

Os serviços de saúde em Moçambique na viragem do século XIX: limitações, dificuldades e imprevistos na sua atuação*

Ana Cristina Roque**

p. 117-131

Nota prévia

A história da implementação dos Serviços de Saúde em Moçambique é um processo complexo e multifacetado, que se articula com a própria história da sua implementação em Portugal, e de abordagens múltiplas em função da perspetiva de análise que se pretende privilegiar. Porém, qualquer que seja a abordagem, esta história está indiscutivelmente ligada à organização destes serviços e à produção de todo um conjunto de documentos que lhe são específicos, designadamente os inúmeros relatórios e boletins que respeitam diretamente ao seu funcionamento e que, na sua maioria, não foram ainda trabalhados. Os poucos estudos que tem vindo a ser feitos sobre estes serviços sublinham a sua subordinação aos objetivos do colonialismo e o assumir da sua ação como um dos principais veículos de atuação deste (eg. Shapiro, 1968; Dube, 2009). A implementação dos Serviços de Saúde responderia às necessidades do colonizador, sendo a sua atuação prioritariamente dirigida à criação das condições que permitiriam garantir a sua saúde e bem-estar e, conseqüentemente, viabilizariam a ocupação e o povoamento branco do território.

“O desenvolvimento sempre crescente da província e o aumento da população europeia... obrigam a olhar com mais atenção para as condições de vida e bem-estar dos colonos. É dever nosso, a exemplo das grandes nações coloniais, estudar e executar todos os meios de saneamento de um centro de população (...) A metrópole mandamos algumas centenas de soldados para manter a integridade do solo português, sem se preocupar com os péssimos alojamentos que se acham espalhados por toda a província, nem com a alimentação e o seu regime de vida. Desnecessário será dizer que alguns meses depois da sua chegada se tornam presas de paludismo, começando as baixas ao hospital, cujas instalações são péssimas e condenadas por todos os princípios de higiene. (...). Em face disto, a demonstração do nosso domínio pela força armada

* Trabalho desenvolvido no âmbito do projeto FCT HC0075/2009

** Centro de História - Instituto de Investigação Científica Tropical.

torna-se uma utopia, visto que rapidamente são anuladas as forças físicas do soldado tornando-se incapaz de cumprir o fim que lhe é destinado” (*Angoche – Boletim Sanitário do mês de Dezembro de 1905*).

Contudo, como referido por Carlos Lopes em comentário às informações dos boletins sanitários sobre a epidemia de varíola que em 1883-84 grassou em Cabo Delgado, esta relação parece não ser assim tão simples.

“A epidemia não escolheu sexos, idades, estados ou classes sociais. Nesta data - em que se aproximava a nova ocupação e exploração de África, pois, nos finais do ano de 1884, iria ter lugar a Conferência de Berlim -, no campo da política sanitária pouco se tinha feito e, quase tudo estava ainda por realizar” (Lopes, s/d: 5).

Efetivamente, sem que se ponha em causa o papel dos Serviços de Saúde ao serviço da colonização, importa equacionar a questão numa perspetiva mais abrangente em que se ponderem igualmente outros fatores, nem sempre tidos em consideração, e que nos podem levar a repensar alguns aspetos desta relação.

Para tal, os diferentes relatórios e boletins elaborados no âmbito dos Serviços de Saúde são um instrumento fundamental para avaliar a ação e as limitações ao funcionamento destes serviços, sobretudo no caso dos relatórios que não foram publicados ou dos que o foram, mas não na sua totalidade.

Ainda que constituindo um todo e respondendo basicamente ao mesmo objetivo¹, estes documentos não refletiam o mesmo grau de apreciação da situação reportada e a sua elaboração era mais ou menos detalhada consoante tratavam especificamente de informação local, regional ou provincial.

Sem nos alongarmos sobre os diferentes tipos de relatórios e boletins, ou avançar com qualquer tipologia dos mesmos, trabalho que efetivamente não foi ainda feito, importa contudo precisar que a informação fornecida corresponde a vários níveis de observação e registo (diário, mensal e anual), cobrindo espaços específicos de natureza diversa (hospital, sanitário, delegação de saúde, província) e designações várias (boletim sanitário, relatório de saúde, relatório do serviço de saúde...). Umhas e outras refletindo quer o grau de complexidade/síntese das situações reportadas, quer as reformas administrativas cujas consequências se fizeram igualmente sentir ao nível da organização e reorganização do sector da saúde, em particular desde que foi criado, em 1854, o Departamento de Saúde Pública.

A partir de 1865, a publicação dos relatórios (mensais e anuais) passou a ser obrigatória no *Boletim Oficial do Governo-Geral da Província*. Porém, nem todos os relatórios foram publicados e, os que foram, foram-no quase sempre na sua versão mais sucinta relativamente aos dados fornecidos e respeitando sobretudo aos mapas nosológicos e necrológicos. Aparentemente, os seus autores passaram a ser mais comedidos na forma como neles expressavam as dificuldades com que os serviços de saúde e os seus funcionários se deparavam diariamente e mais assertivos quanto ao que, aparentemente, funcionava bem.

1 Estes relatórios tinham como objetivo dar informação sobre o andamento dos serviços e condições dos mesmos, sobre os possíveis melhoramentos a introduzir nos serviços e nas instalações e ainda providenciar informação adicional sobre a região e as populações e os seus usos e costumes, designadamente sobre práticas fitoterapêuticas e a medicina tradicional (Roque, 2014). A especificação dos vários *items* que, obrigatoriamente, deveriam constar destes relatórios foi definida pelas *Portarias de 14 de Agosto* e de *12 de Setembro de 1838* e pelo *Regulamento Geral do Serviço de Saúde das Províncias Ultramarinas*, 20 de Outubro de 1860.

A sua publicação no *Boletim*, um dos principais veículos de divulgação da “missão” colonizadora/civilizadora de Portugal, justificava o investimento no setor e o seu papel na melhoria das condições de saúde e higiene da colónia, por contraponto aos relatórios não publicados e de circulação restrita mas abundantes de dados. Efetivamente, estes últimos deixavam entrever a realidade e a dificuldade da implementação dos Serviços de Saúde na colónia e permitiam aceder a informações que remetiam diretamente para outras áreas do conhecimento, não especificamente da saúde mas consideradas em estreita relação com ela, designadamente o reconhecimento e descrição do território e os seus recursos, o tipo de povoamento e condições de vida, ou mesmo o quotidiano das populações, os seus usos e costumes. Dados estes que, pela sua importância, não deixarão de vir a ser objeto específico de registo detalhado em relatórios de missões específicas, nomeadamente os que respeitam à doença do sono elaborados pelo facultativo José Firmino de Sant’ana e o médico militar J. C. Pereira Lapa, a partir de 1911 (AHU 1527), deixando bem clara a importância e o papel da saúde no quadro da implantação do colonialismo.

Estes relatórios, analisados na perspectiva das informações fornecidas e não simplesmente na dos objetivos a que então elas serviram, constituem um precioso instrumento para o estudo das regiões onde foram efetuados, em particular da Zambézia, Tete, Marávia e Manica, e para o estudo da ocupação colonial destas áreas. Neles se expressam não só as questões de natureza mais especificamente médica, como a importância que estas adquirem no contexto da construção do espaço colonial português e da necessidade da sua delimitação. Efetivamente, toda a problemática da fronteira emerge nestes documentos como uma questão crucial uma vez que a análise da doença do sono, bem como outras de natureza infecciosa, surge inequivocamente ligada aos movimentos populacionais, transfronteiriços, de possíveis infetados e ao impacto destes na difusão da mesma (AHU 1527). Assim, ainda que sem incumbência específica de reportar sobre a situação das fronteiras nestas áreas, as missões que se dedicaram ao estudo da doença do sono, pela força das circunstâncias e pela necessidade de precisar a dimensão humana e geográfica da doença e as suas implicações políticas, económicas e sociais, viram-se forçadas a ter em conta um conjunto de fatores que ultrapassavam largamente as suas competências profissionais, mergulhando diretamente em questões de natureza diplomática e de defesa da soberania nacional.

Muitos dos relatórios e boletins médico-sanitários, disponibilizam assim informações que permitem analisar o funcionamento dos serviços de saúde em articulação com a agenda política colonial possibilitando, em simultâneo, não só uma melhor perceção dos constrangimentos e dificuldades desse funcionamento e dos impactos destes ao nível dos serviços efetivamente prestados, como uma leitura mais abrangente da realidade africana e do seu quotidiano. Neste contexto, e ainda que sob pena de deixarmos de lado muita da informação presente nestes relatórios, restringir-nos-emos neste artigo, a equacionar algumas questões que respeitam especificamente a relação entre saúde, obras públicas e saneamento em Moçambique na viragem do século XIX.

1. Saúde, Obras Públicas e Saneamento

Ao abordar a relação entre estes três sectores surge, desde logo, um conjunto de questões que remetem diretamente para a localização dos hospitais, regra geral construídos na proximidade de áreas pantanosas, e para a conceção arquitetónica das diferentes instalações, quase sempre considerada inadequada às condições climáticas dos trópicos.

Longe de serem questões pacíficas quando se fala de doença e cura ou da implementação e atuação dos serviços de saúde, a localização e o plano das instalações hospitalares é matéria de primordial importância e permanentemente questionável. Partindo de um pressuposto fundamental para o colonizador – a necessidade do hospital e/ou do posto de saúde para garantir a sua saúde – a informação disponível sobre estes aspetos deixa transparecer não só a falta de articulação entre os diversos serviços envolvidos e o aparente desconhecimento das condições geoclimáticas e ecológicas locais, como a complexidade da gestão financeira do orçamento da colónia e a falta de autonomia, tanto do sector das obras públicas como do da saúde, dos diferentes distritos.

Efetivamente, estas questões, com alguma justificação na segunda metade do século XIX em que se processava ainda o reconhecimento e ocupação do território, persistem nas vésperas da 1.ª Guerra Mundial com a mesma premência e dificuldade de solução, vendo-se mesmo agravadas pela necessidade de se recorrer a hospitais de campanha, ambulâncias fixas ou móveis e navios-hospitais que, não raro, reproduziam os mesmos constrangimentos e dificuldades das unidades hospitalares existentes na Província. Aliás, nem mesmo alguns dos hospitais que então se construíram de novo, como foi o caso do Hospital Militar da Ponta Vermelha em Lourenço Marques, beneficiaram de melhorias significativas neste sentido e, durante o primeiro quartel do século XX, continuaram a enfrentar-se dificuldades resultantes da má localização dos hospitais e da deficiente organização dos diferentes espaços destinados ao seu funcionamento.

A construção do hospital: problemas inerentes à sua localização

Inserido na povoação e fazendo parte integrante dela, o Hospital ressentia-se das mesmas condições que a afetavam não parecendo haver grandes opções relativamente à escolha do local para a sua edificação. Excetuando o caso de Lourenço Marques, só nos finais do primeiro quartel do século XX se começará a ponderar a localização, “fora de portas”, das instalações hospitalares.

A natureza doentia das áreas onde cresceram os primeiros estabelecimentos portugueses era por demais conhecida não só de quem as habitava e sofria em permanência as consequências morbíficas daí recorrentes, como de quem, no governo da colónia ou da metrópole, recebia os muitos relatórios que davam conta das dificuldades vividas nesses estabelecimentos, sugerindo medidas, avançando soluções ou solicitando apoios para as ultrapassar. Contudo, no início do século XX, muito pouco havia sido feito no sentido de reverter esta situação

“A área da vila de António Enes (Angoche)...abrange parte da pequena serra que a corte de NE a SW e uma outra parte e formada de terrenos baixos e quasi todos pantanosos. É sobre esta última que os indígenas têm levantadas as suas palhotas; é sobre ela que têm assentado arraies a população estranha que aqui vem fazer o seu comércio com o negro e é sobre ela ainda que assentam quase todos os edificios do estado e todos os dos particulares.” (*Relatório do Serviço de Saúde de Angoche. Anno de 1901*).

A situação referida para Angoche em 1901, replicava-se ainda na maioria dos principais estabelecimentos portugueses em Moçambique², tanto na costa como no interior, como se depreende do conjunto dos Boletins Sanitários da primeira metade do século XX onde, por exemplo, sobre Gaza se observava o quanto fora “infeliz... a escolha do local para a formação da vila, que ficou entre o rio e o pântano”, acrescentando-se em jeito de comentário que tal escolha obedeceu “somente a fins comerciais, sem dúvida” (*Boletim Sanitário da Província de Moçambique*, 1912) e, de uma forma geral, se alertava para a situação deplorável em que ficava a maioria das povoações do Sul de Moçambique na época das chuvas, quando

“...verdadeiros dilúvios ... caíam repetidas vezes alagando os terrenos e as povoações, combinados com um calor intenso, favorecendo de uma maneira prodigiosa o desenvolvimento insólito de mosquitos... (em resultado do que) Estas deploráveis condições anti-higiénicas, encontrando uma povoação impaludada, determinavam ... uma explosão de febres palustres...” (*Boletim Sanitário da Província de Moçambique*, Março de 1907).

Efetivamente, condicionada também e em boa parte por fatores ambientais, a construção da maioria dos locais onde os Portugueses se fixaram na costa oriental africana incorporou, desde logo, um elemento que atentava contra a saúde pública e que implicava, a curto prazo, pensar em alternativas que pudessem alterar as condições de insalubridade destas áreas, como o demonstram os casos do Chinde, para onde, no final do século XIX, se previa a arborização de toda a vila, o saneamento do pântano e a regularização das margens do rio (*Chinde - Boletim Sanitário do mez de Outubro de 1899*), ou de Angoche, para onde se refere que a única forma de

“...alterar até certo ponto a nocividade de tão incómoda vizinhança é a plantação de árvores de grande poder de absorção na sua orla (do pântano) formando cortinas mais ou menos densas que ponham a villa ao abrigo dos gazes deletérios ahi desenvolvidos e arrastados pelas correntes d' ar. ” (*Relatório do Serviço de Saúde de Angoche. Anno de 1901*).

Na linha de propostas anteriores que já haviam chamado a atenção para o problema dos pântanos (eg. Barros, 1845), os projetos de arborização acolheram alguma simpatia. Para certos distritos, foi mesmo sugerida a plantação de *Eucalyptus globulosa* ou de *Paulownia imperialis* embora, o mais comum fosse propor a secagem por via de aterros e o escoamento e drenagem por abertura de valas que evitassem a acumulação e a estagnação das águas, tal como propusera Zacarias Dias, em 1899, ao referir-se às medidas higiénicas que urgia implementar em Angoche.

“As providências higiénicas e as únicas que me parece indicar são o dessecamento dos pântanos e pondo em execução o processo de Tomassi Crudeli: a drenagem. Mas isso seria de sobremaneira dispendioso ao serviço público” (*António Enes - Boletim Sanitário do mês de Março de 1899*).

2 Este tipo de questões punha-se igualmente para outras áreas do Império Português, onde os principais estabelecimentos apresentavam as mesmas características. Veja-se, por exemplo, o caso de Angola para onde, em 1844, se apelava para a urgência de “organizar um regulamento sanitário adequado aqueles climas, vedando absolutamente tudo quanto a experiência tem mostrado como causas primárias dos padecimentos e mortalidade que ali sofrem os europeus, e mandando ao mesmo tempo transferir os estabelecimentos e povoações que o solicitam, quanto for possível, para lugares salubres e cómodos para o comércio e para a vida” (*Requerimento de Negociantes em Lisboa, em 1844*).

Porém e como bem sublinha o médico, qualquer que fosse a solução, a sua aplicação implicava custos públicos, eventualmente incomportáveis e não orçamentados, em equipamento e mão-de-obra, bem como conhecimentos e equipamentos técnicos e científicos que permitissem a eficácia da solução encontrada, não sendo fácil a conjugação de todas estas condições (Roque, 2013a).

Partindo do princípio que a maioria dos locais onde os portugueses se foram estabelecendo na costa oriental de África desde o século XVI era pouco salubre devido justamente à proximidade de pântanos, podia esperar-se que essa sua experiência se refletisse posteriormente não só na procura de zonas menos doentias para a instalação dos hospitais, como na procura de soluções que permitissem a secagem e/ou a drenagem dessas áreas por forma a eliminar ou minimizar as condições de insalubridade das mesmas.

Contudo, independentemente de alguns esforços desenvolvidos nesse sentido no início do século XX, particularmente em Lourenço Marques onde o pântano constituía mesmo um obstáculo físico ao crescimento da cidade (Roque, 2013), este era um dos grandes problemas que condicionava tanto a ocupação do território quanto a eficácia dos serviços de saúde (Longle, 1887), independentemente de estes servirem ou não prioritariamente a população branca, como atestam os vários exemplos um pouco por todo o território.

De facto, no início do século, muito pouco havia sido feito “... para melhorar as condições de insalubridade de quasi todos os agrupamentos da população da província” e, os pouco projetos para “remediar tão grande mal” não tinham ainda sido postos em prática (*Lourenço Marques – Boletim Sanitário do mez de Dezembro de 1905*).

Nos barracões de Magude, por exemplo, não se conhecia a presença de europeus. Destinados ao isolamento de casos de cólera, varíola, peste bubónica ou qualquer outra doença considerada infetocontagiosa, Magude, onde em 1899 surgira o primeiro caso de peste bubónica (*Lourenço Marques, Boletim Sanitário do mês de Agosto de 1899*) dispunha, em 1902, de dois lazaretos – o lazareto terrestre e o lazareto fluvial. O primeiro, junto ao pântano do Machahome e o segundo, na margem esquerda do Incomáti, 1 km a montante de Manhiça. Em qualquer dos dois, as instalações resumiam-se a “três barracas de madeira e capim”, cuja construção remontava a 1899, sendo em tudo semelhantes às que, pelo menos desde essa data (Vasconcelos, 1899), se mandavam destruir ou incendiar nas aldeias e nos subúrbios de Lourenço Marques por se considerarem potenciais focos de infeção (*Moçambique – Boletim Sanitário do mez de Abril de 1901*), e onde o serviço era assegurado por um único enfermeiro indígena, que poderia ser ajudado por alguém que já tivesse contraído qualquer uma destas doenças e se tivesse “curado” (Sousa, 1902).

Considerados insuficientes para fazer face ao novo surto de peste bubónica que se declarou em 1902, e pequenos para “acolher todos – pessoas, bagagens e mercadorias -. quantos deveram ficar sujeitos a quarentena”, foi decidida a construção de um terceiro lazareto, na margem direita do Incomáti, também ele paredes meias com o pântano e do mesmo material dos dois já ali existentes (Sousa, 1902).

À insalubridade das zonas escolhidas contrapunha-se a facilidade de fiscalização e de controlo por via do isolamento da área circundante, bem como a possibilidade da fácil e rápida destruição das construções em caso de se tornar necessário a sua eliminação para evitar contaminações.

Porém, em Lourenço Marques, no Hospital Militar da Ponta Vermelha que albergava quase exclusivamente militares europeus, as instalações de “pedra e cal” estavam longe de oferecer proteção à propagação de doenças e as condições sanitárias deixavam muito a desejar.

O hospital não tinha cisterna, a água vinda do Umbelusi era imprópria para todos os tipos de utilização

“Nota-se uma grande falta de água. N’ algumas enfermarias, doentes com desintéria, ficavam sem clisters devido à falta d’água; a que vem da língua é de tal forma que não pode ser empregada nem para a cozinha nem para remédios. A Cisterna continua em hipótese” (*Hospital Provisório da Ponta Vermelha, 23 de Janeiro de 1918*).

e os doentes andavam sujos por impossibilidade de tomarem banho,

“... as desintérias nascem nas enfermarias como cogumelos nas montanhas. A água esterilizada que vem de Mocímboa e que os doentes bebem, está pejada de larvas de mosquitos. A situação é insuportável” (*Hospital Provisório da Ponta Vermelha, 27 de Janeiro de 1918*).

Mais ou menos pela mesma altura, as instalações do próprio quartel, paredes meias com o Hospital Militar e Civil de Lourenço Marques, desembocavam também elas num pântano onde “uma grande coleção de água permanente” constituía um imenso viveiro de mosquitos e, conseqüentemente, o principal foco das febres palustres que acometiam a maioria dos doentes ali internados, sublinhando a urgência do aterro ou a “petrolagem” dos pântanos que lhes ficavam nas proximidades (Serrão, 1905; Burguete, 1906).

Em face desta situação, mais ou menos generalizada por todo o território, tornava-se frequente baixarem aos hospitais indivíduos com doenças sem qualquer relação “... com o paludismo e alguns dias depois manifestar-se este, desde a forma intermitente à perniciosa.” (*Angoche – Boletim Sanitário do mês de Dezembro de 1905*) evidenciando, deste modo, a persistência de situações muito semelhantes às que já haviam sido detalhadamente descritas em meados do século XIX, como por exemplo o caso da cólera no Hospital Militar da Ilha de Moçambique, (*Mapa estatístico dos doentes afectados de cholera... 1859*).

Por sua vez, mesmo nos casos onde o local se considerava ter os requisitos mínimos para a construção de um hospital, era frequente esbarrar-se com impedimentos não previstos que, a curto prazo, teriam conseqüências no seu funcionamento.

De novo, o Hospital de Angoche se apresenta como um exemplo desta situação.

“...levantado no dorso da pequena serra que atravessa a vila, a 25 metros de altitude ... a sua orientação (NE-SW) não é certamente a requerida para as construções em países tropicais, visto ter as duas fachadas mais extensas um tanto voltadas ao nascente e ao poente, mas a verdade é que o local e sobretudo a superfície aproveitável do dorso do monte não permitiam dar-lhe outra orientação. À parte isto, o local foi até a meu ver admiravelmente escolhido, pois além da distância relativa que o separa dos centros onde se agglomera a população da vila, a sua situação elevada permite-lhe uma ventilação fácil, constante e salutar” (*Relatório do Serviço de Saúde de Angoche. Anno de 1901*).

O relatório é omissivo sobre eventuais alternativas para a localização do hospital e também não oferece informação sobre a possibilidade desta dificuldade poder ter sido ultrapassada recorrendo a alteração da planta prevista. A alteração da planta e a interrupção das obras acarretariam despesas extras, não orçamentadas, inoportáveis para a administração local e que tornariam necessário solicitar a aprovação do novo projeto e respetivo orçamento ao Governador da Província ou mesmo ao governo da Metrópole, em função

dos valores implicados (Albuquerque, 1913: 176). Processo desde logo moroso e dispendioso que ultrapassava a capacidade dos governadores dos distritos que, mesmo no caso excepcional de existência de receitas extra, não tinham autonomia para decidir a sua aplicação (Enes, 1971: 618).

Contudo, do relatório é possível inferir que não só não houve qualquer levantamento prévio do terreno, como o projeto do hospital não teve em conta as condições específicas do local onde iria ser construído e que o mesmo, podendo ser estruturalmente bem concebido, se revelava inadequado para o espaço onde foi implementado.

Assim, a análise deste e dos restantes relatórios permite concluir que, no início do século XX os hospitais, tal como as povoações, foram construídos na proximidade de áreas pantanosas sem que as mesmas tivessem sido previamente sujeitas a obras de saneamento, que não houve levantamento prévio da área onde seriam edificados e que a sua conceção arquitetónica não teve em conta as características específicas dos trópicos onde iriam ser construídos. Nestas circunstâncias, servindo ou não prioritariamente a população europeia, como poderia o Hospital ser considerado um lugar de cura? Como poderia ser eficiente o Serviço de Saúde? Como entender a persistência destas situações num contexto de afirmação da presença portuguesa e de reforço do poder colonial em Moçambique?

Do espaço improvisado ao Hospital planeado

Com ou sem alternativas no que respeita à melhor localização dos diferentes espaços destinados a acolher doentes, o que efetivamente se constata é que muito poucas instalações sanitárias, hospitais ou simples enfermarias, observavam quer as condições de ventilação, temperatura e iluminação natural, quer as de dimensão das diferentes dependências, a altura das paredes, o tipo de cobertura ou de pavimentação requeridas em função das características específicas dos trópicos. (*Delegação de Saúde do Chai-Chai - Novembro de 1906*).

À exceção do Hospital da Ilha de Moçambique, a maioria das unidades sanitárias existentes em Moçambique em meados do século XIX, funcionava em instalações precárias, mais ou menos adaptadas para albergar doentes, profissionais de saúde e medicamentos. Em 1877, por exemplo, a enfermaria de Cabo Delgado, única unidade sanitária que ali assegurava a assistência aos doentes, era constituída por um único compartimento, sem luz, sem ventilação nem condições de higiene e, por não inspirar

“confiança aos doentes que quizessem tratar-se nellas (funcionava) numas casas fora da praça (enquanto se esperava que ficassem) prontas outras de nova construção adequada” (*Ibo - Enfermaria Regional e Civil do Districto de Cabo Delgado ... 1877*).

De igual modo, em Lourenço Marques, antes do início da construção do 1.º Hospital Militar e Civil de Lourenço Marques em Janeiro de 1878, os doentes eram atendidos num pequeno quarto, sito na praça de N. Sra. da Conceição, que até aí assegurava funções hospitalares. Dele se dizia ser

“... impossível conceber coisa mais imprópria, infecta e acanhada. O mesmo quarto, sem luz nem ventilação, húmido e quase em ruínas servia a um tempo de botica, administração, enfermaria de homens e mulheres, de brancos e pretos, de soldados e sargentos. Era verdadeiramente horroroso, indecente e vergonhoso” (*O Ocidente*, 1881, 4-85: 100-101).

Dado o crescimento de Lourenço Marques e no sentido de melhorar estas condições, durante a construção do hospital, improvisaram-se enfermarias em barracas pré-fabricadas, de madeira e cobertura de zinco, que o governo da metrópole enviara com a expedição das Obras Públicas de 1877 para serem montadas em Lourenço Marques e servirem de quartel a uma força militar ali estacionada.

Esta solução, longe de poder satisfazer as necessidades dos doentes, viria a prevalecer até à primeira década do século XX, como complemento ao próprio Hospital que, efetivamente, nunca chegou a ser concluído. As barracas continuaram a servir de enfermarias, pelo menos até 1906, quando se avançou com a construção dos primeiros edifícios do novo hospital, o Hospital Rainha D. Amélia, que em 1910 passou a chamar-se Hospital Miguel Bombarda, e que viria a ser, na capital da colónia, o primeiro a fazer jus à designação de Hospital (Roque, 2013a).

Efetivamente só na viragem do século XIX se verificaram algumas mudanças que resultaram na edificação de novos hospitais, construídos de raiz, junto das sedes das delegações de saúde³. Contudo, só mesmo após a implementação das medidas decorrentes da reorganização dos Serviços de Saúde das Colónias, em 1919 (Decreto 2:72 de maio de 1919), se assistirá a uma mudança progressiva neste domínio.

Até aí, a planta dos novos hospitais raramente correspondia ao que, do ponto de vista da higiene e saúde públicas, se considerava ser desejável, sendo que, frequentemente, se considerava apenas a direção dos ventos dominantes, como fator relevante a ter em conta aquando da elaboração da planta (Duarte, Dória e Marto, 2013).

Tudo indica que, no que respeita especificamente à planta dos edifícios, não era tanto a possibilidade ou não da sua concretização que estava em causa, mas a falta de articulação entre os diversos serviços e entidades envolvidos e a definição de prioridades da agenda colonial portuguesa. A informação disponível aponta para a ausência de articulação entre o serviço de obras públicas, que tinha a seu cargo a construção⁴, e o que era entendido como necessário por parte de quem geria e de quem usava o hospital.

Frequentemente, não só a disposição das várias dependências e as suas dimensões não eram adequadas às funções para as quais se destinavam, como o número de doentes era subestimado (*Boletim Sanitário de Moçambique – Fevereiro e Março de 1901*).

O novo Hospital de Angoche e o Sanitário do Chinde, ambos inaugurados em 1901 e subsequentemente já organizados e equipados segundo os mais modernos preceitos da medicina tropical, constituem um bom exemplo desta situação.

O primeiro apresentava-se mal estruturado, de enfermarias acanhadas e sem dependência própria para a farmácia, única na área da delegação de saúde, que teve de ser “metida num dos quartos” (*Relatório do Serviço de Saúde de Angoche, 1901*).

O segundo nascia subdimensionado de raiz. Ainda que em área ampla para se poder expandir, fora construído sem atender ao fato de ser um dos hospitais mais procuradas da Zambézia, não só pelos militares aquartelados na região e os colonos, mas por muitos

3 Em 1893, António Enes refere que os Serviços de Saúde estavam organizados em 9 delegações de saúde - Ilha de Moçambique, Mossuril, Ibo, Angoche, Quelimane, Tete, Chinde, Inhambane e Lourenço Marques - nas quais hospitais e enfermarias asseguravam o acolhimento e tratamento dos doentes. Para além destes serviços, todas as companhias militares de caçadores da província dispunham igualmente de serviços médicos prestados por pessoal da companhia que, para tal, deveria ter “instrução prática”. Enes, 1971:393-397.

4 Criada em 1858, a Junta Geral da Província tinha sob sua responsabilidade a realização de obras públicas e saneamento contudo, apenas após, 1877, a chegada da primeira Expedição de Obras Públicas a Moçambique, chefiada por Joaquim José Machado, virá dar contributo significativo a este sector.

particulares, designadamente estrangeiros, de entre os quais ingleses, que atravessando a fronteira e descendo o Zambeze, ali procuravam acolhimento e apoio médico. No conjunto dos hospitais e sanitários existentes em Moçambique nas primeiras décadas do século XX, o Sanitário do Chinde, era considerado um dos que “mais proventos arrecadava dos seu doentes particulares” (*Sanitário do Chinde – Relatório Annual de 1901*) mas, ainda assim, não se conseguiram desbloquear as verbas necessárias para que o mesmo fosse ampliado e convenientemente reparado, tornando-se a situação ainda mais crítica quando em 1903, se revelou também sem capacidade de dar resposta à situação de peste generalizada, começada nas instalações destinadas aos empregados europeus da African Lakes C.^a, onde foram encontrados vários ratos mortos (*Delegação de Saúde de Moçambique, 1905*). Ainda no Chinde, as muitas obras e remodelações que foram sendo solicitadas como necessárias nos anos seguintes, raramente viram a sua execução por falta de verba

“Em 20 de Dezembro de 1913 pelas 15 ½ horas, um furacão aluiu o barracão que servia d’enfermaria...Imediatamente comuniquei á intendência do Chinde o caso para obter das obras públicas do distrito a reparação da enfermaria. Das obras públicas de Quelimane comunicaram que a verba para reparações estava esgotada e que fosse enviado um orçamento de obras a efetuar para enviar a Lourenço Marques, o que se fez. Até hoje, nenhuma providência foi dada e estamos sem enfermaria...” (*Delegação da Saúde do Chinde – Boletim sanitário do mez de Fevereiro de 1914*).

ou, na pior das hipóteses, por incompetência de quem as executava

“Foi pouco satisfatório o estado sanitário durante o mês de maio... (e) posso asseverar e sem receio de errar, que estas alterações na saúde pública foram causadas pelas obras de saneamento a que a Câmara mandou proceder, aos quais deram um resultado perfeitamente contrário ao que se desejava obter. Tais obras foram feitas sem critério, pois à simples vista se nota a pouca ou nenhuma vantagem que adviria para o saneamento da povoação. Reputo um erro crasso, o terem mandado aterrar a vala que desde longa data existia ao longo da vila e que dava saída fácil às águas da chuva, impedindo assim que elas estagnassem e portanto se transformassem em focos de mosquitos. Já fiz ver a conveniência que há em a abrirem de novo, pois, a que foi aberta em sua substituição serviu apenas para gastarem dinheiro.” (*Delegação de Saúde do Chinde - Boletim Sanitário do mez de Maio de 1914*).

Casos houve, como o do Chai-Chai que, durante dois anos (1904 e 1905), teve uma verba de 250000 reis “para custeamento total das despesas com os serviços de uma enfermaria..., que nunca funcionou por não haver edificio apropriado”. Esta verba terá finalmente sido utilizada quando, para este fim, a Direção de Obras Públicas iniciou, em junho de 1905, a construção de um edificio “de mais largas proporções do que as necessárias para uma enfermaria” sem que, a Delegação do Serviço de Saúde tivesse sido ouvida ou consultada sobre os planos da referida obra (*Delegação de Saúde do Chai-Chai, Novembro de 1906*). Desconhecem-se as razões pelas quais a obra nunca chegou a ser concluída, designadamente se foi tida ou não em conta a opinião do delegado de saúde do Chai-Chai que, no seu relatório de 1906, sublinhava que tal construção, como foi concebida, “resultaria...num verdadeiro atentado contra os mais rudimentares preceitos de higiene hospitalar”, caso tivesse sido concluída e alguma vez utilizada para fins hospitalares. (*Delegação de Saúde do Chai-Chai, Novembro de 1906*).

Assim, à semelhança do que acontecera com o primeiro hospital de Lourenço Marques (O Ocidente, 1881 (4-85): 100-101), também aqui foi feito um grande investimento em instalações que nunca chegaram a ser utilizadas, cativando-se dinheiros públicos em obras que, em vez de contribuírem para melhorar os serviços de saúde, comprometeram o seu funcionamento.

A estas questões, acrescia ainda a ausência de um plano de esgotos e de remoção dos desperdícios do hospital, o que facilitava a acumulação de lixos de natureza variada, potenciando doenças e problemas de saúde pública nem sempre fáceis de resolver. Porém, também neste caso, os elevados custos dos trabalhos, designadamente a construção de um sistema de esgotos, e um orçamento diminuto, faziam relegar para segundo plano, obras que deveriam ser prioritárias.

Em Angoche, por exemplo, mesmo tendo em conta os perigos do lançamento dos dejetos diretamente para o solo ou para o rio e a consequentemente contaminação destes,

“esgotos não os há nem é permitido pensar nelles, não pela dificuldade da sua construção mas pela deficiências de meios pois são insignificantes as verbas de que dispõem os cofres da municipalidade para melhoramentos desta ordem.” (*Relatório do Serviço de Saúde de Angoche. Anno de 1901*).

E, em Lourenço Marques, faltavam não só os esgotos (*Lourenço Marques – Boletim Sanitário do mez de Dezembro de 1905*), como o lixo se acumulava nas ruas, durante dias a fio, deteriorando-se pela exposição ao calor, enquanto esperava que as carroças da câmara o transportasse para vaziar diretamente no rio (Roque, 2013a).

Se a resolução deste problema deveria ser prioritária em termos de saneamento urbano, a nível dos hospitais surgia como absolutamente fundamental sob pena do hospital se tornar a principal fonte da doença.

“A remoção das imundices e de toda a quantidade de impurezas inerentes ao complicado funcionamento d’um hospital representa um fator sanitário de tal modo importante que pode dizer-se em absoluto que não há higiene hospitalar onde não existe um processo eficaz que garanta essa remoção” (*Relatório do Serviço Médico da Companhia Europeia de Infantaria – Anexo, Lourenço Marques, Setembro de 1907*).

Segundo o chefe de serviço médico da companhia europeia de infantaria que prestava serviço no Hospital Militar da Ponta Vermelha, o problema era simultaneamente um problema de engenharia e de higiene e “ambas conjugadas na técnica de engenharia sanitária”, sendo impossível pensar que um hospital ficaria pronto a ser usado sem que o mesmo tivesse um sistema eficaz de eliminação de todas as “imundices sólidas e líquidas”. “Higienicamente era um atentado científico e economicamente um grande erro de administração.” (*Relatório do Serviço Médico da Companhia Europeia de Infantaria – Anexo, Lourenço Marques, Setembro de 1907*).

A globalidade da informação constante destes relatórios aponta, efetivamente, para um desajustamento entre o que se pretendia fazer e como devia e poderia ser feito, independentemente de quem seria o principal beneficiário destes serviços. Contudo, mais do que falta de conhecimentos ou incompetência, este desajustamento decorre e reflete opções políticas precisas, concretizadas na definição das prioridades da agenda colonial portuguesa para Moçambique no início do século XX.

Alguns documentos atestam já os esforços que começavam a ser desenvolvidos no sentido da implementação de medidas de reforço e consolidação das políticas de saúde

“As instalações que vão sendo construídas obedecem a um plano de arquitectura sanitária que me parece deverá satisfazer os mais exigentes. Não só os delineamentos geraes do edificio como também os detalhes da construção se subordinam a um critério científico que põe em prática todos os dados sanitários modernamente applicáveis à instalação dos hospitais coloniais.” (*Relatório do Serviço Médico da Companhia Europeia de Infantaria – Anexo, Lourenço Marques, Setembro de 1907*).

Porém, muitos outros continuam a dar conta da persistência de situações anteriores, seja no que respeita à adaptação de edificios sem condições

“Fizeram-se algumas pequenas reparações mais urgentes e indispensáveis, tanto no edificio como no mobiliário do Hospital. Continuou, como os meus antecessores, a reclamar com urgências profundas reparações de que necessita esta antiga cavalariça, promovida a Hospital. O que é vergonhoso atestado de incuria com que se olham as coisas que dizem respeito à assistência pública...” (*Delegação de Saúde do Chibuto – Boletim sanitário do mez de Janeiro de 1914*).

Seja na escassez de equipamentos que permitiriam dotar as unidades sanitárias de instrumentos eficazes na prevenção e combate às doenças, em particular as doenças infetocontagiosas e o paludismo, e evitar situações epidémicas como a que se verificou em Lourenço Marques, em 1907, justificada apenas porque faltavam

“...as instalações providas de material e pessoal, sem as quais não pode haver uma regular organização de defesa sanitária.... (tornando urgente) dotar a cidade... com os seguintes melhoramentos sanitários:

- 1.º Um hospital moderno e higiénico com todas as instalações necessárias para o tratamento dos doentes comuns e doenças epidémicas;
- 2.º Um posto de desinfecção que desempenhe funções sanitárias marítimas e terrestres;
- 3.º Um laboratório de análises clínicas, microscópicas e bacteriológicas com auxiliar indispensável de diagnóstico clínico e da política sanitária de alimentos” (*Serviços Sanitários de Lourenço Marques, 1907*).

Neste contexto, como perceber e enquadrar todos estes aspetos na perspetiva de um serviço de saúde que servia um grupo de restrito da população, civil e militar, visando, sobretudo, preservar a saúde da comunidade branca e neutralizando possíveis fontes de contágio? Como conciliar a localização e o traçado das instalações hospitalares com o espaço existente e disponível para a sua implantação no terreno? Como articular a sua construção com a das infraestruturas de saneamento, na perspetiva dos objetivos e prioridades dos portugueses e do orçamento disponível para a colónia?

Nota final

Os exemplos apresentados são apenas algumas das inúmeras questões que tem surgido da leitura desta documentação e que tornam evidente que a análise da implementação, objetivos e funcionamento dos Serviços de Saúde em Moçambique não se esgota numa relação simples de “agente do colonialismo” e “defesa da saúde do colonizador”.

Sem que se ponha em causa tal relação, o estudo da documentação produzida para e por estes serviços evidencia, para o período compreendido entre o último quartel do século XIX e a e o primeiro do século XX, a necessidade de uma articulação com outros serviços, designadamente os Serviços de Obras Públicas, de modo perceber a relação entre estes dois sectores, o seu papel no quadro da implantação do colonialismo, que investimento foi feito de facto nestes sectores e qual o seu lugar na hierarquia das prioridades dos investimentos considerados e aplicados. Neste sentido, este trabalho não é mais do que o início de uma pesquisa que envolve a documentação produzida por estes dois serviços no âmbito do processo de implantação do colonialismo em Moçambique com vista a uma melhor compreensão das diferentes particularidades deste mesmo processo, num período tão particularmente conturbado, em termos nacionais e internacionais, quanto foi o início do século XX.

Longe de, para já, se poderem apresentar conclusões, é no entanto possível afirmar que esta documentação testemunha a fragilidade da operacionalidade e eficácia do sistema de saúde, não tanto pelos seus objetivos no que respeita à aplicação de uma política que visasse fundamentalmente a defesa da saúde da minoria branca da colónia, mas porque o seu funcionamento esbarrava permanentemente com dificuldades que lhe eram exteriores e lhe impunham, no dealbar do século XX, um lugar subalterno na lista das prioridades definidas e (re)definidas em permanência no quadro geral da ocupação colonial do território. Importa pois reequacionar também a questão das próprias prioridades e os condicionalismos destas e como é que, umas e outras, afetaram a implementação e funcionamento dos Serviços de Saúde em Moçambique, no início do século XX, quando a colónia será palco “de uma economia produtiva e em franca expansão” (Newitt, 1995: 342) mas também e ainda de grande instabilidade política e militar.

Referências no texto

Documentação de arquivo

- Angoche – Boletim Sanitário do mês de Dezembro de 1905.* AHU 1515 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1898-1901) Serviço de Saúde.
- António Enes – Boletim Sanitário do mês de Março de 1899 elaborado por Zacaria Dias, médico.* AHU 1514 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1897) Serviço de Saúde.
- Boletim Sanitário da Província de Moçambique, Ano de 1907 (Março),* AHU 1528, DGU 8.^a Repartição, Moçambique (1906-1917) Serviço de Saúde.
- Boletim Sanitário da Província de Moçambique, Ano de 1901,* AHU 1508, DGU 5.^a Repartição, Moçambique (1901-1902) Serviço de Saúde.
- Boletim Sanitário da Província de Moçambique, Ano de 1912,* AHU 1527, DGU 8.^a Repartição, Moçambique (1911-1912) Serviço de Saúde.
- Barros, Filipe José de (1845), *Ofício n.º 196/1845 de Filipe José de Barros, Cirurgião mór de Quelimane e Rios de Senna, Moçambique, 25 de Dezembro de 1845.* AHU 1507 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1845-1868) Serviço de Saúde – Ofícios dos empregados da saúde.
- Burguete (1906), *Relatório do Serviço Médico às Praças da Companhia Europeia de Infantaria, Lourenço Marques, 4 de Dezembro de 1906.* – *Boletim Sanitário da Província de Moçambique. Anno de 1906.* AHU 1528, DGU 8.^a Repartição, Moçambique (1906-1917) Serviço de Saúde.

- Delegação da Saúde do Chinde – Boletim sanitário do mez de Fevereiro de 1914.* AHU 1669, MU, DGC 5.^a Repartição PT Moçambique (1914-1916).
- Delegação de Saúde do Chinde – Boletim Sanitário do mez de Maio de 1914.* AHU 1669, MU, DGC 5.^a Repartição PT Moçambique (1914-1916).
- Delegação de Saúde de Moçambique – Relatório do Anno de 1905.* AHU, 1515 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1900-1905) Serviço de Saúde.
- Ibo - Enfermaria Regional e Civil do Districto de Cabo Delgado. Relatório elaborado por Cláudio Henriques Barreto, 31 de Dezembro de 1877.* AHU, 1506 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1848 -1890) Serviço de Saúde.
- Lourenço Marques - Boletim Sanitário do mês de Agosto de 1899 elaborado por Aurélio Galhardo Barreiros, Delegado de Saúde e Facultativo de 1.^a.* AHU, 1514 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1897) Serviço de Saúde.
- Lourenço Marques – Boletim Sanitário do mez de Dezembro de 1905.* AHU 1528, DGU 8.^a Repartição, Moçambique (1906-1907) Serviço de Saúde.
- Mapa estatístico dos doentes afectados 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 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1845-1868) Serviço de Saúde – Offícios dos empregados da saúde.
- Moçambique – Boletim Sanitário do mês de Abril de 1901 elaborado por Joel Serrão, chefe dos Serviços de Saúde.* AHU 1508 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1901-1902) Serviço de Saúde.
- Relatório do Serviço Médico da Companhia Europeia de Infantaria – Anexo, Lourenço Marques, Setembro de 1907.* AHU 1528, DGU 8.^a Repartição, Moçambique (1906-1917) Serviço de Saúde.
- Relatório do Serviço de Saúde de Angoche. Anno de 1901.* AHU 1515 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1900-1905) Serviço de Saúde.
- Sanitário do Chinde – Relatório Anual 1901,* AHU 1515 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1900 -1905) Serviço de Saúde.
- Serrão, José (1905) Carta do diretor do hospital e chefe de saúde José Serrão, para o governador do Distrito de Lourenço Marques, 25 de Nov. 1905.* AHU, 1515 DGU 5.^a Repartição. Moçambique (1900 -1905) Serviço de Saúde.
- Sousa, A. O (1902), Relatório de Augusto Oliveira e Sousa, facultativo de 2.^a classe, da visita a Magude, 14-3-1902.* AHU SEMU DGU Moçambique (1902-1903) Serviço de Saúde. Capa 1902 – Província de Moçambique: Documentos de Estatística do Serviço de Saúde.
- Vasconcelos, Alberto de (1899), Hospital Militar e Civil de Lourenço Marques- Relatório do mês de Março de 1899, elaborado por Alberto de Vasconcelos, facultativo de 1.^a classe.* AHU 1514 DGU Moçambique (1897) Serviço de Saúde.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, J. Mouzinho de (1913), *Província de Moçambique (1899)*, Tipografia Minerva, Vila Nova de Famalicão.
- Decreto n.º 5:727 de 10 de Maio de 1919 – Diário da República, I.^a Série, 98:1143-1145 (11.^o suplemento)*, Disponível para consulta e download em <http://dre.pt/pdfis-dip/1919/05/09811/11431145.pdf> (último acesso Fevereiro de 2014)

- Duarte, J. Miguel Couto, Dória, J. Luis e Marto, L. (2013), “Maquetas de Estruturas de Serviços de Saúde no Antigo Ultramar Português: Ciência, Arquitectura e Política (Coleção do Museu do IHMT) – Concepção e uso de projectos tipo em Moçambique, na primeira metade do século XX”, in Roque, Ana Cristina e Rodrigues, Eugenia, coord., *Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique. História Memória e Ciência*, ICT, Lisboa, 2013. Ed. digital ISBN 978-989-742-006-1.
- Dube, Francis (2009), *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)*. Dissertation, University of Iowa. Disponível online e para download em <http://ir.uiowa.edu/etd/2694> (último acesso Janeiro de 2014)
- Enes, António (1971), *Moçambique – Relatório apresentado ao governo (1893)*, 4.ª edição, AGU. Lisboa.
- Longle, Armando (1887), *Do saneamento e alargamento da vila de Lourenço Marques*, Lisboa.
- Lopes, Carlos Lopes (s/d), *Memórias de Cabo Delgado - Epidemia de Varíola na Ilha /Vila do Ibo entre Abril de 1883 e Janeiro de 1884*. Disponível online e para download em <http://www.youblisher.com/p/55591-epidemia-de-variola-na-ilha-vila-do-ibo-entre-abril-de-1883-e-janeiro-de-1884/> (último acesso Fevereiro de 2014)
- Newitt, Malyn (1995), *História de Moçambique*, Lisboa, Publicações Europa-América.
- “O Hospital de Lourenço Marques”, *O Ocidente*, 1881 (4-85): 100-101.
- “Requerimento de Negociantes em Lisboa, em 1844”, *Anais Marítimos e Coloniais*, 1844 (3) (parte não oficial), 4.ª série: 99-105.
- Roque, Ana Cristina (2013), “The growing of Lourenço Marques in the turning of the 19th century: urbanization, environment and sanitation”. Comunicação apresentada à *Conference Colonial and Postcolonial Urban Planning in Africa*, Lisbon, 5-6 September, 2013.
- ____ (2013a), “As Histórias que ficaram por contar: Saúde, crescimento urbano e ambiente em Moçambique na viragem do século XX”, in Roque, Ana Cristina e Rodrigues, Eugenia, coord., *Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique. História Memória e Ciência*, ICT, Lisboa, 2013. Ed. digital ISBN 978-989-742-006-1.
- ____ (2014), “Doença e cura em Moçambique através dos relatórios dos Serviços de saúde dos finais do século XIX”, *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 2014 (21-2): 515-538.
- Shapiro, Martin Frederick (1968), *Medicine in the Service of Colonialism. Medical care in Portuguese Africa (1885-1974)*. Dissertation, University of California, Los Angeles. (documento não publicado, com cópia disponível na Biblioteca Nacional de Portugal, sob cota BNP - S. A. 85717 V.).

