

Políticas de saúde e subalternização de práticas populares de cura em Lourenço Marques (Moçambique 1940-1975)

Carolina Morais¹

Resumo: Ao longo do período colonial em Moçambique (1885-1974), os investimentos em saúde por parte do governo português foram esparsos e em geral para atender a demanda dos colonos portugueses, mas aos poucos formaram de uma rede de saúde pública em Moçambique colonial. Lourenço Marques por ser a capital, e concentrar a maior parte dos colonos, recebia maior parte das atenções. O fato de o investimento colonial da saúde ser diminuto não implica em afirmar que o sistema de saúde colonial soube conviver com as demais práticas de saúde já existentes em Lourenço Marques. Pretendemos aqui mostrar que o sistema de saúde implementado pelo governo colonial português contribuiu para a inferiorização das práticas populares de saúde em Lourenço Marques, renegando-as como conhecimento legítimo. Esta pesquisa encontra-se em estágio inicial, submetida como proposta de dissertação na área de História das Ciências e da Saúde.

Palavras chaves: medicina tradicional, colonialismo, território

Falam-me de progresso, de ‘realizações’, de doenças curadas, de níveis de vida elevados acima de si próprios. Eu, eu falo de sociedades esvaziadas de si próprias, de culturas espezinhadas, de instituições minadas, de terras confiscadas, de religiões assassinadas, de magnificência artística aniquiladas, de extraordinárias possibilidades suprimidas.²

Aime Césaire

A ocupação portuguesa no território posteriormente denominado como Lourenço Marques (atual Maputo) iniciou-se em 1782, com a construção de um presídio. Em 1876, Lourenço Marques é elevada ao estatuto de vila. A partir daí foram

¹Carolina Morais é formada em história pela Universidade Federal Fluminense e mestranda no Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

E-mail: carolina_mgm@hotmail.com

² Apud: Santos: 2005, p.27



realizados um conjunto de obras públicas e planos urbanos que resultaram na expulsão da população local do centro da cidade, e revelou o interesse da administração colonial, missionários, comerciantes em se apropriar daquele espaço. Assim em 1887, Lourenço Marques tornou-se a capital de Moçambique.

O desenvolvimento de Lourenço Marques como cidade esteve em grande medida relacionado com a industrialização sul-africana, como ressalta Malyn Newitt, a cidade de Lourenço Marques fez parte de uma densa rede ferroviária e comercial que a integrava no circuito do consumo sul-africano. Aos poucos Lourenço Marques atraiu um conjunto de pessoas interessadas nas possibilidades econômicas oferecidas pela cidade. Tais agentes trabalharam para edificação de uma malha urbana, e equiparam a cidade de elementos que a definiam como um centro urbano. No sentido econômico e comercial a cidade possuía, nas primeiras décadas, sedes das principais empresas presentes em Moçambique. No ponto de vista da vida sócio-cultural, Lourenço Marques também foi equipada com espaços de sociabilidade à moda europeia, como cafés, teatro, associações, entre outros.

Junto ao centro urbano de Lourenço Marques desenvolveu-se o subúrbio. Assim, a cidade de Lourenço Marques se desenvolveu, entre a baixa(o centro urbano) e a alta(o subúrbio), ou, entre a cidade de cimento(o centro urbano) e a cidade de caniço(o subúrbio). Entender o desenvolvimento de Lourenço Marques e mesmo sua estratificação social é importante para perceber como o Estado colonial português se relacionou com as práticas populares de cura neste espaço.

O aumento de número de colonos portugueses em Moçambique esteve intimamente relacionado com os investimentos em infra-estrutura realizados pelo governo colonial. Na década de 1940 que Moçambique passou a receber maior número de portugueses em seu território. De acordo com o Anuário Estatístico de 1973, a população europeia em Moçambique passa de 17.842 em 1928 para 27.438 em 1940. Este número triplica em 1960 chegando a 97.245 europeus, dentre os quais podemos supor que a maioria eram portugueses.

Mesmo tendo um desenvolvimento interno diferenciado, resultando numa cidade de cimento e outra cidade de caniço, Lourenço Marques durante, o período colonial, teve um desenvolvimento urbano bem acima do encontrado no restante da colônia de Moçambique. Por isto, Malyn Newitt afirma que o padrão de desenvolvimento em Moçambique foi variado, sendo sul de Moçambique privilegiado.

Neste contexto de aumento do número de colonos e investimentos coloniais em infra-estrutura coloca-se as políticas de saúde implementadas pela administração colonial.

Com o intuito de propagar a ideologia colonial, ocorriam na metrópole congressos e exposições coloniais.(PAULO: 1999, p.308) Através de um documento preparado para a 1ª Exposição Colonial Portuguesa, datado de 1934 podemos perceber como se davam as ações e legislações sobre saúde pública em Moçambique. Não podemos, entretanto, tomar o documento como uma realidade em si, de fato tal folheto servia também para fazer propaganda da colônia de Moçambique entre possíveis colonos portugueses. No entanto tal documento serve como importante instrumento para dar uma visão geral do que era a saúde colonial na década de 1930, ou aquilo que pretensamente o governo colonial esperava que fosse.

De acordo com o folheto Colônia de Moçambique: Saúde e Higiene, publicado em 1934, Moçambique era dividida em oito delegações de saúde, que correspondiam as divisões administrativas da colônia. Tais delegações de saúde estavam divididas em subdelegações: postos sanitários de primeira classe, que ficavam a cargo de enfermeiros europeus e postos sanitários de segunda classe, sob a responsabilidade de enfermeiros indígenas. Além disto, cada sede distrital possuía um hospital. Os delegados e subdelegados responsáveis pelas delegações e subdelegações de saúde produziam alguns documentos que eram enviados para o governo-geral das colônias. Apresentado a administração do sistema de saúde da colônia, o folheto passa a relatar as formas de combate às doenças previstas no Regulamento Geral dos Serviços de Saúde da Colônia. Tal regulamento afirma que “Organização sanitária forma uma rede que permite prestar assistência médica e sanitária.”³

Outras formas de combate as doenças também são descritas no Regulamento Geral dos Serviços de Saúde da Colônia, como as brigada sanitárias que eram “constituídas pelo pessoal de polícia sanitária para fazer cumprir as normas determinadas no Regulamento dos Serviços Sanitários da Colônia.”⁴ Tais brigadas eram reforçadas pela legislação que visava o intercâmbio ente os comandos militares e serviços de saúde, demonstrado que o uso da força militar não estava descartado nas ações das Brigadas Sanitárias:

Portaria nº 700, de 15 de dezembro de 1917, publicada no Boletim Oficial, nº 51, de 22 do mesmo mês, determinando várias procedências para que entre a Direção dos

³ FONTE: Colônia de Moçambique: Serviços de Saúde e Higiene:1934, p.7

⁴ FONTE: Colônia de Moçambique: Serviços de Saúde e Higiene:1934, p.19

Serviços de Saúde, a administração das circunscrições, comandos militares e edilidades se estabeleçam a mais perfeita concordância de atribuições e mútuo auxílio. (FONTE: Colônia de Moçambique: Serviços de Saúde e Higiene:1934, p.42)

Também dentre as políticas de saúde implementadas em Lourenço Marques esteve a instituição do passaporte sanitário que segundo o regulamento “foi instituído a obrigatoriedade do passaporte sanitário área todas as pessoas, de qualquer raça ou nacionalidade, que precisassem de transitar entre a áreas infestadas e áreas indemnes.”⁵

Assim, de acordo com Malyn Newiit na década de 1940, podemos falar de um departamento de saúde que “em 1940, empregava 78 médico, 166 enfermeiros de diversos graus e 102 enfermeiros africanos. Além disso havia médicos a exercer clínica privada.”(NEWIIT:1997, p.413) Este departamento de saúde recebeu outros investimentos e modificações ao longo do período colonial até 1975, quando se deu a independência de Moçambique. No fim do período colonial, de acordo com Malyn Newiit, forma-se uma rede de serviços de saúde com 395 unidades hospitalares e maternidades, mas com apenas 400 médicos ao todo e nenhuma escola de medicina para a sua formação, tendo estes que estudarem no exterior. (NEWIIT:1997, p.413) Segundo a historiadora Maria Paula Meneses, o não investimento em escolas de medicina na colônia foi uma forma de o Estado colonial controlar e delimitar o saber considerado oficial:

Para o Estado, hoje, tal como ontem, a delimitação do que é saber e magia, do que é considerado oficial e do que não o é, é feita em função de práticas normalizadoras que este mesmo Estado controla. Numa perspectiva de legitimação racional que se impõe com o sistema colonial, só quem estudou nos centros formalizados de saber é que está autorizado a praticar medicina. (MENESES:2005, p. 447)

A própria delimitação entre a medicina oficial e a medicina não oficial deve ser ressaltada e analisada aqui. Para analisar a relação entre tais políticas de saúde e os conhecimentos sobre saúde já existentes em Lourenço Marques optamos pela designação de medicina tradicional, ao invés de curandeirismo. A nomeação curandeiro remete a uma desqualificação das práticas, associando estes a feiticeiros, dito de outra forma, o processo de negação do saber da medicina tradicional passou pela identificação da imagem do nyàngà(médico tradicional) com a do feiticeiro.

As definições gerais realizadas pela administração colonial colocam a oposição entre medicina e magia como a oposição entre medicina oficial e medicina tradicional. A medicina oficial, de base científica europeia, seria responsável por curar, por lidar

⁵ FONTE: Colônia de Moçambique: Serviços de Saúde e Higiene:1934, p.21

com os problemas que afligem o físico das pessoas, enquanto a medicina tradicional seria apenas uma crendice do sistema religioso dos povos moçambicanos, desqualificando-a na possibilidade de tratar do corpo, do físico. Como analisa Maria Paula Meneses:

A dicotomia oficial/não-oficial é definida pelo Estado, sendo este quem estabelece, pelo direito, no seio da multiplicidade do pluralismo terapêutico presente em Moçambique, uma distinção mais ou menos explícita entre o que é legal e o que é ilícito, senão mesmo ilegal. No caso da medicina, tudo o que é reconhecido como medicina oficial é alvo de apoio por parte do Estado. Toda medicina que não é reconhecida como “estatal” é tolerada, mas continua sendo mais frequentemente ignorada, porque pouco permeável a imposições e controle por parte da biomedicina. (MENESES: 2005, 430)

O saber local torna-se diante do Estado colonial, um saber subalterno, ou até mesmo uma não-saber, pois não é o oficial, reconhecido como legítimo e propagado através do serviço de saúde da colônia. Ao analisarmos os saberes locais de cura como parte da cultura popular em Lourenço Marques, cabe ressaltar que partimos do entendimento que a cultura popular não é algo completamente autônomo, nem completamente heterogêneo. A cultura popular é um campo de permanente disputa como definido por Stuart Hall “Quero afirmar o contrário, que não existe uma ‘cultura popular’ íntegra, autêntica e autônoma, situada fora do campo de forças das relações de poder e de dominações culturais.”⁶ Desta forma a cultura popular não existe de maneira isolada, e sim dentro de um contexto, atravessada por disputas do poder. As práticas populares de cura que aqui tencionamos estudar não devem ser limitadas aos conceitos de militância ou cooptação, mas como um jogo de forças dentro do campo de disputas que se coloca no período colonial em Moçambique.

É preciso ressaltar que as diferentes práticas de cura são obtidas a partir das diferentes interpretações e concepções acerca do conceito de saúde. Segundo entrevistas realizadas por Maria Paula Meneses na década de 1990, que remetem ao período colonial, as populações em Moçambique possuíam um conceito de saúde diferente do conceito português. Enquanto na saúde na medicina oficial era tratar do físico do indivíduo; saúde para os Moçambicanos era uma complexa relação entre corpo e espírito do indivíduo e sociedade envolvente. Na medicina tradicional eram

⁶ HALL: 2003, p.238

consideradas doenças a tuberculose, a malária, a sarna, e também conflitos conjugais, azar, entre outros. A tarefa do médico tradicional seria portanto:

O nyàngà cuida do corpo, sara as feridas, elimina os padecimentos do organismo utilizando os conhecimentos que tem sobre a natureza, e, em simultâneo, trata as perturbações da cabeça e do espírito, causada pelos desajustes socioeconômicos, por traumas profissionais. (MENESES:2005, p. 443)

Na medida em que a medicina oficial baseava-se em outros pressupostos na concepção de saúde e doença, considerava-se a função no nyàngà um atraso civilizacional, um mostra de que as populações Moçambicanas eram primitivas e uma justificativa para o empreendimento colonial português como maneira de integrar tais populações à civilização como afirma um dos ideólogos do colonialismo português Pedro de Sousa Santos:

Para atingir, pois, uma das principais finalidades cristãs e civilizadoras da ação missionária, há essencialmente que se modificar a estrutura mental do indígena, ministrarlhe, a par dos seus princípios religiosos que desbravam o seu espírito e o preparam para aperfeiçoamento ulterior, a semente dos conceitos morais da nossa organização social, dando-lhe tempo para germinar e medrar. (Santos: 1953, p. 42)

Ao designar os conhecimentos locais como práticas não civilizadas, ou não legítimas, o governo colonial inferiorizou as práticas populares de saúde existentes em Lourenço Marques, e por vezes se apropriou dos conhecimentos sobre ervas medicinais, no entanto, sem reconhecer tais práticas como conhecimentos válidos. O processo de colonização portuguesa em Moçambique foi marcado por esta subalternização das práticas dos médicos tradicionais, e a emergência e conflitos entre medicina oficial e medicina tradicional estão postos ainda hoje em território moçambicano:

Em Moçambique, a procura de uma definição de “medicina tradicional”, para além da diversidade e da heterogeneidade das práticas terapêuticas, está inscrita na ordem social resultante do processo de colonização do próprio saber – o que constitui estas práticas em objeto é simplesmente a negação do reconhecimento pelo Estado e seus organismos. Esta abordagem implica a criação do “outro” pelo não-saber, pela sua inclusão no mundo natural e exclusão do mundo civilizado. (MENESES:2005, p.432)

O acesso dos chamados indígenas aos serviços de saúde foi durante todo o período colonial cerceado por questões raciais e sociais, o que implica afirmar que o acesso destes africanos aos serviços de saúde coloniais foi bastante precário. Mas o não reconhecimento, pelo Estado colonial, de práticas populares de cura como saber legítimo também foi um fator que marcou as políticas de saúde. Boaventura Santos afirma que a negação da diversidade é inerente ao colonialismo. No entanto é

importante pensar que finda a administração colonial em 1975, Lourenço Marques, agora Maputo, ainda é palco do conflito entre medicina oficial e tradicional, devido ao não reconhecimento das ações dos nyànà como prática medicinal legítima.

Ainda que por vezes a ciência moderna atribua a si própria o direito de arrogar o que é conhecimento válido, destacamos a importância de reconhecer e analisar os conhecimentos chamados locais, buscando perceber a diversidade epistemológica presente num mesmo espaço e tempo. Não negamos que a ciência ocidental proporcionou conhecimentos relevantes, inclusive na própria área da medicina, para as populações em Moçambique. No entanto sob o argumento da necessidade e imposição do conhecimento ocidental como o único legítimo, atores em nome da ciência ocidental provocaram epistemicídios: “os epistemicídios que foram 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.”⁷ É preciso portanto observar a história da ciência não somente a partir dos benefícios proporcionados, mas também das suas outras consequências para a sociedade.

Referências bibliográficas

- COOPER, Frederick. “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.
- FRY, Peter. Culturas da diferença: sequelas das políticas coloniais portuguesas e britânicas na África Austral. *Afro-Ásia*, nº29/30, Salvador, 2003, 271-343.
- HALL, Stuart. Notas sobre a desconstrução do popular. In: SOVIK, Liv (org.) *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.
- HONWANA, Alcinda Manuel. *Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no Sul de Moçambique*. Lisboa: Promedia, 2002.
- NEWITT, Malyn. *História de Moçambique*. Lisboa: Publicações Europa-América Lda., 1997.

⁷ SANTOS:2005, p.25

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.

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.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005

ZAMPARONI, Valdemir. *De escravo a cozinheiro: colonialismo & racismo em Moçambique*. Salvador: EDUFBA: CEAO, 2007.