

# Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX\*

*Disease and cure in Mozambican health service reports from the end of the nineteenth century*

Ana Cristina Roque

Investigadora, Centro de História/  
Instituto de Investigação Científica Tropical.  
Rua da Junqueira, 30  
1349 007 – Lisboa – Portugal  
ana.roque@iict.pt

Recebido para publicação em julho de 2012.  
Aprovado para publicação em maio de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000200006>

ROQUE, Ana Cristina. Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX.

*História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.515-537.

## Resumo

Nos finais do século XIX, os relatórios dos serviços de saúde compõem um repositório de informação sobre as principais enfermidades em Moçambique e os impactos da sua frequência, bem como sobre os procedimentos e métodos no combate à doença, num quadro regional cuja descrição remete para um conhecimento alargado das características e potencialidades dos vários distritos e das condições de vida da população. Este artigo evidencia que estes relatórios constituem um espaço privilegiado não só para o estudo do processo de implantação do poder colonial português em Moçambique, como para o estudo da medicina tropical numa perspectiva que tenha em conta as condições específicas do território e que enquadra historicamente a problemática da doença e da cura.

Palavras-chave: Moçambique; serviços de saúde; biomedicina; medicina tradicional.

## Abstract

*In the late nineteenth century, health service reports constituted a repository of information on the main diseases in Mozambique and the impacts of their frequency, as well as on the procedures and methods used to fight disease within a regional framework whose description indicates a broad knowledge of the characteristics and potentials of the various districts and of the living conditions of the people. The objective of this article is to highlight that these reports constitute a privileged source not only for the study of the process of cementing Portuguese colonial rule in Mozambique, but also for the study of tropical medicine from a perspective that takes into account the specific conditions of the region, and which provides historical information on the analysis of the problems related to disease and cure.*

*Keywords: Mozambique; health services; biomedicine; traditional medicine.*

A história da fixação portuguesa em Moçambique foi, desde sempre, marcada pela luta contra os muitos males e maleitas que afligiam os que ali se estabeleceram desde o século XVI e que nem sempre sabiam como curá-los. O atraso na chegada das boticas do reino e a ineficácia de boa parte dos seus preparados e medicamentos levaram a que desde logo se procurassem alternativas, designadamente o uso de plantas e ervas medicinais locais, ainda que sem incentivos oficiais e sempre com alguma suspeita, apesar da reconhecida necessidade de recorrer a tais expedientes.

Essa história, porém, está ainda por fazer. Não só não abundam os documentos que versam explicitamente essa matéria, como os que existem nem sempre oferecem facilidade para identificar ou expurgar ideias preconcebidas relativas ao recurso a métodos e práticas cientificamente condenáveis (no caso do uso de mezinhas e remédios locais) ou às dificuldades de implantação dos portugueses em Moçambique e à necessidade do reconhecimento da sua autoridade e soberania na região.

Naturalmente ambas as situações são falhas de homogeneidade tanto em termos espaço-temporais, como em termos comportamentais, sobretudo por parte de quem, no terreno, se dividia entre o cumprimento das obrigações de ser português, portador de princípios e práticas do velho mundo considerados inquestionáveis e, sem deixar de ser português, mostrar o quão importante era a capacidade de adaptação e o ir ao encontro de soluções locais de que, quase sempre pelo menos do século XVI ao XVIII, dependia a própria sobrevivência.

### **Fixação dos portugueses em Moçambique *versus* conhecimento do território: doença, cura e recursos medicinais**

Desde o estabelecimento dos portugueses em Sofala, em 1505, tornam-se recorrentes as viagens de exploração dos rios e ao longo da costa na tentativa de providenciar o abastecimento, sempre deficitário, necessário às gentes da feitoria. E não se pense que abastecimento era exclusivamente sinónimo de bens alimentares, em sentido estrito, pois frequentemente, entre as compras, se “apartavam” logo frutos e raízes específicos destinados aos doentes, permutados pelas melhores fazendas em depósito nos armazéns da feitoria. As dificuldades no aprovisionamento regular da botica do reino, que contribuía para a pouca saúde das gentes da feitoria, tentavam compensar-se com uma alimentação que evitasse ou atenuasse a frequência de alguns males mais comuns, ou recorrendo a práticas ancestrais ligadas ao uso milenar de plantas, ditas medicinais, que decorrem do conhecimento e relação do homem com a natureza.

A ideia de uma alimentação equilibrada e saudável preside, aliás, às muitas correntes do pensamento filosófico e científico que se dedicaram ao estudo do homem, da saúde, da medicina e que defendiam ser a doença resultado da falta de equilíbrio de vários fatores, entre os quais o clima, a alimentação e o tipo de vida. De Hipócrates (séculos V-IV a.C.) e Galeno (séculos II-III) a William Buchan (1729-1805) e John Brown (1735-1788), o peso de cada um desses fatores variou, mas seu contributo era inegável.

Conhecedores ou não das doutrinas mais recentes no domínio da prática médica e terapêutica e das influências fastas ou nefastas a que poderiam estar sujeitos em Moçambique,

os portugueses que ali se estabeleceram no século XVI começaram a recorrer com frequência a alguns frutos frescos, ervas e plantas locais cujo consumo regular apresentava bons resultados.

Os citrinos, nos casos de escorbuto e febres ligeiras associadas a constipações, e o coco, de múltiplas utilizações – a água como diurético e antidiarreico, porque protege a flora intestinal, o leite de coco em caso de ataques de asma –, foram desde logo eleitos como indispensáveis à saúde das gentes da feitoria sendo que, no caso do coco, o seu óleo veio ainda a revelar-se fundamental como desinfetante e cicatrizante no caso de feridas ligeiras. Aliás, para lavagens e como desinfetante usou-se igualmente a infusão de hera, fazendo apelo a saberes ancestrais, também dos portugueses, e que aqui foram reconhecidos, facilitando a aproximação aos usos e costumes de uma terra que, desse modo, se lhes tornava menos distante.

Essa primeira aproximação aos recursos locais e à sua utilização com fins terapêuticos constituiu também um aspeto significativo da relação ciência/saber empírico, que assumiu particular relevância nos territórios coloniais ultramarinos e se traduziu num permanente antagonismo entre a aplicação da prática médica europeia e o recurso aos remédios locais, às práticas de cura tradicionais e à experiência de um quotidiano que, não raro, as revelava eficazes.

Um dos exemplos mais significativos desta situação é, justamente, o tratamento do escorbuto – ou “mal de Luanda” – que tanto afetava os marinheiros e viajantes após longos períodos passados no mar e que, uma vez chegados a terra, recorriam ao consumo de frutos frescos, especialmente citrinos, para se recuperar do mal que tanto os atormentara. A experiência mostrava o quanto essa prática era eficaz. Porém, ainda que testemunhado o seu êxito, esta era criticada e mesmo desaconselhada por físicos e cirurgiões que a consideravam pouco saudável, chegando mesmo, no século XVIII, a proibir o consumo de frutos frescos, sobretudo dos mais ácidos, a quem padecesse desse mal.

Não exclusiva desta doença, esta proibição recaía sobre muitas outras patologias diagnosticadas, devendo ser igualmente observada por todos os que, estando com saúde, as quisessem evitar. E isso porque os frutos frescos não podiam ser senão nefastos, sobretudo quando crescendo numa terra cujo clima quente e insalubre constituía, de par com uma alimentação deficiente, uma das principais causas das inúmeras doenças que proliferavam no espaço africano.

Por sua vez, do progressivo conhecimento do território e da interação com as comunidades que o habitavam, resultou, ainda no século XVI, a recolha de informação sobre outras plantas, ditas medicinais e cuja eficácia foi sendo comprovada no tratamento de outras doenças que, de par com as múltiplas “febres”, afetavam muitos dos europeus. Entre elas, os problemas gastrointestinais, as diarreias e disenterias, as infeções respiratórias e as do foro geniturinário constituíam ameaça à saúde e ao bem-estar dessas gentes, pondo em risco a implantação do projeto imperial português na região.

Assim, pelas costas e sertões de Sofala, se “descobriram” a calumba (*Jateorhiza calumba* ou *Jateorhiza palmata*) e a batatinha da mixonga para curar febres, digestões difíceis, diarreias e disenterias, e a raiz de abutua (*Cissampelos pareira*), também chamada raiz da febre ou do fastio (Miranda, 1955, p.235), para aplicar nos inchaços, deslocações e fraturas quase incuráveis, acalmar febres e resolver fastios, de par com muitas outras ervas de diversas virtudes curativas, que afastavam e protegiam de animais, permitindo a cicatrização de feridas profundas, e uma

panóplia de unguentos “todos em azeite, de mamono que vulgarmente lhe chamam nesta África, Mono e em outras partes figueira-do-inferno, das suas frutas ... redondas com seus espinhos por fora ... se faz o azeite, propriamente como na América, e lhe botam no mesmo as raízes preservativas do veneno (e) outras para as dores” (Miranda, 1955, p.236).<sup>1</sup>

E porque as mezinhas locais não eram exclusivamente de origem vegetal, a fauna da região começou também a ser objeto de alguma atenção. Assim, além dos possíveis aproveitamentos comerciais, rinocerontes, gnus e hipopótamos foram alguns dos animais que, no contexto da problemática doença/cura, despertaram particular atenção porque forneciam ingredientes fundamentais usados pelos curandeiros locais na preparação de receituários tradicionais. O rinoceronte (*Diceros bicornis*), vulgarmente designado por abada, era procurado pela sua “ponta”. As raspas da “ponta da abada” eram usadas na preparação de poderosos antivenenos, enquanto as unhas do pé esquerdo do gnu (*Connochaetes taurinus*), conhecido por gran besta, eram tidas como remédio eficaz contra muitos acidentes.

Por sua vez, o hipopótamo (*Hipopotamus amphibius*), então designado cavalo-marinho, era, de todos eles, o que se apresentava com maior e mais diversificado espectro de atuação. Os dentes eram considerados excelentes para estancar sangue; as duas pedras da cabeça e as unhas dos pés e das mãos, usavam-se em compostos contra as diarreias; o priapo era usado contra as gonorreias; e a própria pele, depois de seca e em tiras, quando aplicada sobre o ventre de mulher grávida, tinha fama de facilitar os partos.

Desse modo, em torno deste conjunto de produtos silvestres, de origem vegetal e animal, estruturavam-se saberes e práticas terapêuticas que associavam poderes mais ou menos mágicos atribuídos a certos animais e plantas, refletiam a cosmogonia das sociedades locais e atestavam a persistência e a importância da ligação e interação homem/natureza no quotidiano das comunidades africanas que os portugueses contactaram, na costa oriental africana, a partir da viragem do século XV (Roque, 2012a).

Desse contato e da interação que dele resultou, foi possível adquirir um conhecimento progressivo da fauna e da flora locais, das suas propriedades medicinais e das práticas fitoterapêuticas a elas associadas, nas áreas em que a presença portuguesa era mais significativa. Desde meados do século XVIII, alguns desses “remédios” eram não só comprovadamente utilizados pelos europeus que ali viviam, como tinham passado a integrar os circuitos comerciais dominados pelos portugueses no Índico, tornando-se também habituais nas boticas dos hospitais da Índia portuguesa (Roque, 2001).

No primeiro caso, as referências polarizavam-se em torno do uso da raiz de calumba, em cozimentos (Livro..., 1820), e da de abutua em diversas formas de preparação. A elas acresciam o óleo de elefante, o maná, a batatinha da mixonga, os frutos de espinho, as unhas de gran besta e as pedras de cavalo-marinho – todos eles objeto de trato comercial intercontinental, comuns nas listas de medicamentos solicitados a Moçambique para provimento da botica do Hospital Real de Goa (Relação..., 19 jan. 1790) e nas boticas dos principais hospitais, em que podiam ser vendidos ao público (Preçário..., 8 jan. 1846).

Nesse contexto, apesar de a raiz de abutua surgir como uma das mais reconhecidas raízes medicinais de origem africana, como bem testemunha frei Rolim de Santa Rita na segunda metade do século XVIII – “Que nesta Ilha Império de Xangamire está uma serra chamada de Butua, por causa das muitas raízes de butua que os naturais extraem da sua vizinhança,

e a vendem aos portugueses de Sena, e estes aos boticários de todo o mundo: verdade é esta que sabem todos os brancos, e pretos que lá foram, ou falaram com os que lá estiveram e até com as farmacopeias dos boticários se prova” (Relatório..., post. 1750, fls.2v.-3), – é a calumba que, entre finais do século XVIII e inícios do XIX, parece constituir um dos artigos mais procurados do comércio bananeiro, a partir de Moçambique, pela frequência dos pedidos de licença para deslocações ao interior especificamente para sua aquisição (Moçambique, 1783-1802).

Efetivamente, ainda que não se possa considerar posição oficial, o recurso aos “remédios” locais, tanto pela falta de outros quanto pelo reconhecimento da sua eficácia, foi ponderado por alguns dos governadores de Moçambique, como Francisco de Mello e Castro – “Por falta de Botica e não de Cirurgião que podia mandar um dos que vieram na Galera de Portugal que aqui fica sem emprego certo, mas desassistido de medicamentos, me parece incivil mandá-lo porque não há-de curar com as raízes da terra, de que não tem conhecimento nem prática e a providência que eu tenho dado deste meio a outros presídios para conservação das vidas e remédio da saúde aos que os compõem” (Carta..., 20 abr. 1757) – e tido em consideração pelo próprio Conselho Ultramarino que, no início do século XVIII, em face da impossibilidade de enviar cirurgiões e físicos para os sertões de Massangano, aconselhava a reparação daquele hospital, para que se pudesse “curar nele ... com os remédios da terra, por que muitas vezes mostra a experiência que assim [os doentes] se livram melhor dos perigos, do que se fossem curados com a arte” (Documentação..., 1939).

A partir do século XVIII, e na sequência das expedições científicas preconizadas pelo Iluminismo europeu, procurou-se o enquadramento científico deste “saber de experiência feito”. Em alguns casos, procedeu-se a recolhas de informação de forma mais sistemática, considerando-se mesmo, em algumas situações, o estudo das propriedades terapêuticas das plantas identificadas, tendo em vista a possível validação de suas propriedades, enquanto noutros casos se avançou com os primeiros ensaios de herborização e registo minucioso de suas características (Liesegang, 1966), a identificação dos locais de ocorrência e *habitat* específicos (Roque, 2001, 2012b) ou a indicação precisa da forma como foram preparadas as amostras recolhidas (Silva, 1883; ver Figura 1). Essas práticas foram levadas a cabo com alguma dificuldade devido à falta de profissionais qualificados, aos custos elevados que envolviam essas missões e às incipientes presença e autoridade portuguesas no território. E talvez pelas mesmas razões, este trabalho de reconhecimento e pesquisa foi muitas vezes deixado por mãos alheias, em particular dos ingleses que, no início do século XIX, vindos do Cabo, andavam pelos sertões da Madanda, a sul de Sofala, “a fim de herborizarem e adiantarem os conhecimentos de História Natural” (Carta..., 25 jan. 1810).

Neste contexto, o investimento que foi possível fazer não teve resposta em termos de resultados e, apesar da muita insistência dos que, conhecendo os remédios da terra, consideravam a importância da sua validação e a possibilidade de ela vir a viabilizar o uso daqueles em face da falta constante de medicamentos nos hospitais, não houve, por parte do poder português, qualquer incentivo nesse sentido.

Ainda assim não foram poucos os que, como Salis de Celerina ou Filipe de Barros, persistiram em enviar amostras de plantas medicinais locais, de comprovada eficácia no tratamento de algumas doenças específicas – “remeto uma amostra de ‘Xibaca’, empregada

contra a matuniça, e uma amostra da nossa salsaparrilha vinda de Inhambane, bem como a raiz contra a Ítaca, chamada Mazangalala” (Celerina, 6 set. 1847) – e que consideravam capazes de suprir as permanentes faltas de medicamentos de uso mais geral e comum: “nesta vila [Sena] há algumas malvas que se assemelham às de Portugal, há arbustos denominados Pau-pereira, que é um ativíssimo amargo, que em meu entender substitui a cássia” (Barros, 25 dez. 1845).

Porém, e como consequência da falta de resposta ou recetividade a estas possíveis alternativas, persistiu a falta de medicamentos nas farmácias, e os farmacêuticos em serviço, vindos do reino ou de outras partes do Império, desconheciam como supri-la, mesmo quando as gentes da terra, portugueses ou naturais, sabiam como fazê-lo recorrendo a saberes antigos que a prática há muito validara.

*Nota da dispensa feita ao apontamento dos sumidos capixas cons...*

Ordem numérica de	Espécie	Nome	Quant. para cada que foram as doses			Medic. para de outros as a...	Para a dose de cada amostra de cada remédio			Quant. total de...	
			Aguardente	...	...		Aguardente	...	...		
1º	1	Mhambaraja	1	300	1125	1	425	1	300	500	800
	2	elluanga	"	"	1095	1	095	2	600	"	600
	3	gochi	1/2	150	910	1	050	1	300	500	800
	4	ellussani	1	300	1950	2	250	2	600	200	800
2º	5	guruja	1	300	1950	2	250	2	600	"	600
	6	...	1/2	150	1380	1	530	1	300	300	600

*Quant. das amostras...*

Figura 1: Excerto da folha em que se dá conta dos produtos, e respectivas quantidades, utilizados na preparação das amostras de plantas recolhidas (Silva, 1883)

### A implementação dos serviços de saúde

No último quartel do século XIX, a implantação e a atuação dos serviços de saúde vêm acentuar, de algum modo, o desfazamento entre este saber acumulado e um modo de funcionamento que assenta na imposição de valores e modelos ocidentais que parece ignorá-lo. Doença e cura, diagnóstico e tratamento continuavam a ser problemas por resolver, persistindo abordagens e metodologias díspares que revelavam diferentes tipos de saber, conhecimento e “cientificidade”, sugerindo mesmo um imenso distanciamento de tudo o que a experiência havia ensinado ao longo de três séculos.

A história da implantação dos serviços de saúde nas colónias e, no caso específico, em Moçambique, é atribulada, marcada por reformas sucessivas que, desde o primeiro quartel do século XIX, acompanham não só as vicissitudes de implantação e regulamentação dos mesmos serviços na metrópole (Viegas, Frada, Miguel, 2006, cap. 1 e 2), como as da própria implantação do sistema colonial (Figura 2).

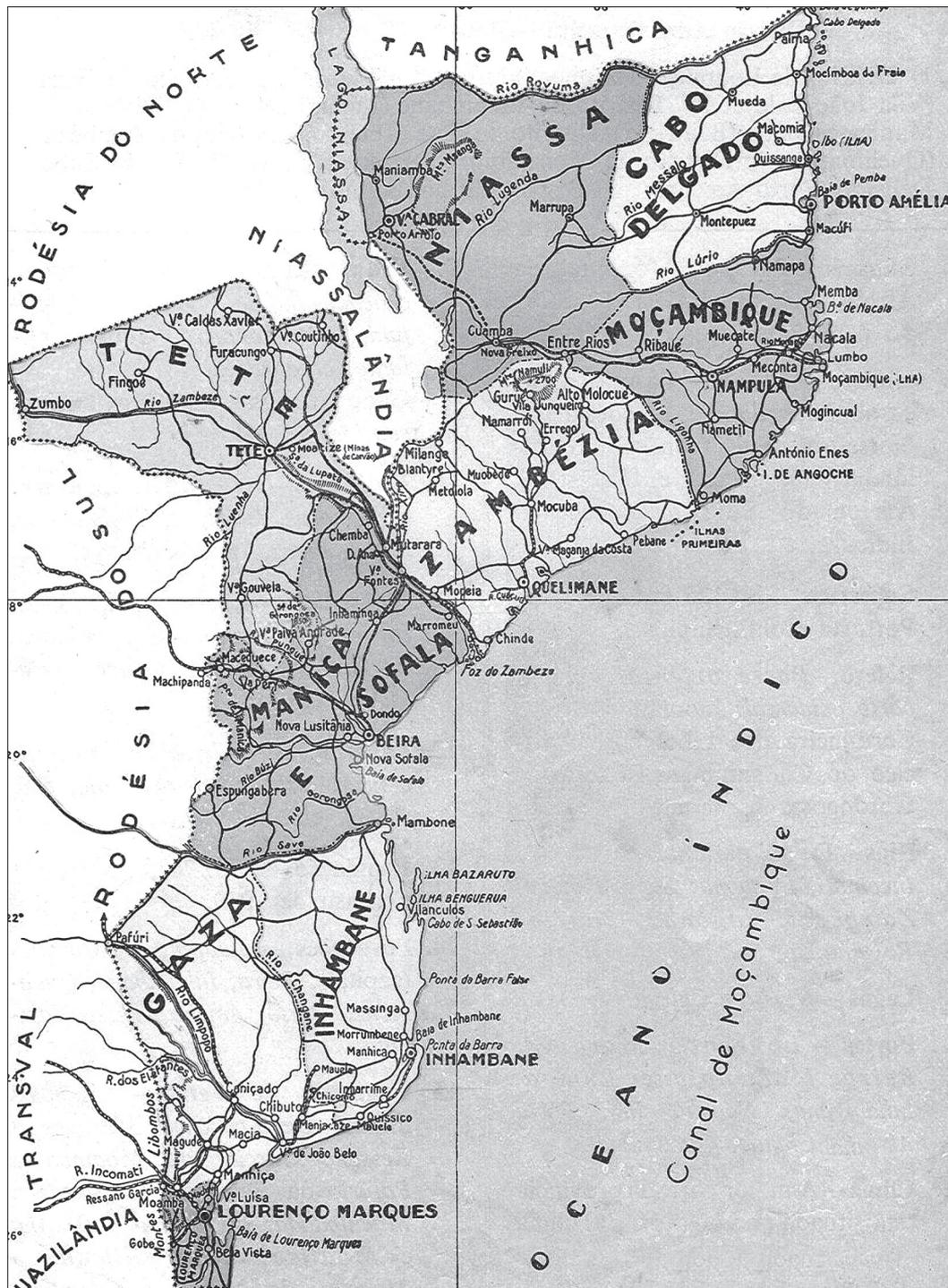


Figura 2: Mapa de Moçambique colonial (<http://img140.imageshack.us/img140/4558/01mocambiqueaz4.jpg>)

Importa referir que o estabelecimento desses serviços, bem como toda a conceptualização que lhe preside tanto em termos organizacionais como em termos do conceito de doença e da prática médica, se inscreve num quadro que se propõe adaptar aos trópicos preceitos e concepções ocidentais, cuja implementação nem sempre se mostrara fácil ou viável e que se torna necessário considerar quando se analisa o seu estabelecimento e atuação. Acresce ainda nem sempre ser tido em conta que o modelo de organização e funcionamento que nos propúnhamos exportar era o que se conhecia e supostamente funcionava em Portugal; sendo que no século XIX, muito dificilmente poderíamos exportar o que não tínhamos ou desconhecíamos. Mesmo os possíveis e eventuais ensaios de modelos inovadores radicavam-se em princípios e pressupostos que tinham por base a realidade portuguesa, a que se acrescia alguma experiência histórica adquirida nos trópicos.

Em Portugal, em meados do século XIX, os Serviços de Saúde Pública eram incipientes (Viegas, Frada, Miguel, 2006, cap. 1). Data do último quartel do século XVII a interdição de práticas médicas e fitoterapêuticas a quem não tivesse habilitação legal para realizá-las, e essa habilitação só foi de facto regulada entre 1782, com a Criação da Junta do Protomedicato (Carta de Lei de 17 de junho de 1782), e 1809. Apesar dos muitos avanços e tentativas de acompanhar o desenvolvimento científico da época, atestados pela criação das Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e Porto em 1825, e posteriormente das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto em 1836, a medicina continuava a ser considerada por muitos como “um misto informe de ideais inexatas, de observações pueris, de meios ilusórios, de fórmulas tão bizarramente concebidas como fastidiosamente coligidas, não tendo princípios fixos, sendo a sua terapêutica apenas uma coleção de hipóteses imaginadas pelos médicos em todos os tempos” (Saldanha, 1858, p.144).

Já no que respeita aos trópicos, apesar do triunfo do racionalismo e da experimentação, e das muitas inovações no domínio da teoria e práticas médicas, prevalecia para muitos a ideia, enunciada por Ribeiro Sanches em 1756, de que o calor elevado provocava o aparecimento das doenças.

Os efeitos do grande calor do Ar, ou dos lugares tão quentes como o nosso corpo são causar enfermidades, ou doenças: dissipam-se os humores mais subtis; saiem pela transpiração, pelo suor, e pela urina em abundância: fica o sangue seco, térreo e espesso, geram-se enfermidades melancólicas, lepra, vômitos pretos, câmaras de sangue; e febres ardentes se este calor demasiado se juntar com sufocação do Ar então apodrecem todos os humores, e pode causar mesmo a peste (Sanches, 2003, p.5).

Não cabe aqui explorar esta ou outra das muitas teorias que procuraram explicar cientificamente a origem das doenças e das práticas médicas a elas associadas. Contudo, importa referir que esta ideia pressupunha uma ligação muito estreita das doenças tropicais com a climatologia específica dessas regiões e, independentemente de tudo o que a investigação científica desenvolvia no sentido dos avanços da medicina e das terapêuticas, a medicina que se implementava nos trópicos dava como adquirida essa ligação, como bem demonstram todos os relatórios e boletins sanitários elaborados em Moçambique a partir de 1835. Pode mesmo dizer-se que, a partir de 1890, em boa parte destes documentos, o primeiro ponto a abordar era justamente o da climatologia, que não só se apresentava como condicionante do quadro nosológico mensal:

A climatologia principiou a modificar-se, entrou-se no período das grandes chuvas e do intenso calor ... é um crescer de causas nocivas e um diminuir de energias individuais. (Moçambique, out. 1898)

Com o abaixamento da temperatura, que é muito sensível, pela manhã e à noite, foram frequentes as doenças dos órgãos respiratórios sendo, sobretudo, os indígenas atacados de pneumonia, que toma todas as formas e caracteres e que, algumas vezes, assume gravidade que causa a morte (Lourenço Marques, jun. 1899).

como, em termos mais gerais e enquadrantes, quando se elaboravam sínteses, as trimestrais ou anuais:

#### 1. Climatologia.

A climatologia do 4º trimestre de 1896 é acentuadamente desfavorável à Saúde. Esta pertence ao período denominado estação quente e chuvosa. As chuvas, no entanto não foram abundantes, o calor é que aumentou de uma forma considerável. A pressão atmosférica diminui e todos os outros elementos meteorológicos se modificaram de modo a agravarem as condições nosológicas desta região. É escusado dizer que o organismo dos europeus é que paga o maior tributo no acréscimo do número de doenças de todos os géneros e, sobretudo das que especialmente pertencem à nosologia do país. Para não mencionar outros fatores, basta analisar as modificações sofridas pela temperatura e pela humidade atmosférica cuja ação sobre o organismo é de sobejo conhecida.

...

Mais do que nos países temperados, a ação especial que sobre o organismo humano exercem as estações imprime nestas regiões insalubres um abalo tão evidente e tão sensível que todo o movimento nosológico ... se exacerba ou diminui conforme se aproxima a estação quente e chuvosa ou a quadra seca do ano (Relatórios..., 1896-1897).

As doenças que se observam constantemente e com grande persistência são as febres palustres manifestadas sob diferentes tipos e revestidas algumas vezes de gravidade. Especial destaque é dado à febre biliosa hematórica, resultante da conjugação de dois elementos – clima que afeta a função hepática e o palustre (Relatório..., 1891).

Porém estes mesmos relatórios deixam transparecer também que a experiência dos trópicos revelava haver todo um conjunto de outros fatores, mais ou menos relacionados com o clima, que tinham um peso extraordinariamente relevante no quadro nosológico de Moçambique e que poderiam facilmente ser controlados pelo homem. Razão por que deveriam constituir objeto específico de atenção e análise, pois poderiam melhorar consideravelmente o estado de saúde da província e, desse modo, não só potenciar o seu desenvolvimento, como justificar a criação de uma escola de medicina tropical que os estudasse. A escola viria, de facto, a ser fundada em Lisboa, em 1902, mas não cabe aqui analisar o seu papel e desempenho na construção e desenvolvimento de uma medicina tropical.

A reflexão sobre o contributo e a articulação desses vários fatores é um dos aspetos particulares destes relatórios, senão sua própria essência, e radica-se na legislação que os enquadra, uma vez que as sucessivas portarias e decretos promulgados entre 1835 e 1869 não só definem (e redefinem) os diversos aspetos relativos ao quadro de pessoal de saúde das então províncias ultramarinas como impõem uma matriz comum a todos os relatórios que, obrigatoriamente, deviam ser produzidos.

Elaborados pelos facultativos em serviço na província e, depois de 1868 (decreto de 3 de dezembro), pelos chefes de serviço de saúde, estes relatórios (anuais, trimestrais e mensais) deveriam informar não só sobre o andamento dos serviços e as suas condições (pessoal médico, farmácia, movimento de doentes, doenças e tratamentos, estado do hospital), como sobre os possíveis melhoramentos a introduzir nos serviços e nas instalações, e ainda prover informação detalhada sobre a região, as suas características e os seus recursos, as populações e os seus usos e costumes, designadamente sobre práticas fitoterapêuticas e a medicina tradicional,<sup>2</sup> de modo a providenciar o “devido conhecimento do estado da Saúde das Províncias Ultramarinas ... tanto pelo que respeita ao pessoal dos Facultativos, estado das Boticas, dos Hospitais, e seus movimentos, e melhoramentos, ou reformas ..., o seu curativo, mortalidade, e mais circunstâncias, que possam regular e providenciar que o Governo de Sua Majestade a Rainha, tenha de empregar em benefício daqueles Povos” (Lúcio, 1890, p.41).

É certo que muitos foram os que não cumpriram essas diretivas e se limitavam a dar informações sucintas sobre o estado dos seus serviços, aludindo razões de natureza variada, dentre as quais se destacam a falta de competências, a impossibilidade de deslocação, o muito serviço a que tinham de dar resposta e a necessidade de definir prioridades ou simplesmente o desconhecimento total de uma região a que tinham acabado de chegar (por exemplo, Relatório..., 26 abr. 1878). Muitos, porém, foram os que levaram a sério essa incumbência de informar, de modo quase enciclopédico, tudo o que dizia respeito à região em que estavam a trabalhar (Roque, 2001, 2012b), de que resultou, aliás, um *corpus* documental riquíssimo que não só considera a problemática da saúde/doença e da implantação dos serviços de saúde em Moçambique, como a extravasa completamente, remetendo-nos quer para a história da implantação do sistema colonial, quer para questões tão atuais como a biodiversidade, as alterações climáticas e a própria história ambiental.

Não cabendo aqui a análise exaustiva da informação que esse tipo de documentação providencia, concentrar-nos-emos apenas em alguns dos aspetos mais especificamente ligados à problemática doença/cura em Moçambique.

### **Doenças, hospitais e farmácias**

Se excetuarmos as doenças introduzidas e que rapidamente se tornavam epidémicas, como a varíola, o sarampo e as bexigas, as que proliferavam com o desenvolvimento urbano e o aumento da emigração, como a sífilis e outras doenças venéreas, ou ainda as que embora reconhecidas não mereceram inicialmente muita atenção, como a lepra e a sarna, as doenças mais relevantes que se enumeram no século XIX são, basicamente, as mesmas que se haviam identificado antes e para as quais três séculos de ensaios e experiências no sentido de seu tratamento não parecem ter trazido grandes resultados.

Todas as formas de febres palustres e suas conseqüências, os problemas gastrointestinais, as diarreias, as disenterias, as doenças infecciosas do foro geniturinário e do aparelho respiratório marcam presença, em maior ou menor grau, em todos os relatórios dos serviços de saúde, recaindo invariavelmente a sua explicação em seis causas fundamentais: o clima e a insalubridade da terra, a alimentação deficiente, a ausência de princípios de higiene, a promiscuidade e os maus costumes, a falta de planeamento e de saneamento dos núcleos urbanos.

Às doenças recorrentes acrescem pontualmente outras, como a cólera, a peste bubónica, a “pulga penetrante”, a dengue e a tuberculose, que, atendendo às condições específicas da região, se expandem com grande rapidez dando origem a surtos epidémicos de difícil controlo, que chegam a ter impacto tão ou mais significativo do que as “febres palustres” e que, por isso, devem ser consideradas muito importantes, mesmo quando não constam explicitamente dos mapas nosológicos regularmente elaborados pelos hospitais.

Eram sobretudo essas doenças que “perturbavam” o estado sanitário dos distritos “Durante o ano de 1905 o estado sanitário da Ilha de Moçambique e do continente fronteiro foi apenas alterado pelo aparecimento de uma epidemia de febre dengue que, embora de forma ligeira teve uma longa expansão” (Delegação..., 1905).

Em situação normal, mesmo quando “perturbada” por maior fluxo de doentes, os quadros nosológicos articulavam-se com as condições sazonais específicas ou com maior procura dos serviços pelos militares envolvidos nas campanhas de ocupação do território e que muito contribuíam para aumentar o número de doentes nos hospitais.

Regra geral, a estação quente e chuvosa via aumentar as febres palustres de todos os tipos, enquanto a estação fria e seca era propícia ao desenvolvimento de doenças do foro respiratório. Aquelas atacavam principalmente os europeus, e estas, os naturais da terra. Os problemas gastrointestinais, as diarreias e as doenças venéreas eram uma constante menos dependente da estação, sendo as últimas uma verdadeira “praga”, de controlo praticamente impossível, devido à prática da prostituição generalizada, sobretudo nas áreas urbanas ou de maior concentração populacional.

Porém, a mortalidade estava sobretudo relacionada com as doenças infecciosas, entre elas a tuberculose, que em 1905 continuava a ser uma das “principais doenças com taxas de mortalidade significativas” no distrito de Moçambique (Delegação..., 1905).

Às condições climáticas que se apontavam como causa primeira de todas as doenças juntavam-se, em quase todos os distritos, a falta de saneamento e higiene públicas, a proximidade de pântanos, a ausência de esgotos e a acumulação de lixo nas ruas, a má qualidade da água e da alimentação, a promiscuidade em que a maioria da população vivia... Todos esses fatores concorriam para pôr em perigo a saúde dos habitantes e dificultar a ação dos serviços de saúde e a implementação de medidas visando a melhoria da saúde pública. Toda a intervenção proposta nesse sentido teria de ser conjugada com outros sectores da administração da colónia e do governo central e envolveria, necessariamente, verbas avultadas para que se pudesse proceder à drenagem de pântanos, ao tratamento, armazenamento e canalização da água e demais obras públicas necessárias, bem como a toda uma política social que permitisse à população local sentir e interiorizar as vantagens resultantes da alteração de algumas das suas práticas quotidianas.

Neste quadro referencial, os hospitais funcionavam com muitas dificuldades. Quase tudo faltava, senão mesmo tudo, como no Hospital do Chinde que, segundo o boletim sanitário de novembro de 1900, não tinha camas nem roupas nem remédios e que por isso não podia assistir aos muitos doentes “de 1ª classe, estrangeiros, vindos do interior que não puderam ser recebidos” (Hospital..., nov. 1900); ou a enfermaria de Cabo Delgado, constituída por um único compartimento, sem luz, sem ventilação nem condições de higiene e que, por não inspirar

“confiança aos doentes que quisessem tratar-se nelas [funcionava] numas casas fora da praça [esperando-se que] fiquem prontas outras de nova construção adequada” (Ibo, 31 dez. 1877).

E quando de equipamentos não se falava, era do estado de degradação das instalações, como no caso do Hospital de Moçambique que, nos finais do século XIX,

causava horror quando se transpunham os seus umbrais! Quando se percorriam aquelas casas escavacadas, de paredes húmidas e limosas, com janelas e portas que davam livre acesso às intempérides dos tempos, com terraços fendidos e recurvados chovendo em todos os pontos como se fora na rua e em que se tratavam homens enfermos. Tinham já desabado dois pavimentos que teriam causado muitas vítimas se a providência não tivesse anunciado primeiro o desastre e dado tempo preciso para serem removidos a toda pressa (Relatório..., 26 abr. 1878).

Os melhoramentos verificados na viragem do século XIX tentaram dar resposta a este estado lastimoso em que se encontravam instalações e equipamentos, apostando-se igualmente na construção de novos pavilhões e farmácias, de enfermarias próprias para a quarentena requerida por algumas doenças e de lazaretos e gafarias para albergue e tratamento de leprosos, cujo número de casos parece ter aumentado no final do século XIX.

Em 1899, por exemplo, Lourenço Marques já tinha instalações próprias para o isolamento e tratamento dos casos de lepra, bem longe de hospital central, ainda que na opinião de Galhardo Barreiros, delegado de saúde e facultativo de primeira classe, persistisse a necessidade de “solicitar dos poderes públicos medidas especiais para ... instalação e tratamento” dos doentes (Lourenço Marques, ago. 1899). O tempo revelará a falta da resposta esperada, sendo que o mais problemático não terá sido tanto sua ausência, mas o facto de estas mesmas instalações terem, posteriormente e de forma recorrente, sido partilhadas por outros doentes, com outras patologias infecciosas, mas que, por falta de lugar onde pudessem ficar isolados, eram ali instalados. Note-se que o problema do isolamento nos casos de doenças infecciosas foi recorrente desde meados do século XIX (Mapa..., 1859) e de difícil resolução, persistindo ainda em quase todos os distritos no início do século XX (Delegação..., 1905).

Já em 1901 se propunha um novo hospital para Angoche (Figura 3), enquanto o Sanitário do Chinde fora reconstruído e reequipado, segundo modernas normas de higiene e segurança, apresentando-se no relatório anual a planta das novas instalações e a descrição detalhada das obras efetuadas (Sanitário..., 1901).

Contudo, dois anos depois, o Hospital de Chinde revelava-se pequeno e sem capacidade de dar resposta a uma situação de peste generalizada, começada nas instalações destinadas aos empregados europeus da African Lakes Cia., onde foram encontrados vários ratos mortos. A epidemia tornou-se de tal forma generalizada e incontável que a administração local, apelando ao envolvimento da população, pagava 20 réis por cada rato morto apresentado na intendência (Delegação..., 1905), pois as medidas habitualmente adotadas nessas situações – “destruir pelo fogo as povoações onde apareça algum caso e o emprego de vários desinfetantes” (Lourenço Marques, ago. 1899), em geral “água sublimada a 1.100 e os vapores de ácido sulfúrico” (Lourenço Marques, dez. 1897) – revelavam-se manifestamente insuficientes para controlar a epidemia.

Situações como essa remetiam também e desde logo para a necessidade urgente de estabelecer serviços de desinfecção e quarentena que, no final do século XIX, ainda careciam

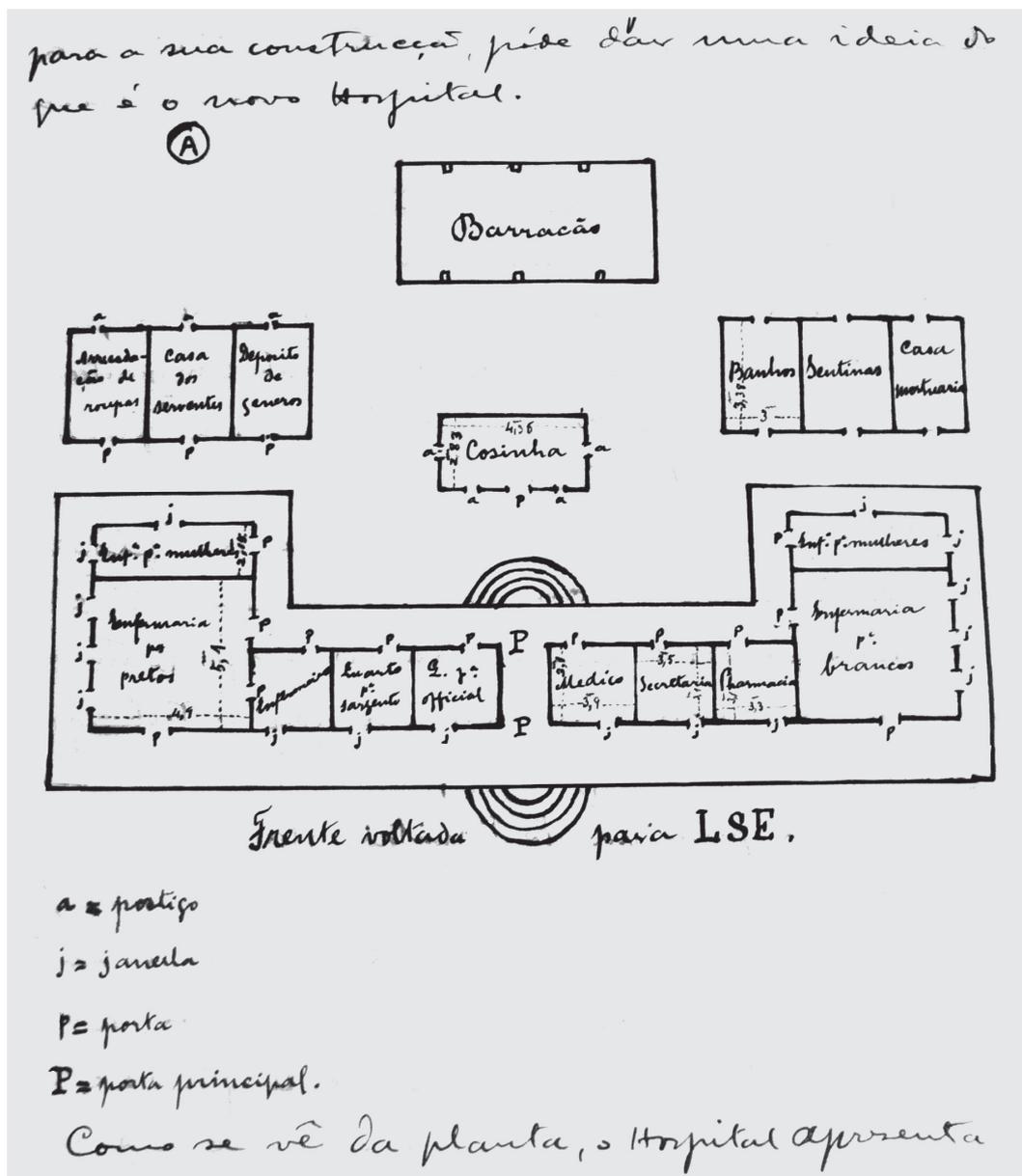


Figura 3: Proposta de plano do novo Hospital de Angoche, 1901 (Relatório..., 1901)

de instalações apropriadas em Moçambique “onde a peste bubónica não tem tendência a desaparecer, e quando este porto, por sua posição geográfica e comércio, quase todo com a Índia, tem direito a possuir um posto de desinfecção e quarentena construído como manda a ciência e economia modernas (Serviço... 6 out. 1897)”

Aos portos da colónia chegavam anualmente centenas de navios aos quais era necessário garantir “carta limpa” de qualquer doença infecciosa, prover o necessário isolamento de gentes e mercadorias e à desinfecção das embarcações. Tarefas que passaram a ser da competência dos serviços de saúde a partir de 1869 (decreto de 2 de dezembro). Por sua vez, o aumento

da emigração, sobretudo no sul, decorrente da descoberta das minas de ouro no Transval e da abertura da ligação ferroviária entre Pretória e Lourenço Marques, tornava mais fácil a circulação de doenças e a propagação de epidemias, sobretudo varíola, impondo medidas urgentes no sentido da sua prevenção, cuja aplicação competia igualmente aos serviços de saúde.

Se estes fatores constituíam de *per se* razões mais do que suficientes para perceber as dificuldades de implementação e atuação de tais serviços, muitos outros, que não de sua direta responsabilidade, condicionavam também sua ação requerendo, como já foi referido, a cooperação com outros sectores da administração, designadamente os Serviços de Obras Públicas. E aqui não só estava em causa tudo o que especificamente se relacionava com saneamento, planeamento e construção de instalações de raiz como, muito particularmente, tudo o que respeitava à recuperação de estabelecimentos que, periodicamente, eram destruídos por alterações ambientais impossíveis de prever quanto às consequências imediatas, como se pode ver pelo exemplo do que se verificou em dezembro de 1899, em Angoche

uma tempestade violenta que começou em 17 pelas onze horas e terminou pelas ... cinco horas do dia imediato... uma tempestade de respeito e pavor... [em que] a maior parte dos habitantes ... ficou sem abrigo e sem fato enxuto ... [e] o hospital não foi poupado...: a cobertura tinha desaparecido em parte, as paredes despidas de reboco eram constituídas simplesmente pelo esqueleto de madeira (estacas), a chuva molhava tudo sem dó nem piedade, os remédios contidos em frascos... os artigos de penso..., alguns extratos, roupas, livros e mais artigos se achavam cobertos de terra.... À meia-noite o hospital ficou deserto, sem doentes, sem enfermeiros, e sem serventes porque tinham ido procurar abrigo que nele não encontravam (Angoche, dez. 1899).

Escassos, deficientemente equipados e pequenos para o número de doentes a tratar e a diversidade de doenças a combater, os hospitais existentes na colónia não tinham capacidade para cumprir a sua função. Mesmo considerando que a maior parte dos indígenas (Inhambane, set. 1899) e da população de origem asiática não recorria aos seus serviços senão quando a isso era forçada (caso das prostitutas ou de indivíduos em estado terminal)<sup>3</sup> e que, mesmo os portugueses e estrangeiros só recorriam a esses serviços quando a doença se apresentava mais complicada do que as simples “febres intermitentes que aqui todos sabem tratar, ingerindo sais de quinina, para o que recorrem ... à farmácia da localidade, sempre que precisam de quinino e purgativo” (António Enes, abr. 1899), os hospitais estavam longe de poder dar resposta às necessidades decorrentes do crescimento da colónia e do estabelecimento do sistema colonial.

Neste contexto, os remédios da metrópole pouco ou nada haviam evoluído e de pouco serviam, enquanto as alternativas locais, ainda que de eficácia comprovada, muito raramente foram consideradas. Mesmo as que o haviam sido nos séculos anteriores, desapareceram das listas das farmácias e dos relatórios dos serviços de saúde que, ainda na última década do século XIX, as referiam insistentemente (Delegação..., 1890; Relatório..., 1889).

Marcante nos relatórios do último quartel do século XIX, o reconhecimento exaustivo das potencialidades do território, que desde o século XVIII incentivara o conhecimento da flora medicinal, desaparece progressivamente, dando lugar a um vazio que parece sublinhar o desinteresse oficial por essa matéria e o distanciamento intencional relativo aos saberes e conhecimentos implícitos nas práticas fitoterapêuticas tradicionais.

Enquanto havia quem declarasse que, em nenhuma parte da província, havia sequer condições para um hospital que permitisse o tratamento e a recuperação dos doentes (Moçambique, 1896-1897), outros havia que investiam no conhecimento do potencial do território, propondo-se

estudar as virtudes de muitas plantas de que os povos do interior se servem para a cura de suas doenças ... e delas coleccionar as respetivas amostras em condições de poderem ser aproveitadas ao ensaio e análise científica. [porque] No desempenho das minhas funções neste distrito tenho lutado com graves embaraços em consequência da demora que tenho tido nos fornecimentos das requisições de medicamentos ... e nesta luta ... forçoso foi estudar alguns remédios indígenas para, em substituição aos da farmácia poder com eles prestar à humanidade socorros que alguns pediram; o que felizmente pelo dito trabalho reconheci a existência de plantas que em certas doenças substituem a mostarda e o visicatório, e com estas provas que a ciência e o estudo prático já me tem revelado, assiste-se por tanto a possibilidade de se poder aproveitar muitas das plantas úteis para a medicina (Delegação..., 1890).

A fronteira entre conhecimento e ciência marcava a realidade dos serviços de saúde em Moçambique na viragem do século XIX manifestando-se, por um lado, na situação de atraso no fornecimento das farmácias e no desconhecimento do que, localmente e em alternativa, se poderia empregar com êxito na cura das doenças mais correntes e menos complicadas, mas que a ausência de tratamento adequado podia tornar fatais; e, por outro, pelo menos para alguns, na convicção de que a província oferecia recursos que poderiam constituir substitutos fiáveis dos medicamentos que faltavam nas farmácias, insistindo por isso para que esses recursos fossem analisados segundo os métodos mais modernos que poderiam permitir sua validação científica.

Tal não significa que não se procurassem também outras soluções, mas – apesar dos avanços da ciência e da prática médica decorrentes da interação epistémica resultante da expansão e colonização europeias de territórios não europeus, e consequentemente do conhecimento de novas doenças e novos produtos – o impacto desse desenvolvimento não parece ter sido significativo.

E isso não tanto no que respeita ao investimento que foi feito na investigação para explicar cientificamente a origem de muitas das doenças, como no caso da peste bubónica (Lourenço Marques, ago. 1899),<sup>4</sup> ou no sentido de adaptar ou desenvolver novos medicamentos e novas terapias para curar ou minimizar velhas e novas doenças, como no caso das muitas formas de febres palustres: “Algumas destas febres são muitíssimo renitentes ao tratamento e zombam por vezes do quinino de todas as qualidades e sob todas as formas. Devo dizer que tenho algumas vezes empregado o cloridrato de fenocola em tais casos rebeldes aos sais de quinina, arsénico etc. ... e que não tenho, em nenhum dos casos em que o empreguei obtido os resultados que o fazem por alguns autores recomendado” (Moçambique, 1896-1897).

O problema residia, sobretudo, nas muitas dificuldades da sua aplicação já que, nem as farmácias e os hospitais se encontravam devidamente providos de medicamentos, nem a população aceitava tomá-los de livre vontade quando os havia.

O caso da vacina contra a varíola é um bom exemplo de ambas as situações. Por um lado, pretendia-se a sua aplicação extensiva à população, sobretudo a que seria considerada de

risco; por outro lado, os *stocks* eram quase sempre insuficientes para o número de indivíduos a vacinar e os existentes nem sempre estavam em boas condições ou, na pior das hipóteses, tardavam em chegar ao destino para que se pudesse fazer sua aplicação atempadamente.

Em Inhambane, queixava-se Patrício Dias de Oliveira, facultativo de segunda classe, de não ter feito

vacinações por não ter sido fornecida ainda a vacina. [e] Era de toda a conveniência que fosse obrigatória a vacinação de todos os indígenas contratados para servirem fora deste distrito. [porque] A emigração de pretos do distrito de Inhambane é enorme, tal que se vão sentindo os seus efeitos nos trabalhos da agricultura, mas é certo o regresso dos emigrantes ao fim de um ou dois anos e como geralmente prefere vir por terra para se livrar dos variadíssimos tributos que o obrigam a pagar à entrada deste porto, a importação da varíola, se por ventura estiver fora de toda a vigilância, desenvolvera uma epidemia de efeitos com certeza desastrosos pois não se fazem aqui vacinações desde há bastante tempo (Inhambane, fev. 1898).

Em Moçambique, Salis de Celerina informa ter mandado “vir pus vacínico do Rio de Janeiro e do Cabo da Boa Esperança e [vacinado], porém sem sucesso, o mesmo aconteceu em Inhambane e Quelimane ao Dr. Peters, naturalista prussiano. Julgo que a humidade alterou o material” (Celerina, 6 set. 1847). Em Lourenço Marques, “o delegado de saúde diz ter vacinado grande número de indivíduos e proposto algumas medidas sanitárias com as quais espera debelar a epidemia em breve tempo” (Moçambique, out. 1898).

Situação aparentemente satisfatória, não fora o facto de a vacinação ter ocorrido seis meses depois de declarada a epidemia (Moçambique, out. 1898).

Por outro lado, a população recusava-se a ser vacinada. Recusa que de algum modo concretizava a profunda desconfiança das populações em face da biomedicina, que impunha um conjunto de medidas preventivas, que lhes eram estranhas e não conformes às suas práticas culturais.

Em alguns casos, esta situação só foi ultrapassada por contrapartidas. Em Chiloane, por exemplo, o facultativo local, Hipólito Xavier do Rego, relata que teve de recorrer-se ao pagamento de um “salário ao indígena sujeito a vacinação; e com quanto no princípio o movimento não fosse muito adiantado ... o resultado posterior do mesmo serviço vacínico tem sido ... lisonjeiro, visto que o indígena com a certeza daquele salário se tem voluntariamente apresentado para a vacinação e verificação do resultado” (Delegação..., 1890).

Contudo, na maior parte das vezes, à recusa contrapunha-se vacinação coerciva, imposta pelas autoridades sanitárias, como se verificou em Lourenço Marques quando, em finais de 1898, milhares de trabalhadores vindos do Transval, onde se havia declarado uma epidemia de varíola, se apresentavam como potenciais veículos de transmissão da doença. Segundo a documentação disponível, foram obrigados a vacinar-se mais de dois mil emigrantes logo na fronteira (Hospital..., dez. 1898) e, no decurso do ano seguinte, todos “os pretos eram inspecionados por médico, à chegada à cidade” (Lourenço Marques, set. 1899), fazendo-se a triagem e o isolamento imediato dos indivíduos infetados.

Apesar desta atuação demonstrar algum rigor na aplicação de medidas tendentes a prevenir a difusão de epidemias, evitar contágios e manter sob controlo as doenças que poderiam ser consideradas mais complicadas, não nos podemos esquecer de que visava, sobretudo, preservar

a saúde da comunidade branca, neutralizando possíveis fontes de contágio, fosse por via da inoculação de vacinas, de resultados nem sempre comprovados, fosse pelo isolamento em quarentenas intermináveis a que muitos não conseguiam sobreviver. Consideradas práticas intrusivas (Dube, 2009) e inexplicáveis para as populações indígenas, essas medidas contribuíram para aumentar o sentimento de desconfiança em relação aos procedimentos utilizados pela “medicina dos brancos”.

Por outro lado, considerando essas campanhas numa perspetiva de defesa da saúde da população europeia, branca, relativamente à população indígena, negra, “fonte de contágio” de todas as eventuais doenças, poderemos ver aqui um dos pontos fundamentais das políticas de saúde aplicadas, cujo objetivo, segundo alguns autores (Shapiro, 1983, cap.2), seria a criação de condições para fixação de colonos brancos e sua defesa, e não a melhoria das condições de higiene e saúde da população indígena.

Neste contexto, parece evidente a forma como os serviços de saúde se terão subordinado aos objetivos do colonialismo e se tornaram, algumas vezes, um de seus principais veículos de atuação. Porém, neste mesmo contexto e sem esquecer os pressupostos que nortearam a ocupação colonial do território, há que equacionar outros fatores que, voluntariamente ou não, também interferiram no funcionamento desses serviços, dificultando muitas vezes sua atuação e, desse modo, pondo em causa seu papel de “agentes” a serviço do processo colonial.

Não sendo do âmbito deste trabalho a avaliação desses fatores, indicam-se apenas, e a título de exemplo, alguns dos que terão tido implicação imediata no funcionamento dos serviços de saúde, designadamente as alterações climáticas e ambientais impossíveis de prever e controlar, as dificuldades na criação de uma rede de transportes e vias de comunicação, a definição das prioridades do sector de obras públicas, a falta de meios financeiros para prover devidamente hospitais e farmácias ou mesmo o desvio permanente de verbas da saúde para outras atividades (Roque, 2013).

Importa ainda ter presente que os documentos que estamos a tratar são os documentos oficiais do serviço de saúde e que a maior parte da informação que neles é dada respeita à ação deste serviço nos espaços específicos em que ele é exercido. E estes, salvo raras exceções, identificam-se com os hospitais militares e civis, a “clínica civil” e os locais em que os facultativos pontualmente eram solicitados a atuar, como no caso das zonas de fronteira, sendo os seus pacientes predominantemente europeus brancos, e excluindo-se um “elevado número de doentes que escapam aos cuidados médicos. [posto que] Em geral medicam-se como podem e só os moradores ... se dão ao luxo da medicina racional em casos graves ou que lhes pareçam tais” (Angoche, dez. 1905).

Também por essa razão, há quem advirta que os mapas nosológicos baseados apenas no movimento dos hospitais/enfermarias e das doenças que neles se tratavam não podem ser tomados como refletindo o estado sanitário das diferentes regiões, dado que só se referem a um pequeno número de indivíduos que a eles recorrem, quase todos europeus e maioritariamente militares (Ibo, 31 dez. 1877).

### **Médicos, facultativos e farmacêuticos**

Se hospitais e medicamentos se revelavam indispensáveis, o funcionamento dos primeiros e o bom uso dos segundos dependiam de quem os sabia gerir e aplicar.

As muitas reformulações que se fizeram no quadro do pessoal de saúde das colónias muito raramente tiveram em linha de conta a possibilidade de elas serem viáveis ou não em função de toda uma série de dificuldades que esse quadro teria de enfrentar, mesmo quando a sua elaboração contou com a colaboração de quem trabalhava no terreno, como no caso de Salis de Celerina e do primeiro Regulamento para o Serviço de Saúde da província de Moçambique, de 1844.

Embora se tenham definido as atribuições e obrigações específicas dos diferentes elementos que compunham esses serviços e se tenha tentado normalizar funções e salários, o desconhecimento real da situação que se vivia na província levava à sobrecarga das competências que lhes eram atribuídas e das diferentes funções que os seus funcionários deveriam cumprir, sobretudo se consideradas em paralelo com o número de efetivos que iria, de facto, efetuar-las no terreno.

De acordo com o decreto de 2 de dezembro de 1869, no quadro de pessoal de saúde atribuíam-se quatro facultativos a Lourenço Marques, um dos quais, de primeira, porque deveria acumular com a chefia dos serviços de saúde. Para além das funções que deveriam assegurar no Hospital Militar, designadamente consultas e assistência a doentes militares e civis, deveriam igualmente providenciar assistência médica a todas as pessoas economicamente carenciadas (consultas gratuitas no hospital e tratamentos gratuitos nos domicílios e no distrito), fazer visitas sanitárias ao distrito e a bordo dos navios, visitar as enfermarias dos isolados e superintender os trabalhos aí desenvolvidos, proceder à vacinação no distrito e à implementação de medidas de urgências no caso de epidemias, avaliar o estado das instalações e das condições de saneamento, avaliar as condições de higiene das habitações da população e propor alterações no sentido da sua melhoria e, no caso do chefe dos serviços, elaborar os boletins sanitários mensais, cujos dados a partir de 1865 passaram a ser publicados no Boletim Oficial da província, e compilar a informação sobre o estado e desempenho dos serviços que deveria ser incluída nos relatórios anuais.

Este excesso de atribuições muito dificilmente podia ser repartido com outros funcionários, farmacêuticos ou enfermeiros, que deviam igualmente responder às suas funções e competências específicas.

Ainda assim, argumenta Aurélio Galhardo Barreiros, delegado de Saúde de Lourenço Marques em 1897 que, no geral, o pessoal previsto do quadro de saúde seria suficiente se os números previstos correspondessem ao número real de funcionários a prestar serviço. O problema estava no facto de os salários serem muito baixos, sobretudo para quem vivia em Lourenço Marques, onde tudo era caro e onde o salário de um facultativo de terceira classe (64 mil réis por mês) era inferior ao de um pedreiro (70 a 90 mil réis), sendo que mais de metade (cerca de 40 mil réis) seria para pagar o alojamento. Por isso, muitos não apareciam para cumprir as suas funções, pediam licenças ou transferências, criando assim dificuldades adicionais ao andamento dos serviços e sobrecarregando as tarefas do delegado.

É por esta circunstância que no Hospital de Lourenço Marques onde deveriam fazer serviço quatro facultativos do quadro de saúde da província, nunca se encontram mais do que dois, e algumas vezes só o delegado de saúde, tendo o governo de recorrer aos médicos civis para auxiliarem o serviço hospitalar, o que redundava em prejuízo dos doentes, porquanto os médicos civis têm outros serviços mais remunerados, vivendo

em casas afastadas do Hospital, não assistem aos doentes às vezes a tempo que eles precisam, e fica o delegado de saúde sobrecarregado com o serviço extraordinário do Hospital e com todo o serviço exterior ao mesmo estabelecimento (Relatório..., 1897).

Assim, independentemente das reformas que se faziam nos serviços de saúde na perspectiva da melhoria do seu funcionamento, as mesmas esbarravam na prática com inúmeras dificuldades não tanto dependentes do que o serviço se propunha fazer, mas das condições de operacionalidade desse serviço no terreno e, por inerência, relacionadas com as dificuldades de implantação do próprio sistema colonial. Como referia Faustino José Cabral, físico-mor e diretor do Hospital Real Militar de Moçambique, “As causas que mais influíram na saúde pública são do domínio da meteorologia. Outras concorrem em segundo lugar, por aí persistirem e são do domínio público. Unicamente queremos dizer com isso que a falta de recursos também é uma das mais preponderantes causas de insalubridade pública” (Moçambique, mar. 1868).

### **Considerações finais**

Estudar a implantação e atuação dos serviços de saúde em Moçambique, nos finais do século XIX, revela-se um processo complexo e multifacetado, possível de abordar por meio da documentação produzida por esses serviços.

Os relatórios e boletins sanitários então elaborados testemunham o desfasamento entre todo um saber e experiência acumulados durante quase três séculos e um modo de funcionamento que assenta na imposição de valores e modelos ocidentais, que parece ignorá-los, e que se enquadra no programa de colonização definido pelo Estado português.

Um programa no qual, aparentemente, a saúde adquire papel fundamental – garantir a saúde estimula e promove a colonização branca, mesmo nas áreas eventualmente mais inóspitas e doentias – mas que, na prática, a insuficiência de meios financeiros, técnicos e humanos ou a indefinição de prioridades de atuação torna difícil aplicar.

Na viragem do século XIX, esta documentação testemunha sobretudo a fragilidade da operacionalidade e eficácia do sistema, não tanto pelos seus objetivos no que respeita à aplicação de uma política de saúde que visaria fundamentalmente a minoria branca da colónia, mas porque o seu funcionamento esbarrava permanentemente em dificuldades que lhe eram exteriores e lhe impunham um lugar subalterno na lista das prioridades definidas (e permanentemente redefinidas) no quadro do plano de ocupação colonial do território.

Porém, e independentemente desse enquadramento, esta documentação constitui também um imenso repositório de informação sobre as principais enfermidades e impactos da frequência das mesmas e sobre os procedimentos e métodos utilizados no combate à doença, num quadro regional cuja descrição detalhada remete para um conhecimento muito alargado das características e potencialidades dos vários distritos e das condições de vida da população.

Não sendo possível desenvolver aqui os vários aspetos passíveis de explorar a partir destes documentos, pretendeu-se chamar a atenção para sua importância enquanto materiais indispensáveis não só à análise desta temática, como também quando o objeto de estudo possa ser outro que não prioritariamente o da implantação do serviço de saúde.

Neste sentido, estes relatórios constituem espaço privilegiado seja para o estudo do processo de implantação do poder colonial português em Moçambique, seja para o estudo da medicina tropical, numa perspetiva que tem em conta as condições específicas do território e que enquadra historicamente a problemática da doença e da cura.

## NOTAS

\* Trabalho realizado no âmbito do Projeto *Conhecimento e reconhecimento em espaços de influência Portuguesa: registos, expedições científicas, saberes tradicionais e biodiversidade na África Subsariana e Insulíndia* (Fundo para Ciência e Tecnologia, FCT HC0075/2009) e apresentado no 1º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, 21 a 24 de abril de 2012, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa.

<sup>1</sup> A designação de figueira-do-inferno, em Moçambique, é aplicada ao estramónio (*Datura stramonium*) e não ao rícino (*Ricinus communis*), que é designado por mamona.

<sup>2</sup> A especificação dos vários itens que, obrigatoriamente, deveriam constar desses relatórios foi sucessivamente definida e redefinida entre 1838 e 1860, designadamente pelas portarias de 14 de agosto e 12 de setembro de 1838 e pelo Regulamento Geral do Serviço de Saúde das Províncias Ultramarinas, 20 de outubro de 1860.

<sup>3</sup> No que respeita a esta recusa refere-se mesmo que algumas febres palustres só atingem proporções mais graves entre os indígenas porque eles recusam tratar-se no hospital.

<sup>4</sup> Em 1899, uma epidemia de peste bubónica no distrito de Magude fez reunir, para estudo, uma equipa de dois médicos portugueses, dois enfermeiros e um médico inglês, o doutor Turver, vindo especialmente do Cabo.

## REFERÊNCIAS

ANGOICHE.

Boletim sanitário do mês de dezembro de 1905. AHU 1515, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). dez. 1905.

ANGOICHE.

Boletim sanitário de dezembro de 1899, assinado por Zacarias Dias, médico. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). dez. 1899.

ANTÓNIO ENES.

Boletim sanitário de abril de 1899, assinado por Zacarias Dias, médico. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). abr. 1899.

BARROS, Filipe José de.

Ofício de Filipe José de Barros, cirurgião-mor de Quelimane e Rios de Sena, Moçambique, 25 de dezembro de 1845. AHU 1507, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde. Ofícios dos Empregados de Saúde da Província de Moçambique (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 25 dez. 1845.

CARTA...

Carta do Governador de Moçambique para o Conde de Anadia. Moçambique, 25 de janeiro de 1810. Moçambique. Caixa 131, documento 38

(Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 25 jan. 1810.

CARTA...

Carta do Governador de Moçambique, Francisco de Mello e Castro, para João António de Sequeira, feitor de Sofala, Moçambique 20 de abril de 1757. In: Livro de registo da correspondência do Governador de Moçambique. Parte 3 Registo das Cartas de Sofala desde a monção de Abril de 1757 por diante. Códice 1650, fls.84-84v (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 20 abr. 1757.

CELERINA, Salis de.

Relatório de 6 de setembro de 1847. AHU1507, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde. Ofícios dos Empregados de Saúde da Província de Moçambique (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 6 set. 1847.

DELEGAÇÃO...

Delegação de Saúde de Moçambique. Relatório. Ano de 1905. AHU 1515, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1905.

DELEGAÇÃO...

Delegação de Saúde do Distrito de Sofala em Chiloane. Relatório do facultativo Hypollito Cassiano Xavier do Rego sobre o serviço de saúde do mesmo distrito referido ao ano de 1890. AHU 1506, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição.

Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1890.

DOCUMENTAÇÃO...

Documentação do Conselho Ultramarino. Despacho de 21 de maio de 1703, transcrito em Pina, Luís de, "Documentos para a História Médica Nacional ultramarina". *A Medicina Contemporânea*, 37, Lisboa. 1939.

DUBE, Francis.

*Colonialism, cross-border movements, and epidemiology: a history of public health in the Manica region of Central Mozambique and Eastern Zimbabwe and the African response (1890-1980)*. Tese (Doutorado) – University of Iowa, 2009. Disponível em: <http://ir.uiowa.edu/etd/2694>. Acesso em: 4 set. 2012. 2009.

HOSPITAL...

Hospital/Sanitário de Chinde. Boletim sanitário de novembro de 1900. AHU 1515, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). nov. 1900.

HOSPITAL...

Hospital Militar e Civil de Lourenço Marques. Boletim sanitário de dezembro de 1898, elaborado por Francisco de Azevedo, Cirurgião-mor. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde. (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). dez. 1898.

IBO.

Enfermaria Regional e Civil do Distrito de Cabo Delgado. Relatório elaborado por Cláudio Henriques Barreto, 31 de dezembro de 1877. AHU 1506, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 31 dez. 1877.

INHAMBANE.

Relatório sanitário do mês de setembro de 1899. AHU 1513, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). set. 1899.

INHAMBANE.

Relatório do Serviço de Saúde, do mês de fevereiro de 1898, elaborado por Patrício Dias de Oliveira, facultativo de 2ª classe. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). fev. 1898.

LIESEGANG, Gerhard.

"*Resposta das questões sobre os cafres (1795-1796)*" ou notícias etnográficas sobre Sofala do fim do século XVIII. Lisboa. 1966.

LIVRO...

Livro de receita e despesa da real botica do Hospital Real Militar de Moçambique, 1820. Códice 1577 (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1820.

LOURENÇO MARQUES.

Boletim sanitário do mês de setembro de 1899. AHU 1513 Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). set. 1899.

LOURENÇO MARQUES.

Boletim sanitário de agosto de 1899, elaborado por Aurélio Galhardo Barreiros, Delegado de Saúde e facultativo de 1ª classe. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). ago. 1899.

LOURENÇO MARQUES.

Boletim sanitário de junho de 1899, elaborado por Alberto de Vasconcelos Cid, facultativo de 1ª classe. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). jun. 1899.

LOURENÇO MARQUES.

Mapa dos navios entrados no porto de Lourenço Marques e sua qualificação sanitária desde 1 de janeiro de 1897 até 31 de dezembro de 1897. AHU1514 Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). dez. 1897.

LÚCIO, A. da Silva.

*Apontamentos sobre a organização do Serviço de Saúde das Províncias Ultramarinas*. Lisboa: Tipografia Viúva Sousa Neves. 1890.

MAPA...

Mapa estatístico do movimento dos doentes afetados de cholera morbus asiático e de cholera tratados no Hospital Militar de Moçambique desde 5 de fevereiro até 31 de março de 1859. AHU 1507, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1859.

MIRANDA, António Pinho de.

Memória sobre a Costa Oriental de África (c.1766). In: Andrade, António Alberto de. *Relações de Moçambique Setecentista*. Lisboa: Agência Geral do Ultramar. p.231-302. 1955.

MOÇAMBIQUE.

Boletim sanitário do mês de outubro de 1898, elaborado por Jaime Julião Andrade de Azevedo, facultativo de 1ª classe. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique,

Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). out. 1898.

#### MOÇAMBIQUE.

Breves considerações a respeito da nosologia, necrologia e climatologia. Relatórios trimestrais de José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde, 1896-1897. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1896-1897.

#### MOÇAMBIQUE.

Relatório do Serviço de Saúde elaborado por Faustino José Cabral, Físico mor e Diretor do Hospital Real Militar de Moçambique em março de 1868. AHU 1506, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). mar. 1868.

#### MOÇAMBIQUE.

Moçambique. Caixas 43, 87, 88, 89, 92. (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1783-1802.

#### PREÇÁRIO...

Preçário dos medicamentos da botica do Hospital Militar de Moçambique, 8 de janeiro de 1846. AHU 1507, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 8 jan. 1846.

#### RELAÇÃO...

Relação de medicamentos que são precisos da capital de Moçambique para a botica do Hospital Real, Goa 19 de janeiro de 1790. Códice 1584, fl.273 (Arquivo Histórico de Goa, Pangim). 19 jan. 1790.

#### RELATÓRIO...

Relatório da Ilha de Chiloane, capital de Sofala, apresentado pelo facultativo de 2ª classe em comissão do quadro de saúde de Moçambique, Arthur Ignácio da Gama (1878). AHU 1506, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1878.

#### RELATÓRIO...

Relatório de Frei Rolim de Santa Rita, post 1750, fls.2v.-3. Moçambique, caixa 6 (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). post. 1750.

#### RELATÓRIO...

Relatório do Serviço de Saúde de Angoche. Ano de 1901. AHU1515, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1901.

#### RELATÓRIO...

Relatório do Serviço de Saúde de Manica relativo ao ano de 1891. AHU 1511, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de

Saúde. (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1891.

#### RELATÓRIO...

Relatório do Serviço de Saúde de Moçambique, elaborado por Pedro Andrade, Chefe do Serviço de Saúde. Moçambique, 26 de abril de 1878. AHU 1506, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 26 abr. 1878.

#### RELATÓRIO...

Relatório do Serviço de Saúde do Distrito de Lourenço Marques referido ao ano de 1897, elaborado por Aurélio Galhardo Barreiros, facultativo de 1ª classe, Delegado de Saúde de Lourenço Marques. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1897.

#### RELATÓRIO...

Relatório do Serviço de Saúde do Distrito de Manica relativo a 1889. AHU 1506, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1889.

#### RELATÓRIOS...

Relatórios trimestrais de José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde, 1896-1897. AHU 1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1896-1897.

#### ROQUE, Ana Cristina.

As histórias que ficaram por contar: saúde, crescimento urbano e ambiente em Moçambique na viragem do século XX. In: Roque, Ana Cristina; Rodrigues, Eugénia (Coord.). *Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique: História Memória e Ciência*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical. 2013.

#### ROQUE, Ana Cristina.

*Terras de Sofala*: persistências e mudança. contribuição para o estudo da costa sul-oriental de África nos séculos XVI-XVIII. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e a Tecnologia. 2012a.

#### ROQUE, Ana Cristina.

Conhecimento *versus* ciência: circulação de saberes e práticas fitoterapêuticas em Moçambique nos finais do século XIX. In: Congresso Ibérico de Estudos Africanos – CIEA8. Painel: Encontros de medicinas em África entre o local e o global: perspetivas históricas e contemporâneas, 8., 14-16 jun. 2012, Madrid. *Actas...* Disponível em: <http://www.ciea8.org/>

ocs/index.php?conference=CIEA2012&schedConf=pan10&page=sched Conf&op=presentations. Acesso em: 4 set. 2012. 2012b.

ROQUE, Ana Cristina.

Breves noções sobre a medicina cafreal do distrito de Sofala ou sobre o conhecimento que os portugueses tinham dos usos e virtudes das plantas e ervas medicinais na costa Sul Oriental de África na segunda metade do século XIX.

*Anais de História de Além-Mar*, Lisboa, v.2, p.211-272. 2001.

SALDANHA, duque de.

*Estado da medicina em 1858*. Lisboa: Imprensa Nacional. 1858.

SANCHES, António Ribeiro.

*Tratado da conservação da saúde dos povos*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. 2003.

SANITÁRIO...

Sanitário de Chinde. Relatório anual, 1901. AHU 1515, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1901.

SERVIÇO...

Serviço de Desinfecção e Quarentena em Moçambique. Relatório de José Baptista Costa, médico de 3ª classe. Moçambique, 6 de outubro de 1897. AHU1514, Direção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 6 out. 1897.

SHAPIRO, Martin Frederick.

*Medicine in the service of colonialism: medical care in Portuguese Africa (1885-1974)*. Tese (Doutorado) – University of California, Los Angeles. 1983.

SILVA, Guilherme Hermenegildo Ezequiel da.

*Descrição de várias amostras dos remédios que os povos dos sertões de Sofala empregam nas suas doenças* (1883). Códice\_SEMU\_2186 (Arquivo Histórico Ultramarino, Lisboa). 1883.

VIEGAS, Valentino; FRADA, João; MIGUEL, José Pereira.

*A Direção-Geral de Saúde: notas históricas*. Lisboa. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/siteCollectionDocuments/ADGSnotashistoricas.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013. 2006.

