjo* só chegavam ao conhecimento dela quando algum dos envolvidos se queixava ao Tribunal Privativo dos Indígenas, o que dificilmente ocorria devido às possíveis consequências de repressão sobre esse gesto.

Com objetivo de combater a feitiçaria, a administração colonial adotou punições àqueles que denunciasses casos de feitiçaria. Isto porque considerava que aquele que estava a denunciar a feitiçaria, sabia de sua existência por já ter feito uso, logo devia ser punido. Segundo o etnógrafo e administrador de circunscrição Antonio Rita-Ferreira esse modo de combate adotado pelo governo colonial gerava mais prejuízos à manutenção da justiça, pois ao mesmo tempo em que se proibia a prática do *mondjo*, ou seja a justiça consuetudinária, coibia-se a denúncia da prática, e assim o crime cometido permanecia impune:

²⁷² Thomaz: 2012, p.80, 83, 227.

²⁷³ JUNOD: 1946, p. 514.

²⁷⁴ CARDOSO: 1958, p.189

²⁷⁵ Idem.

Tradicionalmente, todo aquele que tivesse recorrido à magia negra para infringir um dano real a outrem podia ser demandado nos tribunais consuetudinários. Hoje, porém não há indígena que se atreva a apresentar queixas de tal natureza à autoridade administrativa (...) a lei europeia pune a acusação de feitiçaria. Por conseguinte, aos olhos dos indígenas, a presença dos europeus apenas serve para assegurar aos nigromantes a sua impunidade. (RITA-FERREIRA:1960, p.84)

Por deixar o crime realizado sem uma solução, nem a culpabilização pelo *mondjo*, nem a aplicação da justiça colonial contra os acusados, a punição sobre denúncias a respeito de crimes praticados através de feitiçaria estimulava as populações a procurarem na própria feitiçaria meios de reagir contra os supostos malefícios de que eram vítimas. “Impotente como se vê, a vítima, para lutar legalmente contra aqueles que julga perseguirem-na por meio de magia negra ou de nigromância imaginária, outro recurso lhe não resta senão a contra-magia.”, afirmou António Rita-Ferreira. E o médico tradicional era mais uma vez requisitada para a feitura desta “contra-magia”.

A proibição do *mondjo* também gerou modificações em seu uso. Como o líquido podia levar à morte, e a acusação de morte era levada ao Tribunal Privativo dos Indígenas, o médico tradicional alterou a aplicação do líquido. Passou indicar para cada acusado uma galinha que o representava, fazendo-se com que ingerisse esta ingerir o líquido. Aquele cuja galinha sobrevivia era o inocente, e o que a galinha desfalece-se, o culpado. A partir daí cabia o chefe da povoação atribuir a pena ao acusado. Esta adaptação do *mondjo* registrada por Júlio Afonso Cardoso entre os Tsuas, evitava o óbito dos acusados e mantinha o julgamento do crime segundo os costumes da população.²⁷⁶

Além da proibição do *mondjo*, a administração colonial procurou neutralizar de outras formas práticas associadas à medicina tradicional, mobilizando para isso os próprios Serviços de Saúde.

Em sua etnografia, o missionário Henri Junod qualificava a medicina tradicional, como um misto de sabedoria e superstição, e indagava “Qual o dever do governo dos Brancos em face dos curandeiros indígenas?”²⁷⁷ Em sua opinião, cabia ao governo investir na presença de médicos oficiais no território, inclusive “instituindo curso de medicina para indígenas”²⁷⁸. Embora eu não tenha encontrado registro de indivíduos da

²⁷⁶ Em sua tese a historiadora Fernanda Thomaz assinala que a substituição dos indivíduos acusados por galinhas no momento de ingestão do *mondjo* também foi encontrada ao norte de Moçambique. (THOMAZ: 2012, p.225)

²⁷⁷ JUNOD: 1946, p.463.

²⁷⁸ Idem.

categoria ‘indígena’ que ao longo do período colonial tenham estudado medicina numa instituição acadêmica na metrópole²⁷⁹, na colônia foi instituída uma escola de enfermagem indígena, com objetivo de formar quadros para os postos sanitários dos Serviços de Saúde. A criação da escola de enfermeiros indígenas atendia em certa medida a proposta feita por Junod de conceder-se “ao menos uma instrução suficiente para permitir a esses indígenas tratar cientificamente a sua gente”²⁸⁰, pondo termo, pouco a pouco, às “práticas da arte duvidosa dos médicos indígenas”²⁸¹. A atuação do “enfermeiro indígena” junto às populações nativas de um lado compensava a falta de pessoal médico nos postos sanitários, de outro, por conhecer ele a língua e as práticas locais, possibilitava uma intervenção mais eficiente no sentido de convencer as populações resistentes à medicina oficial a trocar o uso da medicina tradicional pelo atendimento nos Serviços de Saúde.

Isso fica claro na transcrição feita pelo delegado de saúde de Gaza, Cristóvão Joaquim do Rosário Colaço, do relato do subdelegado de saúde de Manjacaze:

Dirige o posto o enfermeiro indígena, Augusto Macuacu, que é inteligente, trabalhador e competente, estando por isso muito bem nesse posto, para onde tem conseguido atrair os indígenas e muito contribuirá para os afastar dos curandeiros indígenas e das supertições feitichistas, que levam os indígenas a cometer assassinados com o maior sangue frio que cometem um ato de legítima defesa. (Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1927: 1929, p.110)

A ampliação dos Serviços de Saúde era a medida de combate à medicina tradicional mais reivindicada por médicos e administradores de circunscrição. Em conferência proferida no Instituto de Medicina Tropical em Lisboa, o contra-almirante Manuel Maria Sarmiento Rodrigues afirmou que cabia ao médico que fosse trabalhar nos postos sanitários espalhados pela colônia lutar contra as crenças da população a respeito da medicina tradicional. Segundo Sarmiento este combate teria valor a partir da demonstração da eficácia dos tratamentos proporcionados pelos Serviços de Saúde. Convencendo-se as populações a procurarem os postos sanitários seria possível livrá-las da “influência nefasta do curandeiro”²⁸².

²⁷⁹ Somente na década de 1970 o Estado colonial português inaugurou uma faculdade de medicina em Moçambique. Os médicos oficiais que atuavam em Moçambique eram formados nas universidades da metrópole.

²⁸⁰ JUNOD: 1946, p.463.

²⁸¹ Idem.

²⁸² RODRIGUES: 1962, p.12. Esta conferência foi analisada no capítulo 1 desta dissertação, a partir da página 5.

A utilização dos Serviços de Saúde por parte das populações de Moçambique, de fato ocorreu. Mas é preciso analisá-la em seu devido contexto para não incorrer no erro de afirmar que a medicina oficial suplantou a tradicional durante o período colonial. Para exemplificar tomo o caso dos tratamentos à sífilis oferecidos pelos Serviços de Saúde. Em 1930 um homem acompanhado das cinco esposas procurou o posto sanitário dos Muchopes, no distrito de Gaza. O homem havia retornado das minas do Transvaal e mesmo sabendo ter sido contagiado com a sífilis manteve relações sexuais com todas as esposas. Indagado porque fizera isso, o trabalhador migrante respondeu com audaz perspicácia que “se contagiasse uma só as outras lhe fugiriam para casa de seus pais”²⁸³, desta forma achou por bem promover a igualdade do contágio entre as esposas. Estavam assim os seis, o homem e suas cinco mulheres, a recorrer ao atendimento médico oficial para tratarem a sífilis.

O médico Humberto César de Sepúlveda Pimentel os atendeu e medicou com quinino, e em seu relatório anotou orgulhoso: “Este indivíduo recorreu espontaneamente ao médico branco sem ter consultado os seus curandeiros.”²⁸⁴ Para o subdelegado de saúde, a procura por este tratamento era generalizada e justifica-se pelo fato de a população confirmar empiricamente a eficácia do remédio utilizado: “O indígena tem já uma grande confiança nos medicamentos anti-sifílicos, preferindo a medicina europeia à dos seus curandeiros.”²⁸⁵

O trabalhador migrante e suas cinco mulheres possuíam a opção de buscar atendimento junto a um médico tradicional, pois este tratava a doença, mas não o fizeram. Segundo Carlos Reis,²⁸⁶ os médicos tradicionais não separavam a sífilis de outras doenças como a boubá e a blenorragia, associando-as ao contágio sexual, e prescreviam determinado chá e emplastramento de ervas que eram aplicados ao doente que os consultava com a queixa de que urinava pus ou apresentava ferida no órgão genital.

A procura por tratamento para a sífilis nos postos sanitários demonstra que a população sabia das duas possibilidades de tratamento existentes, e podia escolher uma em detrimento de outra, ou até mesmo recorrer a ambas seguidamente.

²⁸³ *Relatório dos Serviços de Saúde do ano de 1930*: 1931, p.79.

²⁸⁴ *Idem*.

²⁸⁵ *Idem*.

²⁸⁶ REIS: 1952, p.44-45.

Ainda no caso da sífilis, como o tratamento era periódico, alguns médicos oficiais relatavam que não era concluído “devido a interrupção prematura”²⁸⁷. O homem ou a mulher infectada por vezes não retornavam aos Serviços de Saúde para a continuação do tratamento, procurando ao invés o auxílio na medicina tradicional. Se pela combinação das duas vias, a oficial e a tradicional, a sífilis era curada, a população dava-se por satisfeita. Caso a melhora fosse obtida após o atendimento realizado pelo médico tradicional, a este era dado o crédito. De acordo com o etnógrafo Antonio Rita-Ferreira, a dupla escolha feita pela população, contribuía para reforçar a popularidade dos médicos tradicionais:

É fácil de imaginar como os casos de insucesso por parte dos médicos europeus logo seguidos pelo sucesso dos médicos-mágicos, podem contribuir para ampliar desmedidamente a crença nas virtudes terapêuticas dos instrumentos receitados por estes últimos.(RITA-FERREIRA: 1960,p.85)

Se admitirmos que a população buscava o médico que lhe convinha no momento, precisamos relativizar a afirmação de Martin Frederik Shapiro quanto ao poder de convencimento e subordinação da população que a medicina oficial exercido pela medicina oficial em Moçambique. O autor faz uma análise crítica da assistência médica prestada pelos portugueses nas colônias africanas entre os anos de 1885 e 1974. Tomando como fontes privilegiadas os relatórios dos Serviços de Saúde publicados, Shapiro afirma que a medicina oficial foi uma ferramenta eficaz para o controle social das colônias, promovendo a aquisiência da população ao governo colonial²⁸⁸. Embora eu concorde com a crítica do autor, pois os Serviços de Saúde exerciam de fato este papel e o discurso compatível com ele, as dinâmicas sociais do cotidiano da colônia nos apresentam uma realidade diferente desta na medida em que a população possuía considerável auto-gerência para transitar entre o Serviço de Saúde e a medicina tradicional de acordo quando lhe interessava.

A afirmação de que os Serviços de Saúde controlavam a população nega a estes sujeitos históricos a possibilidade de gerirem suas questões de saúde fazendo uso dos recursos existentes. Se, por um lado a população procurava atendimento nos Serviços de Saúde, por outro também resistia a estes mesmos Serviços. Foi o que aconteceu por exemplo, no caso da Campanha para Erradicação do Paludismo no Sul do Save²⁸⁹.

²⁸⁷ *Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1946 a 1950*: 1952, p.27.

²⁸⁸ SHAPIRO: 1983.

²⁸⁹ Todas as informações acerca desta campanha foram retiradas de um dossiê nomeado *Paludismo-Moçambique (1962-1966)*, que contem diversos relatórios realizados por médicos e técnicos de saúde

Esta campanha foi realizada entre os anos de 1961 e 1966 em uma parceria entre técnicos da Organização Mundial da Saúde e os Serviços de Saúde de Moçambique com financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa. Diante dos recorrentes problemas causados pelo crescimento dos casos de malária, a Campanha previa a atuação de técnicos de saúde junto às populações para a prevenção da doença, através da eliminação do vetor, mosquitos do gênero *Anopheles*. A tarefa dos técnicos de saúde consistia em fazer um mapeamento epidemiológico, visitar as povoações ao sul do rio Save e distribuir entre elas panfletos explicando como a campanha iria atuar, especialmente aplicação do inseticida no interior das casas. Os panfletos²⁹⁰ distribuídos convocavam as pessoas a colaborarem, informando-as como agir antes, durante e depois da pulverização. Dizia: “Amigo. Vamos combater o Paludismo. Sua casa já foi numerada Agora vai ser rociada com DDT. O DDT evita a transmissão do Paludismo porque mata o mosquito que transmite a doenças. O efeito do DDT nas paredes dura seis meses.”²⁹¹

Para os técnicos efetuarem a aplicação do inseticida os moradores deveriam retirar todos os objetos e móveis existentes no interior das casas, bem como alimentos e roupas. Além disso, cada casa deveria ceder 20 litros de água para o rociador, pessoa responsável pela aplicação do produto, encher a bomba de aplicação.

Além do desconforto trazido pela Campanha ao cotidiano da população, por ter de autorizar a entrada de um estranho e de retirar todos seus pertences de dentro da palhota, o inseticida era aplicado “de forma a deixar nas paredes uma camada homogênea ... em toda a sua extensão, para que o inseto não encontre espaços vazios”²⁹². Isso deixava enegrecidas as paredes no interior das casas, e um odor acentuado, recomendando os Serviços de Saúde que portas e janelas fossem mantidas abertas após o rociado.

Apresentadas tais condições e consequências a população não se manteve inerte diante da campanha. No relatório de 1961, médico Antonio da Silva Santos, chefe da Campanha de Erradicação do Paludismo declarou que, ao lado das dificuldades

envolvidos na campanha. Este dossiê não está publicado e encontra-se disponível para consulta no Arquivo Histórico Ultramarino. Como as páginas deste dossiê não estão numeradas, ao citá-las indico somente a número do processo onde consta a informação referenciada.

²⁹⁰ Os panfletos foram escritos em português e em uma língua de origem banto que não pude identificar.

²⁹¹ *Paludismo-Moçambique (1962-1966), processo nº 24/2, sub-processo 4. Província de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene, Campanha de Erradicação do Paludismo – Aviso.*

²⁹² Idem.

administrativas e técnicas, a Campanha, também se deparava com a “resistência da população”,²⁹³ que não oferecia “colaboração para melhor e mais fácil execução das tarefas ligadas à Campanha”²⁹⁴. Segundo o médico relator, a população mostrava-se arredia em colaborar com os técnicos responsáveis pela aplicação do inseticida. Sugeria o médico que para vencer esta resistência os Serviços de Saúde atuassem mais intensamente na divulgação dos benefícios trazidos pela Campanha através da educação sanitária. Esse médico não informava como se dava a resistência da população, mas outro, J. A. Pearson, falou mais claramente sobre uma das maneiras pela qual resistia à aplicação do inseticida em suas casas.

O controle do número de casa dedetizadas era feito através de marcações numéricas nas portas de cada casa visitada. Fixava-se um cartão amarelo na porta da casa onde o inseticida já havia sido aplicado. Em 1966 o médico J. A. Pearson, que atuou como técnico na Campanha de Erradicação do Paludismo em Moçambique entre os anos 1961 a 1965, afirmou em seu relatório que o controle das pulverizações através dos cartões era falível devido a dificuldades “1º o cartão amarelo pode ser perdido, 2º os cartões podem ficar negro de fumo e não permitem boa leitura e, 3º as portas podem ser mudadas para outra palhota.”²⁹⁵

Ocorria que a equipe de pulverização passava em determinada região e registrava nas portas e em seu relatório de controle diário os números dados às casas visitadas. Em outro dia, a equipe seguia outra povoação e lá encontrava os mesmo números já atribuídos às casas precedentes. A mudança dos cartões das portas de certas palhotas às de outras, registrada por Pearson, era feita pelos que não desejavam ter sua casa pulverizada. Esta reação ilustra como a população resistiu às ações dos Serviços de Saúde e da Campanha de Erradicação do Paludismo.

Cito este caso com a intenção de reforçar a ideia de que a população tinha considerável autonomia para escolher qual medicina queria utilizar, a tradicional ou a oficial, combinar a utilização de ambas ou burlando os mecanismos aplicados por aquela ligada ao Estado colonial a Campanha de Erradicação do Paludismo.

Embora os Serviços de Saúde reforçassem o discurso de combate contra a medicina tradicional, não se pode afirmar que a medicina oficial imperou em

²⁹³ *Idem. Relatório anual, 1961, Elaborado por Dr. Antonio da Silva Santos, p.9.*

²⁹⁴ *Idem.*

²⁹⁵ *Paludismo-Moçambique (1962-1966), processo nº 24/2, sub-processo 11, Relatório final do Dr. Pearson que atuou como técnico na equipa de erradicação da malária em Moçambique.*

Moçambique. A leitura dos relatórios do Serviço de Saúde e das monografias etnográficas sugere que as relações entre ela e a medicina tradicional foram múltiplas, marcadas por distanciamentos e aproximações, de modo que é possível afirmar que conviverem no mesmo território ao longo de todo período colonial. A convivência não foi de modo algum pacífica. As proibições e acusações da medicina oficial relativamente à tradicional, e as reações e interdições que emanava desta em relação à medicina associada ao domínio colonial não deixam dúvida quanto a isso. No entanto, no âmbito da administração colonial levantaram-se vozes dissonantes ao discurso de combate à medicina tradicional.

3.4 Um consenso: aproveitamento farmacêutico das plantas nativas

Atores da administração portuguesa divergiram em suas caracterizações que produziam sobre os médicos tradicionais. Enquanto para uns os médicos tradicionais deveriam ser combatidos, para outros era preciso regular as suas funções. Contudo, apesar destas diferentes posições, houve consenso entre esses porta-vozes oficiais quanto a um ponto: o aproveitamento da botânica nativa.

Em sua monografia etnográfica, o administrador de circunscrição Francisco Toscano²⁹⁶ propôs que o estudo da botânica médica de Moçambique fosse organizado e bem conduzido. Para isto sugeriu a organização de uma comissão científica composta por “médicos farmacêuticos, analistas-químicos, engenheiros-geólogos-mineralogistas e engenheiros regentes agrícolas”²⁹⁷. A comissão teria o objetivo de: “fazer o reconhecimento e analisar todas as plantas medicinais da colônia e assentarem na sua utilidade terapêutica”²⁹⁸, e além disso estudar as riquezas minerais resultando daí uma carta agrícola para melhor aproveitamento dos terrenos. Estas ações, segundo o proponente, seriam “uma missão muito dispendiosa. Mas muito útil para a economia da Colônia.”²⁹⁹

Não exatamente nos moldes propostos por Francisco Toscano, estes estudos vieram a ser realizados em Moçambique, pela Missão Botânica de Moçambique (1942–

²⁹⁶ Não foi possível precisar em quais circunscrições Francisco Toscano atuou como administrador. Era comum o deslocamento de administradores segundo as necessidades da administração colonial, sabe-se no entanto que ele esteve no comando de circunscrições ao sul de Moçambique.

²⁹⁷ TOSCANO: 1941; p.81.

²⁹⁸ Idem.

²⁹⁹ TOSCANO: 1941; p.82.

1948). Organizada pela Junta das Missões Geográficas e de Investigações Coloniais³⁰⁰, órgão da administração colonial portuguesa, esta Missão teve como tarefa coletar e classificar elementos da botânica de Moçambique para aproveitamento científico. Sob a chefia do botânico Francisco Ascensão Mendonça foram realizadas campanhas de trabalho à colônia para realização das coletas e estudos (1942, 1944-45, 1947-48). Das campanhas fizeram parte o engenheiro agrônomo e botânico José Diogo Sampayo de Albuquerque d'Orey; o técnico da Junta de Exportação do Algodão Colonial, Manuel Guerreiro Beatriz; o técnico da Repartição Técnica de Agricultura local, Alfredo de Almeida Esteves de Sousa; e o farmacêutico Antonio Rocha da Torre. Este último teve papel de destaque nos estudos da flora de Moçambique, pois além de integrar a Missão Botânica de Moçambique, fez parte dos Serviços de Saúde da colônia, sendo diretor da farmácia do Hospital Miguel Bombarda, principal hospital de Lourenço Marques. Rocha Torres viveu parte de sua vida em Moçambique e publicou seus trabalhos a respeito da flora no sul do continente africano, entre os quais podemos citar a Carta Fitogeográfica de Moçambique, publicada em co-autoria com Francisco de Ascensão Mendonça³⁰¹.

Meu objetivo na presente dissertação não é analisar o trabalho realizado por estas campanhas da Missão Botânica de Moçambique, mas salientar que a flora de Moçambique foi tema de estudos coordenados pela administração colonial. Tais plantas foram apropriadas pela comunidade acadêmica metropolitana mas sem levar em consideração que já havia saberes sobre elas produzidos por médicos tradicionais. É verdade que, em certas ocasiões, estes foram os principais informantes sobre as possibilidades fitoterapêuticas da flora da colônia, os cientistas da metrópole registraram as plantas indicadas mas não consideraram a forma como o médico tradicional a empregava em seus tratamentos terapêuticos.

O administrador de circunscrição Francisco Toscano mostrou que estava atento ao uso das plantas pelos médicos tradicionais em seus processos de cura:

Para curar da blenorragia vi empregar um líquido gomoso da raiz da bananeira, que ficava uma noite ao relento e era tomado de manhã em jejum; fui informado que

³⁰⁰ Órgão subordinado ao Ministério das Colônias criado em 1934 com o objetivo de coordenar e promover o conhecimento científico nas colônias portuguesas. Ver: CASTELO: 2012, p. 391 a 498.

³⁰¹ Sobre o trabalho desenvolvido por Antonio Rocha da Torre em Moçambique ver SARAIVA [et all], *Antonio Rocha da Torre e a flora de Moçambique*. In: Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique, Lisboa: 2012, disponível em http://2012congressomz.files.wordpress.com/2013/09/susana_t05c04-2.pdf.

dava bons resultados. Enfim, há milhares de plantas medicinais que deviam ser estudadas e analisadas. (TOSCANO: 1941, p.80)

Também o médico Carlos Reis, citou, em artigo publicado no ano de 1952, conversas que teve com médicos tradicionais na circuncisão de Zavala. A partir dessas conversas Reis procurou estabelecer uma relação entre as doenças por ele tratadas no posto sanitário e as doenças apresentadas pelos médicos tradicionais. Estes indicaram a Carlos Reis algumas plantas utilizadas no processo de cura. Por exemplo, doenças febris, designadas na língua chope como *chideandea chacuhissa* (febre com frio), o médico tradicional diagnosticava a partir dos “ tremores e quentura do corpo e cura-a com uma mistura, também em partes iguais de uma folha duma árvore, mussassa com as de dois arbustos: mugova e munhuco.”³⁰²

Após indicar os tratamentos relatados por médicos tradicionais para diversas doenças (venéreas, eruptivas, dermatológicas, reumatismo, afecção dos órgãos da visão, do ouvido, ferimentos, afecções do sistema nervoso e mentais, afecções urinárias, afecções dos aparelhos respiratórios e digestivos), o médico Carlos Reis salientou que os conhecimentos a respeito da botânica nativa deveriam ser melhores estudados e aproveitados, mas não considerou que tal aproveitamento incluísse as formas de tratamento empregadas pelos médicos tradicionais que foram seus informantes: “Parece-nos, no entanto, que estes estudos são dignos de atenção, pois a par de muitas drogas inoperantes e até prejudiciais podem existir na ‘arte indígena de curar’ algumas espécies de valor terapêutico.”³⁰³

Os médicos tradicionais podiam ser fontes fosse para a identificação e localização das plantas medicinais, fosse para conhecer as potencialidades e propriedades de determinadas plantas, ditas medicinais. Contudo, o modo e a atuação que envolvia a sua utilização não foi levada em conta como conhecimento. Dito de outra forma, identificar as potencialidades farmacêuticas das plantas era muito importante para os médicos oficiais que investigavam a flora medicinal nativa, entretanto tal conhecimento era transposto para outra estrutura de processamento e uso,

³⁰² REIS, Carlos: 1952, p.44. A raiz da *mussassa* (*Brachystegia spiciformis*), possui hoje comprovação científica acerca de seus benefícios no tratamento de diarreias, dores de estomago e conjuntivites. Seria interessante, num trabalho futuro fazer um levantamento acerca da flora relatada pelas fontes do período colonial que hoje possuem estas certificações e usos científicos. O artigo de Carlos Reis afirma também sobre a utilização conjunta de duas plantas, e este seria um bom ponto de reflexão acerca de como os médicos tradicionais utilizavam-nas. A combinação de plantas para obtenção de um tratamento terapêutico amplia o debate acerca da produção de conhecimento destes médicos. Entretanto, não pude enveredar por estas questões neste trabalho.

³⁰³ REIS: 1952,p.57-58.

subordinada a paradigmas não apenas diferentes como também segregadores. As informações recolhidas pelas Missões Botânicas entravam no circuito acadêmico de produção de conhecimentos, sistematizado em livros, artigos e coleções, passando também ao domínio dos laboratórios farmacêuticos. A planta poderia ser compartilhada entre as medicinas, mas a forma de empregá-la divergia devido a estruturação específicas de cada, a oficial e a tradicional.

Para a administração portuguesa as informações dos médicos tradicionais só adquiriam valor após a validação científica efetuada por botânicos, médicos e farmacêuticos oficiais³⁰⁴. Segundo a historiadora Maria Paula Meneses a desvinculação realizada pelo Estado Colonial Português entre o uso tradicional da flora e o conhecimento acadêmico sobre a flora foi o que permitiu que esta fosse apropriada e incorporada ao conhecimento científico produzido por farmacêuticos e médicos portugueses: “Esta compartimentação de saberes vai permitir a apropriação, por parte do sistema colônia, dos princípios farmacológicos de produtos conhecidos pelos terapeutas tradicionais locais.”³⁰⁵

O modo como o médico tradicional empregava as plantas era justamente o principal ponto de embate entre medicina tradicional e medicina oficial. A primeira tradicional associava conhecimentos espirituais a conhecimentos botânicos, perspectiva não aceita pela medicina oficial. Ao descrever “As crenças e práticas mágicas em *Homoíne*”³⁰⁶, o funcionário administrativo António Rita-Ferreira observou a associação entre o conhecimento sobre botânica e espiritualização:

A energia mágica, capaz de produzir efeitos ultrapassando os meios e a experiência do homem ordinário, supõe-se, como dissemos, concentrada em certos objetos de origem botânica. Esta associação entre a magia e a botânica pode explicar-se por um esoterismo desenvolvido a partir do reconhecimento das reais virtudes profiláticas e terapêuticas dos vegetais. (FERREIRA:1960, p.83)

³⁰⁴ O debate sobre a validação científica do conhecimento tradicional extravasa os limites desta dissertação. Entretanto pontuo que este é um debate ainda em vigor e sobre o qual as diferentes medicinas tradicionais (chinesa, indiana, moçambicana, etc) são alvo. Atualmente o Brasil desenvolve um projeto de validação científica do conhecimento tradicional sobre as plantas em Moçambique, numa parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina e o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Etnobotânica de Moçambique. Sobre este projeto ver SILVA [et all], *Certificação de produção coletiva de patrimônios imateriais: conhecimentos etnobotânicos*. In: Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique, Lisboa: 2012, disponível em <http://2012congressomz.files.wordpress.com/2013/08/t09c02.pdf>.

³⁰⁵ MENESES:2005, p.432.

³⁰⁶ RITA-FERREIRA, António. *Crenças e práticas mágicas em Homoíne (Moçambique)*. In: Boletim do Instituto de Investigação Científica de Moçambique, Lourenço Marques: 1960, nº 1, vol. 1, p. 80 – 88.

O conhecimento tradicional ia, portanto, além de saber que planta era eficaz em que tratamento. Era necessária uma preparação que levasse ao tratamento, e ela não era revelada. Este conhecimento específico permitia o médico tradicional manter sua função social. Assim, Rita-Ferreira resumiu:

perguntar qual o medicamento-mágico usado é o mesmo que perguntar qual a planta usada. Além da espécie botânica julgada operante há tratamentos específicos para que se transforme em medicamento-mágico. (FERREIRA:1960, p.83)

Não bastava, portanto, saber qual era a planta, era preciso saber como era empregada. Essa função era desempenhada por um ator específico, o médico tradicional, cujo conhecimento raramente foi considerado pelos estudos que buscavam reconhecer as propriedades farmacêuticas das plantas, pois as missões científicas portuguesas não reconheciam as técnicas dos médicos tradicionais como conhecimento, mas sim como superstição. Por outro lado, o sigilo sobre a forma como eram empregadas as plantas em tratamentos contra doenças, era em geral resguardado pelos médicos tradicionais uma vez que assegurava a continuidade do seu trabalho junto às populações em Moçambique. O conhecimento botânico e o domínio da técnica do uso das plantas faziam do médico tradicional um especialista em seu *métier*. A respeito disso António Rita-Ferreira reiterou:

O poder pode encontrar-se latente no vegetal, mas é o mágico que, com as suas técnicas secretas e especializadas o transforma em medicamento. Desse modo, o consulente, desconhecendo tais técnicas e até a fonte botânica da medicina, está impedido de se tornar ele próprio médico-mágico e bem assim de comercializar os remédios com que se muniu. (FERREIRA:1960, p.83)

O que estava em curso no período colonial era a convivência conflituosa, num mesmo terreno, de duas medicinas assentes sobre paradigmas diferentes. Os conflitos dificultavam o diálogo aproximado entre os dois sistemas de saber. Enquanto para a medicina oficial os cuidados de saúde incidiam sobre o corpo do indivíduo e sobre questões de higiene pública, para a medicina tradicional o conceito de saúde envolvia três diferentes esferas da vida: “Há doenças que passam de pessoa para pessoa(...); outras que se adquirem por contágio sexual(...); outras devidas a ‘feitiços’ (chicuembo).”³⁰⁷ Para o paradigma da medicina oficial, não interessava uma discussão a respeito de doenças causadas por espíritos ou a mando de feiticeiros, de forma que os estudos sobre a flora não levaram em conta os tratamentos empregados pelos médicos tradicionais, que incluíam danças, cânticos e crenças nos espíritos dos antepassados.

³⁰⁷ REIS: 1952, p.43.

Considerações finais

A tarefa de concluir um trabalho é penosa. Dispensei boa medida de tempo em pesquisa, e a cada conjunto de fonte consultado surgiam novas e pertinentes indagações, que somente em parte foram incorporadas a este trabalho. Apresento então alguns pontos que ficaram por estudar de modo a esboçar, no fim deste espinhoso caminho, com o jardim finalmente formado, outro caminho espinhoso pelo qual pretendo enveredar. As questões apontadas a seguir atestam que o trabalho carece de continuação.

No tempo e nas condições que me foram dadas, não tive condições de obter fontes e referências bibliográficas para ampliar este estudo territorialmente. Não foi possível ultrapassar as fronteiras criadas pelo colonialismo em fins do século XIX de maneira a analisar a medicina tradicional no sul do continente africano, em moldura mais ampla, como senti ímpetos de fazer. A conexão entre o Transvaal e o Sul do Save, aqui analisada, sugere que a circulação de pessoas implicava a circulação de ideias e conhecimentos. Cabe salientar que as fronteiras que dividiam África do Sul e Moçambique não correspondiam necessariamente a fronteiras culturais e linguísticas das populações locais. Mostrei na presente dissertação que a população de Moçambique adotou práticas da medicina tradicional sul-africana. Entretanto ficou como questão a explorar a forma como ocorreu o transporte de ideias e de que modo impactou as práticas na própria África do Sul. Um estudo nesse sentido contribuiria para o debate acerca da ‘tradicionalização’ da medicina.

Nomear as práticas em saúde das populações negras no sul da África como medicina tradicional não implica em considerá-la um conhecimento estanque e imutável na conjugação espaço-tempo. A medicina tradicional modificou-se em função de vários fatores, como o crescimento do trabalho migratório e o contato com a medicina oficial e a circulação de saberes. Considerar estes fatores obrigaria a alargar o âmbito deste trabalho incorporando, por exemplo, a análise das relações entre a medicina tradicional desenvolvida em Moçambique e na África do Sul, que poderia trazer novas contribuições para o estudo da medicina tradicional na África austral.

Uma interessante sugestão a respeito dos laços entre medicinas na África austral é a formação na década de 1990 da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO). Segundo a historiadora Maria Paula Meneses, a

formação da AMETRAMO teve a colaboração de médicos tradicionais da África do Sul, já institucionalizados. A relação entre estas medicinas é, como vimos, anterior ao período colonial, sendo manifesto que, durante este período a população de Moçambique cessava os conhecimentos do outro lado da fronteira.

Um outro aspecto que merecem igualmente mais atenção é a relação entre os serviços de saúde oficiais desses territórios. O sul de Moçambique, a África do Sul e a Rodésia do Sul compartilharam durante os anos 1930 a 1970 problemas similares em saúde pública, por exemplo a malária. O inseto vetor não respeitava as fronteiras políticas entre os territórios, de modo que o sucesso de qualquer campanha de combate às doenças tropicais, como a malária e a doença do sono, dependiam de um trabalho conjunto que não se limitasse as linhas de fronteira. Os médicos da Organização Mundial da Saúde que cooperaram com a Campanha de Erradicação do Paludismo na década de 1960 no sul de Moçambique reiteraram a importância de um esforço coletivo destes territórios fronteiriços.

Neste contexto uma hipótese para futuros trabalhos seria pensar como se processou esta cooperação tendo em conta as diferentes configurações políticas dos território envolvidos. A África do Sul, país independente sobre regime do *apartheid*, Moçambique No início do processo de luta armada contra o colonialismo português e a Rodésia do Sul, em meio a um processo de negociação política, pela independência, com a Inglaterra. Enquanto os contextos políticos eram diferentes os problemas sanitários eram compartilhados. Mas fica como questão saber em que medida as soluções foram também compartilhadas, se as campanhas sanitárias obtiveram algum sucesso, e que reações suscitaram entre as populações em cada um dos territórios, em particular no tocante às relações entre medicas oficial e tradicional.

Durante a realização da pesquisa destacou-se a ideia de que a prática desta última no período entre as décadas de 1960 a 1970 precisava ser analisada com maior profundidade. Na década de 1960, quando se inicia a guerra de libertação em Moçambique, os médicos tradicionais são visto com maior desconfiança pela administração colonial, isto porque era levada em conta sua atuação junto às populações, influenciando-as tanto a favor como contra o colonialismo. A administração colonial reconheceu, principalmente a partir dos anos 1960, que os médicos tradicionais tinham alguma autoridade junto às populações. O que estava em questão não eram apenas as escolhas feitas pela população entre medicina oficial e medicina tradicional,

ou ambas, pois a atuação do médico tradicional durante a guerra de independência envolveu a discussão sobre autoridades tradicionais em Moçambique. Não pude analisar devidamente o médico tradicional em suas relações com régulos por causa do tempo e das escolhas que fui obrigada a fazer para me adequar a ele. Entretanto, a análise da cerimônia da circuncisão, que aqui abordei, deixa entrever tais relações. No caso da circuncisão, o médico tradicional era convocado pelo régulo, autoridade tradicional de determinada povoação. Também no caso da aplicação de justiça através *mondjo*, observa-se que o médico tradicional operava a partir de convocação do régulo. Mas não pude avançar o suficiente na compreensão de como se davam estas relações, se médicos tradicionais e régulos, podiam ser considerados autoridades com equilíbrio de poderes, ou se o de um sobrepuja-se ao poder do outro.

A discussão a respeito de autoridades tradicionais é recorrente na historiografia sobre o continente africano. Não cabe entrar em pormenores sobre isso nas considerações finais desse trabalho. Limito-me a salientar que as autoridades tradicionais são em geral vistas sob o prisma da ambiguidade entre a resistência e a manutenção do colonialismo.

Em determinados textos redigidos por administradores havia um reforço ao discurso de que a população da colônia seguia obedientemente as determinações do governo. Na citada monografia etnográfica realizada por Francisco Toscano, este afirmou que os régulos eram “uns chefes quase sem prestígio e dependentes da autoridade portuguesa que bem ou mal vão cumprindo as suas ordens. São apenas agentes da autoridade.”³⁰⁸. Entretanto, como demonstrei no capítulo 3, o próprio Toscano afirmou que os portugueses não tinham completo domínio do território colonial, não controlavam, por exemplo, a prática do *mondjo*, que fora proibida mas continuava a ser praticada à revelia das autoridades portuguesas. Sabendo-se que elas só tomavam conhecimento do assunto quando chegava aos Tribunais Privativos dos Indígenas. Isto apenas para citar um exemplo que contradiz a ideia de obediência cega de parte de régulos e da população.

Considero que a ideia de autoridades tradicionais poderia ser estendida aos médicos tradicionais. Devido à sua presença em diversas etapas da vida de uma pessoa (nascimento, ritos de iniciação, doenças, justiça, morte), era provavelmente uma autoridade reconhecida por aquelas populações. Minha dissertação não abordou este

³⁰⁸ TOSCANO: 1941, p.69.

tema, que oferece interessantes possibilidades de comparação com o tema correlato da autoridade do médico oficial nos contextos metropolitano e colonial. Algumas fontes levantadas sugerem que médicos tradicionais e régulos trabalhavam em conjunto contra determinações da administração colonial, ou melhor, a favor de seus interesses particulares, reforçando o poder de ambos.

Ao que as fontes indicam, inequivocamente, é que a partir da década de 1960 a administração colonial tentou reforçar a fiscalização sobre as atividades dos médicos tradicionais. O ofício circular publicado então obrigou os administradores de circunscrições a realizarem levantamentos sobre a existência destes médicos nos territórios sob sua jurisdição. No dossiê intitulado *Feitiçaria e subversividade*, constam os levantamentos feitos e a opinião dos administradores sobre o assunto. Em 1973, Januário Augusto Teixeira, administrador do conselho de Lourenço Marques, afirmou com entusiasmo sua posição: era “pela ‘caça aberta’ aos curandeiros – adivinhos, exterminando-os definitivamente.”³⁰⁹. O combate aos médicos tradicionais acirra-se justo no contexto da guerra de libertação. Este ponto precisa ser melhor estudado. Segundo a historiadora Maria Paula Meneses, a situação dos médicos tradicionais durante a guerra foi bastante delicada. Se por um lado a administração colonial olhava-os com bastante desconfiança, considerando suas práticas ‘subversivas’, por outro também não foram de todo acolhidos pelos movimentos de libertação, como a Frente de Libertação de Moçambique, devido justamente ao papel de autoridade que exerciam junto à população, nem sempre favoráveis ao projeto político do movimento. Saliento, portanto, a necessidade de aprofundar o tema a partir das fontes levantadas, trabalho que ainda não pude realizar.

Há que se considerar também uma ínfima instância de diálogo político entre população e administração colonial. Refiro-me às banjas, reuniões que contavam com a participação do funcionário administrativo, o régulo e alguns habitantes da povoação. As transcrições das discussões realizadas nas banjas ficaram de fora de meu estudo, devido à necessidade de fazer um recorte cuidadoso nas fontes a utilizar entre as muitas questões pertinentes sobre as quais se manifestavam as populações nessas reuniões. Nas banjas apresentavam queixas à administração colonial e pedidos de variadas naturezas. Em determinadas transcrições sobre as banjas os inspetores afirmam que a população requeria do Estado a ampliação das instalações sanitárias públicas. Considerar estas

³⁰⁹ SCCIM A 21 1445.

fontes mais cuidadosamente em outros trabalhos certamente iluminará muitos aspectos importantes da relação entre população e administração colonial.

Ao longo da dissertação procurei realçar as relações entre medicina oficial e tradicional, para isso analisei a estruturação dos Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique. A partir dos enquadramentos legais dos Serviços foi possível perceber quais diretrizes regiam o tratamento da saúde da população. A existência, por exemplo, de “enfermarias indígenas” permite afirmar a um só tempo que a população negra de Moçambique era atendida pelos Serviços de Saúde e que este atendimento era cerceado por questões raciais e sociais que marcavam de maneira geral aquela sociedade.

Os Serviços de Saúde almejavam atender a população, embora seu funcionamento fosse limitado por questões de dotações orçamentária, pessoal médico e instalações precárias. No cotidiano dos Serviços havia falta de médicos, materiais cirúrgicos e energia elétrica. Entretanto, atendimentos eram realizados mesmo em condições adversas. Motivados pelo discurso da necessidade da ‘assistência médica’ à população, de um serviço realizado ‘a bem da nação’³¹⁰, equipes de médicos e enfermeiros procuraram reunir conhecimentos científicos para intervir no cotidiano da colônia. As discussões sobre a importância da higienização alcançaram espaços públicos, como ruas, hospitais e locais de trabalho, bem como espaços privados, como as residências. Através de campanhas sanitárias e atendimentos médicos, Os Serviços de Saúde buscaram inscrever novos hábitos na população. Instruir, educar, ensinar são verbos recorrentes nos relatórios de saúde que tencionavam assim respaldar o trabalho dos médicos espalhados pelo ‘mato’.

Contudo, afirmo na dissertação que os Serviços de Saúde não agiram sozinhos na empreitada de ‘dotar as populações’ de conhecimento de higiene e saúde. A antropologia e a sociologia desempenharam importante papel nesse sentido. Principalmente através do Gabinete de Acção Psico-Social, as ciências humanas foram convocadas a atuar em prol do convencimento da população de que eram benéficos os Serviços de Saúde.

O interesse em manter a saúde da população devia-se a duas razões principais. Uma era a legitimação das ações coloniais. No discurso de ministros do Ultramar e governadores-gerais, os Serviços de Saúde integravam a lista dos benefícios que o colonialismo português levava à Moçambique. Ter os Serviços de Saúde a funcionar

³¹⁰ Expressão recorrente na documentação administrativa.

significava provar que o colonialismo português intervinha de maneira positiva naquele território. Ao mesmo tempo, era preciso cuidar dos corpos dos trabalhadores para mantê-los como força de trabalho produtiva. Cuidar dos corpos era maneira de garantir os recursos econômicos nos quais se investiam dentro e fora da colônia. Em última análise, o orçamento dos Serviços de Saúde bem como do Instituto de Medicina Tropical, na metrópole, dependiam da produtividade da população sadia.

O cuidado com os corpos dos trabalhadores nem sempre foi eficaz, embora fosse reiterado ao longo de décadas no discurso dos administradores de circunscrições e médicos que, no contato diário com a população, percebiam seu depauperamento físico.

Em paralelo à atuação dos Serviços de Saúde, houve ao longo de todo período colonial a procura pela medicina tradicional. Tais medicinas, a oficial e a tradicional, conviveram no território de Moçambique mesmo sem a chancela do Estado Colonial Português. A confirmação desta hipótese de trabalho confirma algo que declarei na introdução ao presente trabalho: a aplicação do conceito de epistemicídio necessita ser relativizada. Afirmar que a medicina tradicional foi praticada ao longo do período colonial não equivale a dizer que esta convivência tenha sido pacífica. Conflitos e medidas repressivas de parte do Estado inevitavelmente contribuíram para modificar a medicina tradicional. Nesse sentido, o Estado Colonial Português foi responsável por articular discursos e ações de combate aos médicos tradicionais levando à restrição de seus saberes. Epistemicídio como morte do conhecimento produzido por estes médicos soa, no entanto, como uma acusação exagerada, visto que a prática da medicina tradicional tem destaque ainda nos dias de hoje em Moçambique. Tudo indica que houve um recrudescimento das práticas repressivas, principalmente na última década do período colonial, mas assumir a morte dos saberes tradicionais é engrossar o discurso colonial de obediência cega da população às autoridades portuguesas.

O combate à medicina tradicional levou a que fosse praticada às escondidas, passíveis que eram até de criminalização, como no caso da aplicação do *mondjo*. Entretanto, da mesma forma que a população sabotou a Campanha de Erradicação do Paludismo na década de 1960, embaralhando a sinalização das portas das palhotas, encontrou ela maneiras de utilizar os conhecimentos sobre ervas e espíritos que os médicos tradicionais possuíam. Determinadas práticas foram alteradas, os médicos tradicionais incluíram o uso de permanganato nos ritos de circuncisão, ou substituíram por aves os homens que deveriam tomar o *mondjo*, mas a base do pensamento da

população sobre o conceito de saúde permaneceu firme, à revelia das instruções dos Serviços de Saúde e de suas parcerias com a antropologia, sociologia e o Gabinete de Acção Psico-Social. Afirmar que as práticas da medicina tradicional sobreviveram ao contexto colonial não significa, de modo algum, reduzir os impactos negativos do colonialismo sobre aquelas populações. A medicina tradicional continuou a ser usada, não por decisão do Estado Colonial Português, mas por insistência da população em manter hábitos anteriores à presença portuguesa e alternativos aos aparatos dos Serviço de Saúde. Ressaltar sua permanência equivale a dizer que práticas cotidianas foram formas de resistência ao colonialismo, mesmo para aqueles que não pegaram em armas e aderiram às lutas de libertação. Poderia falar em re-existência da medicina tradicional no período colonial, justapondo o prefixo re ao substantivo existência de modo a dar a entender que estas práticas resistiram porque existiram ao longo de tantos anos.

Resta destacar que a medicina tradicional foi vista sob ângulos diferentes pelos funcionários da administração. Embora o discurso recorrente fosse o de combate, distanciamentos e proibições havia entre os funcionários aqueles que destoavam da retórica hegemônica.

A medicina tradicional não sobrevive durante o período colonial alheia às transformações políticas e sociais ocorridas na colônia. E creio que posso afirmar isso com categoria depois de apresentar os dados que reuni para a redação da presente, melhor dizendo, passada dissertação de mestrado. O contato entre a medicina tradicional e os aparatos da administração colonial alteraram determinadas práticas, mas não privaram de legitimidade o papel que a medicina tradicional desempenhava junto à população.

Referências

Fontes

Artigos

ALBERTO, Manuel Simões. A mulher indígena moçambicana perante a estrutura familiar da tribo. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXIV, nº 83 janeiro a fevereiro, 1954, p.91 – 104.

ALBERTO, Manuel Simões. Contribuição para o Estudo Antropológico dos Tongas do Sul. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXV nº 92, maio a junho, 1955, p. 165 – 173.

ALBERTO, Manuel Simões. Controle fisiológico da mão-de-obra indígena moçambicana. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XX, nº 64, janeiro a março, 1950, p. 5 -13.

ALBERTO, Manuel Simões. Ensaio de demografia etnográfica. Populações nativas do sul do Save. Distrito de Lourenço Marques. I – Os “ronga” do Maputo. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXV,I nº 101, novembro a dezembro, 1956, p. 83 – 109.

ALBERTO, Manuel Simões. O mestiçamento humano em Moçambique e a sua influência na aculturação dos povos negros. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVI, nº 97, março a abril, 1956, p.109-126.

ALBERTO, Manuel Simões. Plano para a realização dum circuito antropológico na África negra. In: In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVI, nº 97, março a abril, 1956, p. 141 -145.

ALBERTO, Manuel Simões. Problemas do bem-estar Moçambicano – “O problema religioso nas populações rurais de Moçambique”. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXIV, nº 84 março a abril, 1954, p. 33 – 43.

ALBERTO, Manuel Simões; BARRETO, Artur Dionísio. Estudos antropológicos dos povos Bantos. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXII, nº73, janeiro a março, 1952, p. 35 - 42.

ALBERTO, Manuel Simões; BARRETO, Artur Dionísio. Problemas sociais dos povos Bantos. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço

Marques, ano XXII nº 73, janeiro a março, 1952, p. 43 - 53.

BARROS, Armando Augusto de. Problemas e recursos sanitários de Moçambique. In: *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Lisboa, Tomo CXXXIV, nº 6 e 7, junho a julho, 1970, p. 671 - 720.

BRITO, Antonio da Rocha. O rito da circunscrição entre os indígenas . In: *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*. Lourenço Marques: Tipografia Popular de Roque Ferreira, ano I nº 4, agosto de 1932, p.

CARDOSO, Julio Justo Alfaro. Monografia etnográfica sobre os Tsuas. In: *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XXVII, nº 108, janeiro a fevereiro, 1958, p.151 - 207.

CASTRO, Luís Garcia. Os curandeiros da região. In: *Boa Nova Revista da atualidade missionária*. Lisboa: Neogravura, ano XLVII, maio, 1971, p.16 - 17.

CASTRO, Soares de. Os lomouès do Larde. Elementos para uma monografia histórico-etnográfica. In: *Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XXII, nº 76, outubro a dezembro, 1952, p. 41 – 83.

CUNHA, Armando d’Almeida e. Criação de asilos rudimentares para indígenas velhos e inválidos. In: *Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XX, nº 66, julho a setembro, 1950, p. 25 – 30 .

DIAS, Adalberto de Sousa. Boane. In: *Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XX, nº 64, janeiro a março, 1950, p. 15 - 48.

FERREIRA, António Rita. “Notas adicionais sobre os Zimbás (Azimba)” . In: *Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XXV nº 93, julho a agosto, 1955, p. 53 -72.

FERREIRA, António Rita. “Notas adicionais sobre os Zimbás (Azimba)” . In: *Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XXVI, nº 97, março a abril, 1956, p.88 - 106.

FERREIRA, Antonio Rita. Agrupamento e caracterização étnica dos indígenas de Moçambique. In: *Estudos, Ensaios e Documentos*. p. 25 - 34

FERREIRA, Antonio Rita. Caracterização e agrupamento étnico dos indígenas de Moçambique. In: *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*. Lourenço Marques, ano XXVII, nº 111, julho a agosto, 1958, p. 171 – 183.

FERREIRA, Antonio Rita. Crenças e práticas mágicas em Homóine (Moçambique). In: *Boletim do Instituto de Investigação Científica de Moçambique*. vol 1, 1960, p.80 - 88.

FERREIRA, Antônio Rita. Documentação etnológica de Moçambique. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVII,I nº 117, julho a agosto, 1959, p. 115 - 132.

FERREIRA, Antonio Rita. Esboço Sociológico do grupo de povoações “Meu”. (Homoíne, Moçambique) . In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVI nº 106, setembro a outubro, 1957, p. 75 - 180.

FERREIRA, Antonio Rita. Mais algumas notas sobre os Zimbabues (Azimba). In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVI, nº 98, maio a junho, 1956, p.39-48.

FERREIRA, Antonio Rita. Nota sobre o conceito de tribo em Moçambique. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVII, nº 108, janeiro a fevereiro, 1958, p.47- 68.

FERREIRA, Antonio Rita. Os “azimbabues”. Monografia etnográfica. Parte I. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXIV, nº 84, março a abril, 1954, p. 47 - 140.

FERREIRA, Antonio Rita. Os “azimbabues”. Monografia etnográfica. Parte II. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXIV, nº 85, maio a junho, 1954, p. 2 - 126.

FERREIRA, Filipe. A sociedade de estudos e o progresso de Moçambique. In: In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXX, nº 127, abril a junho, 1961, p. 1 – 12.

FILIPE, Nuno F. Irmãos de S. João de Deus, assistência hospitalar em Moçambique. In: Boa Nova Revista da atualidade missionária. Lisboa: Neogravura, ano XLVII, maio, 1971, p.20 - 21.

FLEEG, Hillary. O sociologista e a investigação médica. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXX, nº 126, janeiro a março, 1961, p. 1 - 7.

GRILLO, Vitor Hugo Velez. Antigos registos portugueses na história da etnologia científica e variação cultural na África do Sul. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVII, nº 111, julho a agosto, 1958, p. 131 – 146.

GRILLO, Vitor Hugo Velez. Os zimbabues Mipashelo e a civilização Hindu. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVII, nº 111, julho a agosto, 1958, p. 183 – 195.

HECHTER-SCHULZ, Karl. Cosmetic practices of some Bantu Tribes of Southern Africa. In: Boletim de Estudos da Sociedade de Moçambique. Lourenço Marques, vol. 34, nº 142, janeiro a março, 1965, p. 117 - 133.

MARTINS, Deolinda. A saúde escolar dentro dos novos conceitos da saúde pública. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVII, nº 110, maio a junho, 1958, p. 143-155.

ORNELAS, Augusto. A nova medicina . In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano VIII nº39, 1939, p. 55 – 59 .

PAIXÃO, Braga. Ensino dos indígenas - obra de civilização. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano VIII, nº39, 1939, p.141 – 143.

PEIXE, Júlio dos Santos. Ligeiros apontamentos sobre a curandice espírita entre o povo Ba-Tswa. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXXI, nº 130, janeiro a março, 1962, 5 – 31.

PEREIRA, Jaime Silva. Puericultura entre os indígenas do Maputo(Moçambique). In: Anais do Instituto de Medicina Tropical. Lisboa, vol. 17, nº3, setembro, 1960, p.753 - 763.

REIS, Carlos M. Santos. A iniciação maconde. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXV nº 94-95, setembro a dezembro, 1955, p.169 – 204.

REIS, Carlos Santos. A "arte indígena de curar" em terras de Zavala. In: Moçambique Documentário Trimenstral. Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique, ano XVIII, nº 71, setembro, 1952, p. 37 - 58.

REIS, Diogo da Camara. Os macuas de Mogovolas. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXXI, nº 131, abril a junho, 1962, p. 5-37 .

SANTOS, Manuel Pimentel Pereira dos. Alguns problemas do município de Lourenço Marques. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XX, nº 64, janeiro a março, 1950, p. 49 -117.

SANTOS, Norberto Teixeira dos. Profilaxia das doenças infectocontagiosas na infância – vacinas. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, vol. 34, nº 142 janeiro a março, 1965, p. 172 - 188.

SARMENTO, Alexandre. Importância da Antropologia Cultural no planeamento e execução dos programas de saúde pública no Ultramar. In: Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa, Tomo CXXXIV, nº 6 e 7, junho a julho, 1970, p. 499 - 507.

sem autor. Índice das matérias contidas nos boletins. (1931 - 1950). In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XX, nº 66, julho a setembro, p. 161 - 220.

sem autor. Notas e documentos sobre a fundação da Sociedade de Estudos da colônia de Moçambique (1930 a 1950). In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XX, nº 66, julho a setembro, 1950, p. 105 - 118.

SILVA, J. Ferreira da. Problemas de saúde e higiene. In: Boletim da Sociedade de Estudos da Colônia de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXVI, nº 100, setembro a outubro, 1956, p. 65-83.

SOEIRO, Alberto. Estações de cura e repouso na província do Sul do Save. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano X nº 44, janeiro a dezembro, 1941, p.149 – 157 .

TAVARES, Júlio Afonso da Silva. A arte indígena de curar. In: Moçambique Documentário Trimestral. Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique, nº53, janeiro a março, 1948, p. 111 - 132.

TOSCANO, F. Sobre os indígenas portugueses ao sul do Zambeze. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano X nº 44, janeiro a dezembro, 1941, p.65 – 147 .

Dossiês

Dossiê sobre Processos de informações sobre feiticismo e subversidade. Esta série é composta por processos de recolha de informação sobre feiticeiros e curandeiros conhecidos as suas ligações a possíveis atividades subversivas e recortes de imprensa em português e inglês. SCCIM-A-21

Dossiê sobre exercícios ilegais de medicina. Recortes de imprensa. SCCIM A-21-1-2
Nº1445

Dossiê sobre Mapas com as relações organizadas por distrito de feiticeiros e curandeiros conhecidos. (Lourenço Marques, Gaza, Inhambane, Manica, Sofala, Zambézia.) SCCIM A-21-3 nº1447

Entrevistas

Entrevistas realizadas por Carolina Maíra Gomes Morais a António Rita-Ferreira em 21 de julho de 2013 e 7 de agosto de 2013. Cascais/Portugal.

Livros

JUNOD, Henrique A. Usos e costumes dos bantos. A vida numa tribo sul-africana. Tomo 1 - Vida social. Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique, 1944.

JUNOD, Henrique A. Usos e costumes dos bantos. A vida numa tribo sul-africana. Tomo 2 - Vida Mental. Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique, 1946.

MARGARIDE, Alberto. Costumes e aptidões dos indígenas africanos. Guimarães: Grandes Oficinas Gráficas Minervas, 1943.

RODRIGUES, M. M. Sarmento. Horizontes para um médico em África. Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique, 1962.

sem autor. Lista dos Trabalhos da Missão Antropológica de Moçambique. Porto: Imprensa Portuguesa, 1952.

_____ Discursos do Governador-geral de Moçambique. Presença de Moçambique na vida da nação (1961-1962). Agência Geral do Ultramar, Lisboa, 1964.

_____ Discursos do Governador-geral de Moçambique. Presença de Moçambique na vida da nação (1962-1963). M. M. Sarmento Rodrigues – contra-almirante. Agência Geral do Ultramar, Lisboa, 1964.

_____ Discursos do Governador-geral de Moçambique. Presença de Moçambique na vida da nação (1963-1964). M. M. Sarmento Rodrigues – contra-almirante. Agência Geral do Ultramar, Lisboa, 1965.

SANTOS, Pedro de Sousa. Ensaio sobre alguns temas de Moçambique.. Lisboa: Cadernos do Ultramar, abril de 1953, volume I.

Relatórios dos Serviços de Saúde

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1930. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1931.

Relatórios e estatísticas do Serviço de Saúde. Ano de 1931. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1933.

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1932. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1934.

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1933. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1935.

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1934. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1936.

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1935. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1937.

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1937. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1941.

Relatórios e estatísticas dos Serviços de Saúde. Ano de 1939. Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1942.

Relatório dos Serviços de Saúde. Anos de 1946 a 1950. Apresentado em memória ao 1º Congresso de Medicina Tropical (Lisboa, 1952). Província de Moçambique. Direção dos Serviços de Saúde. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1952.

Relatórios das inspeções efectuadas durante o 1º semestre de 1949 pelos Delegados de Saúde. Ano de 1949. Relatório não publicado

Relatório do biênio 1951-1952 pelo diretor dos Serviços Dr. Francisco Barata Feio (médico chefe). Província de Moçambique. Direção dos Serviços de Saúde. Relatório não publicado.

Relatório dos Serviços de Saúde e Higiene relativo ao ano de 1955. Lourenço Marques: Tipografia Progresso. Não consta o ano de publicação.

46 Relatórios em resposta ao questionário referente às condições sanitárias das circunscrições do Norte de Moçambique. Ano de 1958. Relatórios não publicados.

Relatório ano de 1967. Direção dos Serviços de Saúde e Assistência. Portugal, Província de Moçambique. Não consta o local de publicação. 1969.

Relatório dos anos de 1968/69. Direção dos Serviços de Saúde Assistência. Repartição de Saúde Pública. 4ª Divisão. Não consta local de publicação. 1972.

Relatório da Situação sanitária da província de Moçambique. Setembro/1971. Secretaria Provincial de Saúde e Assistência. Relatório não publicado.

Regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência da Província de Moçambique. Direção de Saúde e Assistência do Ultramar. Informação nº 1062. Ano 1966. (ofício)

Dossiê sobre cólera. Anos 1970-71. Não publicado.

Variola: alerta constante. Palestra pronunciada no Dia Mundial da Saúde pelo Dr. Helder José Gonçalves da Silva, curso de saúde pública pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, adjunto da Delegacia de Saúde de Lourenço Marques. Não publicado. Não consta ano.

Relatório da comissão eventual de serviço no Hospital da Universidade de Lourenço Marques apresentado pelo Dr. Raúl Moreno Rodrigues, administrador do Hospital Geral de Santo António/Porto. 1972. Não publicado.

Relatório de 1939. Direção dos Serviços dos Portos, Caminhos de Ferro e Transportes da Colónia de Moçambique. Secção de Saúde. Pelo médico-chefe da Secção de Saúde dos C. F. M. Álvaro de Sousa Drummond Borges. Lourenço Marques: Tipografia dos Armazéns Gerais, 1940.

Relatório de 1941. Direção dos Serviços dos Portos, Caminhos de Ferro e Transportes da Colónia de Moçambique. Secção de Saúde. Pelo médico-chefe da Secção de Saúde dos C. F. M. Álvaro de Sousa Drummond Borges. Lourenço Marques: Tipografia dos Armazéns Gerais, 1941.

Relatório da Conferência da C.C.T.A. sobre a cooperação médica. J. Fraga de Azevedo, presidente da Delegação Portuguesa à Conferência. Léopoldville, 29 de setembro a 3 de outubro de 1955.

Mapa da distribuição do pessoal em serviço na Colónia nos termos do ofício nº 1.163, de 14 de outubro de 1949, da 2ª Repartição do Ministério das Colónias, referida a 1 de janeiro de 1950. Não publicado.

Dossiê sobre Paludismo. Anos 1962/66. Não publicado.

Relatório do Serviço de Combate à Lepra pelo Dr. Rui Morgado. Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Anos de 1953 – 1957. Não publicado.

Dossiê sobre Tripanossomíase. Anos 1960-1970. Não publicado.

Relatórios da Inspeção Superior Administrativa Ultramarina

ALMEIDA, António. Inspeção geral à colónia de Moçambique. 1947. Cota: A2.001.02/009.00044

COSTAS, Mário. Inspeção à província de Moçambique. 1960-1961. Vol.1 Serviços e Diversos. Cota: A2.050.03/021.00132

COSTAS, Mário. Inspeção à província de Moçambique. 1960-1961. Vol.2 Distritos. Cota: A2.050.03/021.00133

FARIA, Mário de Albuquerque e Castro. Relatório da inspeção ordinária à circunscrição de Valadim. 1971. Cota: A2.001.02/010.00052

FEIJÓ, Tito Lívio M. Inspeção ordinária à junta local do Chongoene. 1968. Cota: A2.001.02/010.00050

FERNANDES, Luís Augusto Vieira. Relatório de uma inspeção aos serviços centrais e provinciais da colônia de Moçambique. 1940-41. Cota: A2.001.02/007.00033

FERREIRA, Mário de Albuquerque e Castro. Relatório da inspeção ordinária ao concelho do Amaramba. 1970. Cota: A2.001.02/008.00040

FRANKLIN, Antonio de Sousa. Relatório da inspeção ordinária à Camara Municipal da Beira e aos Serviços Municipalizados de Eletricidade. 1961. Cota: A2.050.02/16.00098

JÚLIO, Cristóvão. Apenso ao relatório da inspeção ordinária à circunscrição de Massinga. 1963. Cota: A2.050.02/013.00070

JÚLIO, Cristóvão. Relatório da Inspeção ordinária à circunscrição de Massinga. 1963. Cota: A2.001.02/009.00043

PEREIRA, José Gabriel Tavieira. Relatório da inspeção ordinária ao 1º Bairro do concelho de Lourenço Marques. 1971. Cota: A2.001.02/010.00054

SANTOS, Antonio Lopes dos. Relatório do governador do distrito de Moçambique. 1959. Cota: A2.01.001/06.00027

SERRA, A. Mendes. Relatório da inspeção ordinária ao Concelho de Marracuense e seu Posto administrativo de Benfica, 1965. Cota: A2.050.02/017.00113

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à administração da circunscrição de Inharrime. 1969. Cota: A2.050.03/020.00131

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à Comissão Municipal da Maxexe. 1969. cota: A2.02.001/06.00024

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à junta local de Quissico. 1969. Cota: A2.001.02/011.00056

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária aos serviços municipalizados de viação da Câmara Municipal de Lourenço Marques. 1971. Cota: A2.001.02/010.00053

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à Camara Municipal de Inhambane. 1968. Cota: A2.001.02/010.00047

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária ao concelho

de Maxixe. 1969. cota: A2.001.02/007.00030

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária junto à junta local de Inharime. 1969. cota: A2.001.02/07.00029

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à Comissão Municipal de Homóine. 1970. Cota: A2.050.02/018.00120

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à circunscrição de Zavala. 1970. Cota: A2.001.02/011.00055

SILVA, Raul Ribeiro dos Santos Delgado e. Relatório da inspeção ordinária à Direção dos Serviços de abastecimento e salubridade da camara municipal de Lourenço Marque. 1973. Cota: A2.050.02/017.00112

Relatórios da Inspeção Superior Administrativa dos Negócios Indígenas

MOURA, João Villas-Bôas Carneiro de. Relatório da inspeção ordinária à Associação dos Naturais de Moçambique em Lourenço Marques. 1961. Cota: A2.050.02/014.00076

SANTOS, Antonio Policarpo de Sousa. Relatório da inspeção ordinária à intendência de Gaza, 1954. Cota: A2.050.02/014.00079

SANTOS, Leovigildo Lisboa. Relatório da inspeção ordinária à administração do conselho do Bilene. 1961. Cota: A2.49.002/41.00271

SANTOS, Leovigildo Lisboa. Relatório da inspeção ordinária à Comissão Municipal do Bilene. Cota; A2.49.002/41.00272

SPENCER, Augusto Vaz. Relatório da inspeção ordinária ao distrito de Lourenço Marques. 1950. Cota: A2.01.002/018.00123

Bibliografia

AMARAL, Isabel Maria. A medicina tropical e o Império Português em África: Diálogo entre política, ciência e misticismo (1887 – 1935) In: A outra face do império: ciência tecnologia e medicina (sécs. XIX – XX) AMARAL, Isabel Maria; Diogo, Maria Paula. (orgs) Lisboa: Edições Colibri, 2012.

BASTOS, Cristiana & BARRETO, Renilda (eds.) *A Circulação do Conhecimento: medicina, redes e impérios* (e-book), Lisbon: ICS, 2011

BÉLGICA. Musée de La Medicine. L'art de guérir en Afrique: entre tradition et modernité. Bruxelles, 2005.

BETHENCOURT, Francisco; CHAUDRHURI, Kirti. *História da Expansão Portuguesa: Último Império e Recentramento (1930-1998)*. Navarra: Círculo de Leitores e Autores, 1999, vol. V.

BOURDIEU, Pierre. *Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2007

CABAÇO, José Luís. *Moçambique: identidade, colonialismo e libertação*. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

Castelo, Claudia. Investigação científica e política colonial portuguesa: evolução e articulações, 1936 – 1974. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 19, n.2, abr-jun, 2012, p. 391-408.

CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo, 1950-1980*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COOPER, Frederick, HOLT, Thomas C. & SCOTT, Rebeca J. *Além da escravidão: investigações sobre raça, trabalho e cidadania em sociedades pós-emancipação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____. “Conflito e conexão: repensando a História colonial da África”. In: *Anos 90*, Porto Alegre, v. 15, n. 27, p.21-63, jul. 2008.

COUTO, Mia. *Venenos de Deus, remédios do diabo: as incuráveis vidas de Vila Cacimba*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

CURTIN, Philip D. “Medical Knowledge and Urban Planning in Colonial Tropical Africa”. In: FEIERMAN, Steven, e JANZEN, John M. (Eds.). *The Social basis of health and healing in Africa*. Berkeley, Univ. California Press, 1992

FLORENCIO, Fernando. *Ao encontro dos mambos. Autoridades tradicionais vaNdau e Estado em Moçambique*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2005.

FRY, Peter. Culturas da diferença: sequelas das políticas coloniais portuguesas e britânicas na África Austral. *Afro-Ásia*, nº29/30, Salvador, 2003, 271-343.

GUINZBURG, Carlo. *A micro história e outros ensaios*. Lisboa: Difel, 1989.

HALL, Stuart. Notas sobre a desconstrução do popular. In: SOVIK, Liv (org.) *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

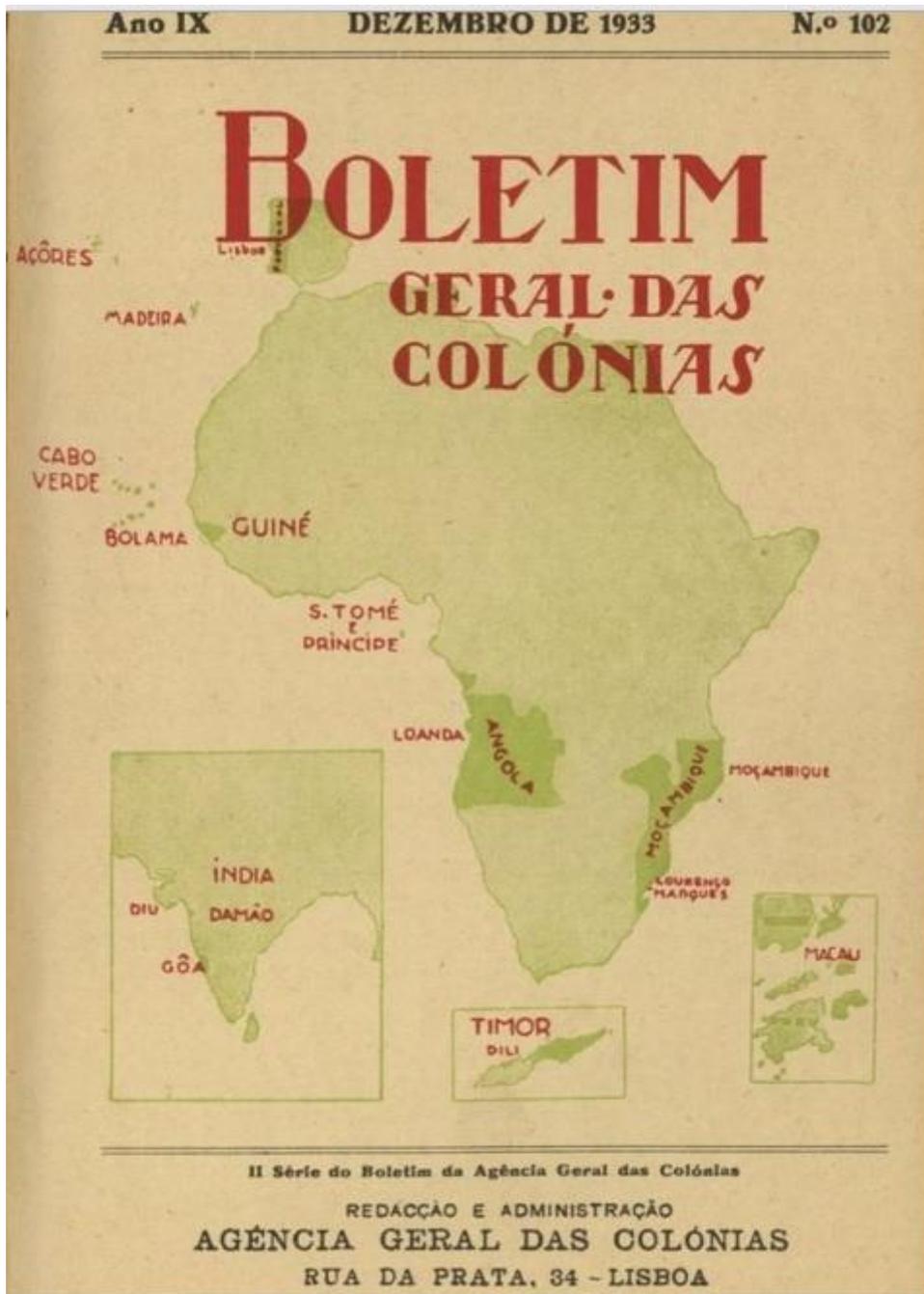
- HEDGES, David (coordenação). *História de Moçambique. Volume 3. Moçambique no auge do colonialismo, 1930-1961*. Maputo, Moçambique: Departamento de História – Faculdade de Letras, Universidade Eduardo Mondlane, 1993.
- HONWANA, Alcinda Manuel. *Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no Sul de Moçambique*. Lisboa: Promedia, 2002.
- ILIFE, John. *Os africanos: história dum continente*. Lisboa: Terramar, 1999.
- KI-ZERBO, Joseph (org.). *História geral da África, I: Metodologia e pré-história da África*. – 2ª Ed. ver. – Brasília: UNESCO, 2010.
- MACAGNO, Lorenzo. *Os outros mulçumanos: Islão e narrativas coloniais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2006.
- _____. “Lusotropicalismo e nostalgia etnográfica: Jorge Dias entre Portugal e Moçambique”. *Afro-Ásia*, nº 28, Salvador, 2002, 97-124.
- MARZANO, Andrea. Práticas esportivas e expansão colonial em Luanda. In: Melo, Vitor Andrade de; Bittencourt, Marcelo; Nascimento, Augusto. *Mais do que um jogo: o esporte e o continente africano*. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.
- MATOS, Patrícia Ferraz. *As cores do Império: Representações raciais no Império Colonial Português*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2006.
- MAZRUI, Ali A. e WONDJI, Christophe (orgs.). *História Geral da África, VIII: África desde 1935*. Brasília: UNESCO, 2010.
- MEMMI, Albert. *O retrato do colonizado precedido pelo retrato do colonizador*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967
- MENESES, Maria Paula G. “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada”: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. IN: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005
- _____. Moçambique: Maciane F. Zimba e Carolina J. Tamele – Médicos tradicionais, dirigentes da Associação de Médicos Tradicionais entrevista por Maria Paula G. Meneses. IN: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). *As vozes do mundo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- _____. Mozambique, África y El mundo: El transito entre lãs gentes. In: LOZANO, Alberto Arribas y otros. (ed.). *Tentativas, contágios, desbordes, territórios Del pensamiento*. Grana: Editorial Universidad de Granada, 2012.

- M'BOKOLO, Elikia. *África Negra. História e civilizações. Tomo II - Do século XIX aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Edições Colibri, 2007.
- NEVES, Olga Maria Lopes Serrão Iglésia. "O Movimento Associativo Africano em Moçambique. Tradição e Luta (1926-1962)". In: *Africanologia - Revista Lusófona de Estudos Africanos*. Lisboa, pp.170-214.
- NEWITT, Malyn. *História de Moçambique*. Portugal: Publicações Europa-América Lda., 1997.
- PÉLISSIER, René. *História de Moçambique: formação e oposição. 1854-1918. Volume I*. Lisboa: Editorial Estampa, 2000.
- _____. *História de Moçambique: formação e oposição. 1854-1918. Volume II*. Lisboa: Editorial Estampa, 2000.
- PEREIRA, Edgar Nasi. *Mitos, feitiços e gentes de Moçambique*. Lisboa: Editora Caminho, 1998.
- RANGER, Terence O. Iniciativas e resistência africanas em face da partilha e da conquista. In: ADU, Albert Boahen (org.). *História Geral da África, VII: África sob dominação colonial, 1880-1935*. – 2ª Ed. ver. – Brasília: UNESCO, 2010.
- RANGER, Terence. "Plagues of beasts and men; prophetic responses to epidemic in eastern and southern Africa". In: RANGER, Terence e SLACK Paul (Eds.). *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge, CUP, 1995
- ROCHA, Ilídio. *A imprensa de Moçambique: História e catálogo (1854-1975)*. Lisboa: Edição Livros do Brasil, 2000.
- RODRIGUES, Eugênia. Moçambique e o índico: a circulação de saberes e práticas de cura. In: *Métis. História e Cultura*. v.10, nº 19, P. 15 – 41. Jan/jun 2011.
- ROQUE, Ana Cristina. Doença e cura em Moçambique através dos relatórios dos Serviços de Saúde dos finais do século XIX. Trabalho apresentado no *1º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical*, Lisboa, IHMT, 21-24 de Abril de 2012. Texto cedido.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (org). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005
- SERRA, Carlos (direção). *História de Moçambique – Volume I. Parte I – Primeiras Sociedades Sedentárias e Impacto dos Mercadores, 200/300 – 1885. Parte II – Agressão Imperialista, 1886-1930*. Maputo, Moçambique: Livraria Universitária, Universidade Eduardo Mondlane, 2000.

- SPITZER, Leo. *Vidas de entremeio: assimilação e marginalização na Áustria, no Brasil e na África Ocidental: 1780-1945*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- THOMPSON, Edward. *A formação da classe operária inglesa: A maldição de Adão, vol. II*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. Campinas: Editora Unicamp, 2001
- THOMAZ, Fernanda do Nascimento. *Os “Filhos da Terra”: discurso e resistência nas relações coloniais no sul de Moçambique (1890-1930)*. Niterói: Dissertação de Mestrado, UFF, 2008.
- _____. *Casaco que se despe pelas costas: a formação da justiça colonial e a (re)ação dos africanos no norte de Moçambique. 1984 – 1940*. Niterói: Tese de Doutorado, UFF, 2012.
- THOMAZ, Omar. *Ecos do Atlântico: representações sobre o terceiro império português*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/FAPESP, 2002.
- WEBSTER, David J. *A sociedade Chope: indivíduo e aliança no sul de Moçambique 1969-1976*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009.
- WEST, Harry G. *Kupilikula: o poder invisível em Mueda, Moçambique*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009.
- ZAMPARONI, Valdemir. *De escravo a cozinheiro: colonialismo & racismo em Moçambique*. Salvador: EDUFBA: CEAO, 2007.
- _____. “Gênero e trabalho doméstico numa sociedade colonial: Lourenço Marques, Moçambique, C. 1900-1940”. *Afro-Ásia*, nº 23, Salvador, 1999.

ANEXOS

Anexo 1 – Territórios do Estado Colonial Português. Retirado de Memória d' África
Disponível online: <http://memoria-africa.ua.pt/Library/ShowImage.aspx?q=/BGC/BGC-N102&p=1>

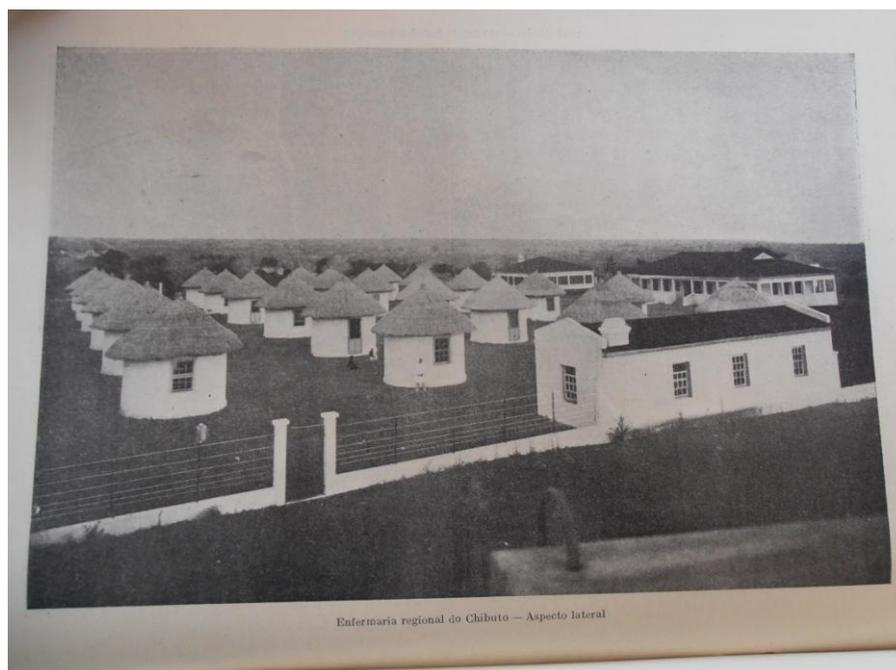


Anexo 2 – Estruturas dos Serviços de Saúde da Colónia de Moçambique

2.1 Hospital Miguel Bombarda, Lourenço Marques - Quarto de primeira classe (*Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1928 e 1929*: 1930, p.2)



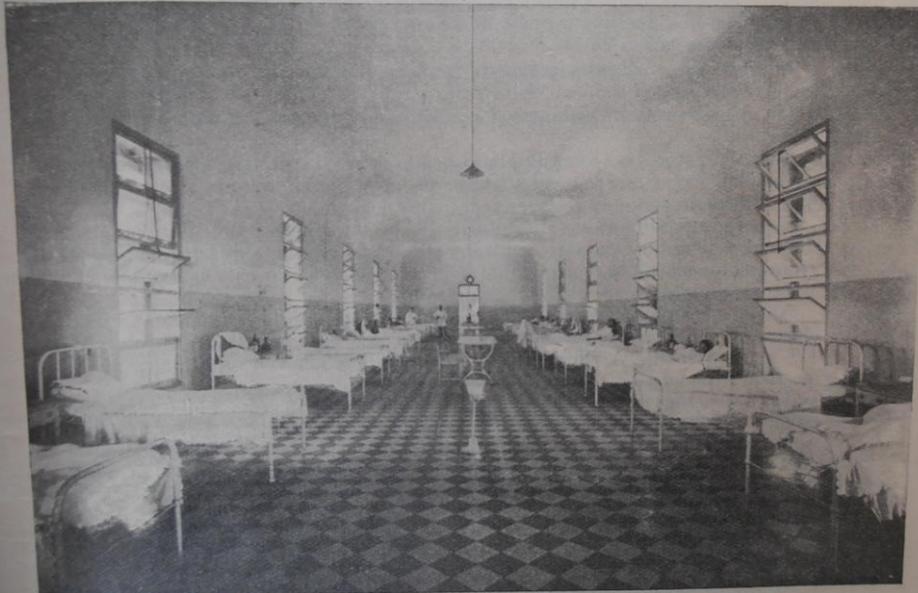
2.2 Enfermaria regional para indígenas, Chibuto (*Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1928 e 1929*: 1930, p.182.)



2.3 Hospital Miguel Bombarda, Lourenço Marques - Enfermaria para não indígenas.

(Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1928 e 1929: 1930, p.29.)

do ano económico deve ser adjudicado por empreitada pública.



Hospital Central Miguel Bombarda — 2.ª enfermaria — Homens (3.ª classe)

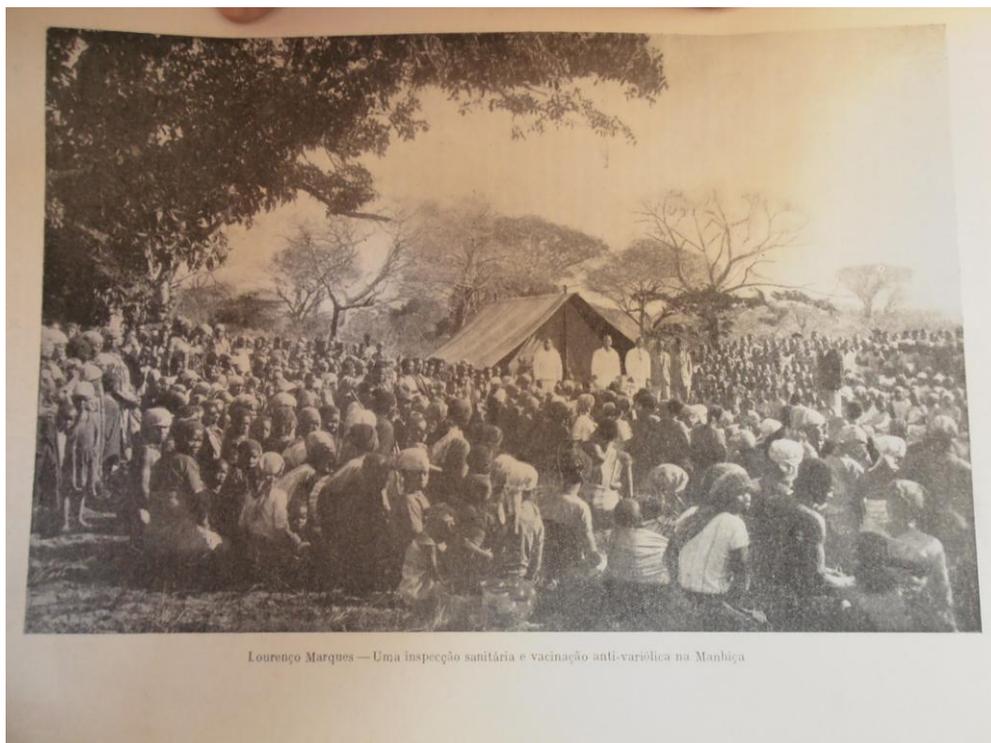
2.4 Hospital Miguel Bombarda, Lourenço Marques - Enfermaria para indígenas.

(Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1928 e 1929: 1930, p.3.)



Hospital de Moçambique — 4.ª enfermaria para indígenas — Cirurgia

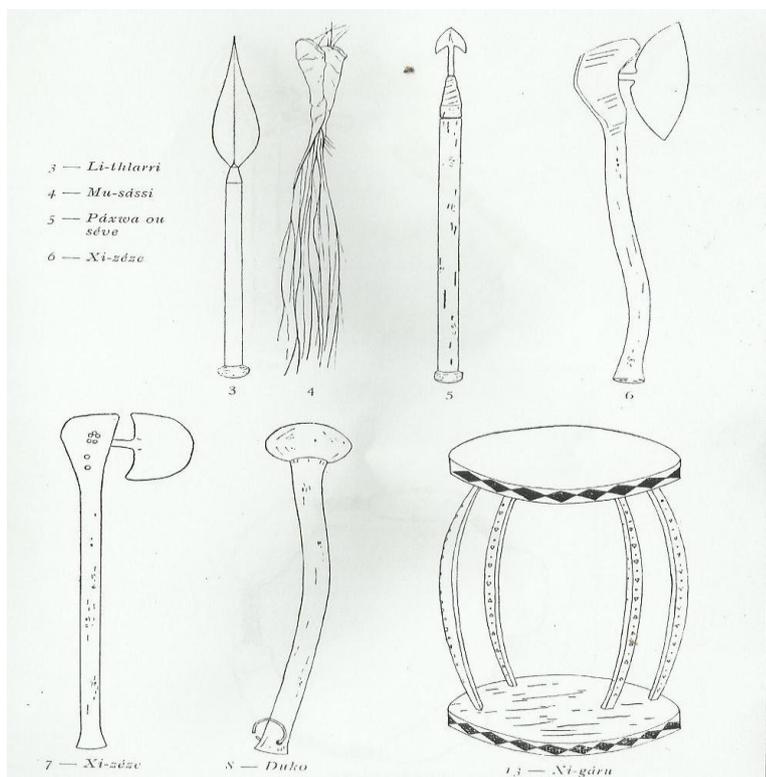
2.5 Brigada sanitária móvel. Manhiça. (*Relatório dos Serviços de Saúde dos anos de 1928 e 1929*: 1930, p.143.)



Anexo 3 – Mulheres e crianças a buscar água. Em segundo plano uma palhota. (Fotografia cedida por António Rita-Ferreira. Moçambique, 1969)



Anexo 4 – Instrumentos de trabalho do médico tradicional (PEIXE, Júlio dos Santos. Ligeiros apontamentos sobre a curandice espírita entre o povo Ba-Tswa. In: Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique. Lourenço Marques, ano XXXI, nº 130, janeiro a março, 1962, 24 – 31)



3 – Li-thlarri – azagaia zulo.
 4 – Mu-sássi – rabo de boi-cavalo.
 5 – Páxwa ou seve – lança com ponta de flexa.
 6 – Xi-zéze – machadinha triangular.
 7 – Xi-zéze – machadinha semi-circular.
 8 – Duko
 13 Xi-gáru – banco-mocho.
 Legenda do autor
 (PEIXE:1962)

