

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**

Aspectos do sistema de organização da rede sanitária colonial na região Sul do Save, 1960 - 1974: Problemas e Perspectivas

"Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura da Universidade Eduardo Mondlane"

Lucas Langue Gulube

Supervisores:

Prof. Dr. David Hedges - Departamento de História UEM

Dr. António Sopa - Arquivo Histórico da UEM

614(679)

G 913 a

Maputo, Abril de 1997

F. LETRAS U.E.M.

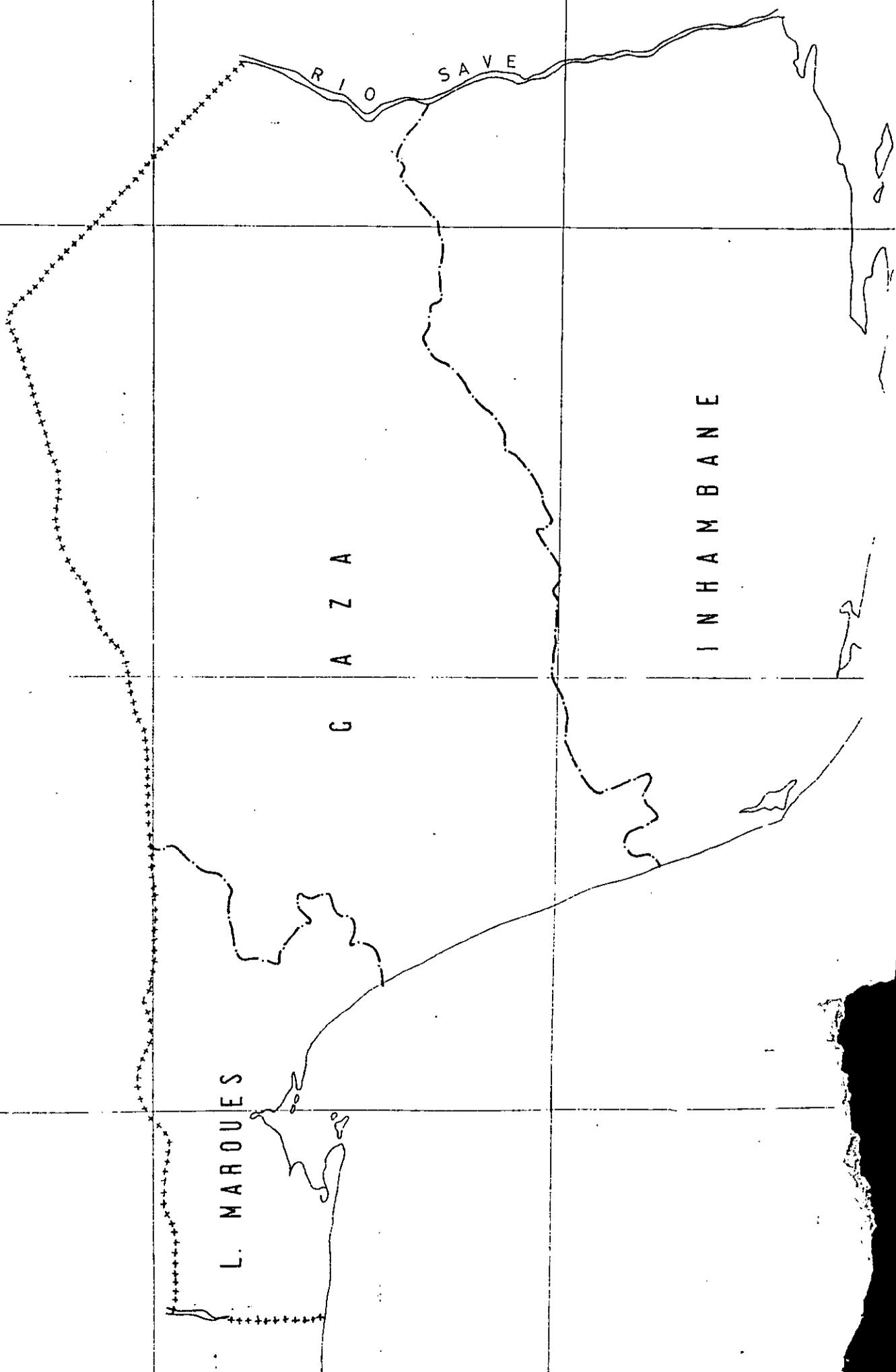
R. E. 26/97

DATA 11/ Maio 1997

AQUISIÇÃO 0,00

COTA HT-32

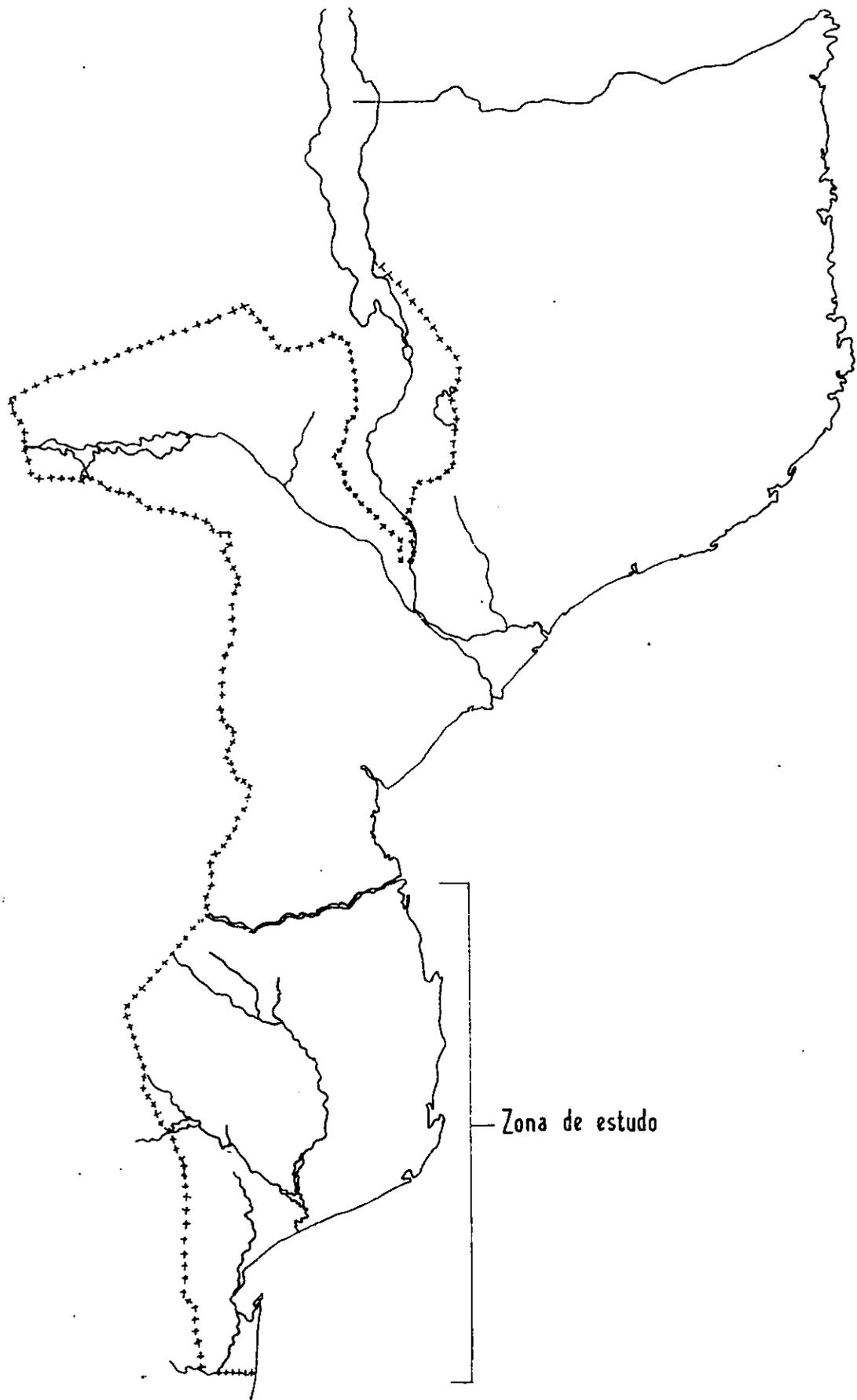
04



32°

34°

MAPA DE MOÇAMBIQUE



HT-32
B.E: 26191

DECLARAÇÃO

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada, na sua essência, para a obtenção de qualquer grau, e que ela constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

Maputo, Abril de 1997

O Declarante


(Lucas Langue Glube)

AGRADECIMENTOS

Quero exprimir os meus agradecimentos, em especial aos meus tutores: Prof. Dr. David Hedges e ao Dr. António Sopa, pelo valioso apoio prestado ao longo da pesquisa e na elaboração deste trabalho.

Este agradecimento é extensivo a todos aqueles que me apoiaram durante o curso, em especial os professores da UEM, colegas da Faculdade, ao MISAU, colegas de serviço e outros que de forma directa ou indirecta me auxiliaram nos momentos difíceis.

Um agradecimento especial é dirigido aos antigos trabalhadores da saúde e utentes das unidades sanitárias, pelas valiosas informações fornecidas durante as entrevistas.

Um grande apreço vai para os colegas entrevistadores locais e ao motorista do GEMT, pelo apoio prestado durante a fase da pesquisa. Porém, esta pesquisa não teria sido possível sem o apoio financeiro. Por isso aqui fica assinalado o meu muito obrigado à FUMIS (MISAU).

Não posso terminar sem dirigir uma palavra ao pessoal do AHM, aos técnicos de computação, ao Dr. Óscar Monteiro que me apoiou na revisão final do texto e ao colega Teodósio na elaboração dos mapas.

A todos muito obrigado!

DEDICATORIA

Dedico este trabalho à minha mãe (falecida), ao meu pai, aos meus filhos, aos meus irmãos, à Inês e a toda a família.

SÍGLAS USADAS

- AHM:** Arquivo Histórico de Moçambique
B.O.: Boletim Oficial
CPRS: Comissão de Planeamento Regional do Sul do Save
Dec: Decreto
DL: Decreto-Lei
EB: Conselho Executivo da OMS
FUMIS: Fundação Moçambicana para Investigação em Sistemas de Saúde
GACOPI: Gabinete de Coordenação de Projectos e Investimentos do MISAU
HCMB: Hospital Central Miguel Bombarda
HULM: Hospital da Universidade de Lourenço Marques
IIMM: Instituto de Investigação Médica de Moçambique
INS: Instituto Nacional de Saúde
IPSP: Instituto Provincial de Saúde Pública
MISAU: Ministério da Saúde
PMT: Praticante da Medicina Tradicional
S.S.A.: Serviços de Saúde e Assistência
S.S.H: Serviços de Saúde e Higiene
UEM: Universidade Eduardo Mondlane
ULM: Universidade de Lourenço Marques
WHA: World Health Assemble

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO -----	1
* Objectivos-----	4
* Metodologia-----	5
CAPÍTULO I: CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DO SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA EM MOÇAMBIQUE E DO SUL DO SAVE -----	9
I.1 - Antecedentes históricos -----	11
I.2 - Aspectos geo-climáticos e demográficos -----	17
CAPÍTULO II: A ORGANIZAÇÃO DA REDE SANITÁRIA E A ESTRUTURA NESONECROLÓGICA DA REGIÃO SUL DO SAVE (1960/1974) ----	23
II.1 - Rede de assistência hospitalar -----	25
II.2 - Perfil nosonecrológico da região Sul do Save --	33
II.2.1 - Acção preventiva e/ou profilática -----	38
CAPÍTULO III: ENTRE AS INTENÇÕES E OS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE SANITÁRIA NO SUL DO SAVE -----	48
III.1 - Planos de desenvolvimento sócio-económico e resultados da acção sanitária -----	50
III.1.1 - Infraestruturas sanitárias, Capacidade orçamental e grau de abrangência dos programas de saúde -----	53
III.1.2 - Grau de acessibilidade e tipo de assistência prestada às populações -----	59
III.2 - Principais constrangimentos do sistema de organização da rede sanitária -----	66
III.3 - Participação particular e missionária e recurso alternativo das populações -----	75
III.3.1 - O recurso alternativo das populações indígenas -----	80
III.4 - A implementação da política sanitária vista no contexto regional do Sul do Save -----	87

CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	92
I - Considerações gerais -----	92
II - Recomendações -----	95
 BIBLIOGRAFIA -----	 97
I - Fontes orais -----	98
II - Fontes de Arquivo -----	101
III - Fontes impressas -----	103

ANEXOS

Anexo I: Principal legislação com impacto no sistema de organização da rede sanitária no Sul do Save

Anexo II: Tipo de formações sanitárias e sua distribuição pelos distritos sanitários do Sul do Save

Anexo III: Evolução da rede sanitária no Sul do Save (1960/74)

Anexo IV: Organigrama dos S.S.A. da colónia de Moçambique

Anexo V: Pessoal médico, de enfermagem e outro pessoal em serviço no Sul do Save

Anexo VI: Movimento vacinal dos estabelecimentos de assistência dos S.S.A. no Sul do Save, entre 1965/73

Anexo VII: Movimento nosonecológico registado nos estabelecimentos dos S.S.A. da colónia(1960,1965 e 1970)

Anexo VIII: Rede de assistência missionária e particular da região Sul do Save

Anexo IX: Movimento sanitário dos estabelecimentos de saúde das missões religiosas

Anexo X: Movimento sanitário dos Postos médicos das Corporações, Corpos, Autoridades Administrativas e entidades particulares

Anexo XI: Mão-de-obra moçambicana e do Sul do Save recebida nas minas da África do Sul (1960/1974)

Anexo XII: Síntese das respostas dadas pelos inqueridos nos distritos de Lourenço Marques, Gaza e Inhambane

Anexo XIII: Instrumentos de pesquisa:

1 - Guião de entrevistas para os antigos trabalhadores de saúde

2 - Guião de entrevista para os utentes, curandeiros, autoridades locais e mineiros.

Anexo XIV: Mapa de percurso realizado durante o trabalho de pesquisa

Anexo V: Imagens fotográficas

LISTA DOS MAPAS

Mapa I: Mapa geral de Moçambique e da zona Sul do Save

Mapa II: Densidade demográfica do Sul do Save

Mapa III: Distribuição da rede sanitária no Sul do Save
(1960/74)

Mapa IV: Percurso realizado durante o trabalho de pesquisa

RESUMO

O estudo, de carácter descritivo da história institucional e social, aborda alguns aspectos que mostram a evolução do sistema de organização da rede sanitária colonial da região Sul do Save, no período entre 1960 e 1974.

Partindo de algumas premissas e baseando-se em fontes escritas e orais, a análise traça a retrospectiva do sistema sanitário e evidencia os principais momentos que o caracterizaram, mormente a influência dos factores político-ideológicos, sócio-económicos e culturais. Por outro lado, mostra que os particulares interesses coloniais e a correlação de forças na região foram determinantes, quer na localização geográfica como na definição do perfil sanitário das populações.

Na implementação dos objectivos traçados, verifica-se que os constrangimentos económicos, humanos e materiais inviabilizaram algumas acções, especialmente a componente da extensão da rede sanitária na zona. Estes constrangimentos foram agravados pelo carácter discriminatório da política sanitária colonial, tendo inibido em muitos casos a possibilidade de acesso das populações mais desfavorecidas.

No contexto de abrangência das acções sanitárias, o estudo realça o relativo incomprimento de algumas resoluções da OMS, especialmente as que se referem à saúde pública. Com efeito, durante o período estudado verifica-se que as medidas profiláticas e/ou de imunização em muitos casos foram na prática insignificantes e/ou bastante limitadas.

Para equilibrar a fraca cobertura oferecida pelo estado, ressalta a contribuição dada pelas instituições missionárias, com maior impacto nas zonas rurais, maioritariamente habitadas pelas populações indígenas. Estas, devido à exiguidade da cobertura da rede sanitária, muitas vezes tiveram que usar para a prevenção e tratamento das doenças outras formas tradicionais de medicina.

As principais linhas de força do estudo mostram não só a inadequação da estrutura sanitária estatal daquele período, como evidenciam a necessidade de interligação de factores, como condição essencial do sucesso de um sistema de saúde moderno, isto é, promotivo e capaz de envolver a comunidade na resolução dos problemas de saúde.

INTRODUÇÃO

A saúde, um dos bens mais preciosos a que o homem permanentemente aspira, foi desde os tempos mais recuados da humanidade alvo de preocupações, que variaram em função de diversos factores, sendo o da dinâmica de desenvolvimento histórico de cada povo, aquele que ocupa um dos lugares de maior destaque.

No contexto histórico moçambicano, a resposta dada na fase de ocupação colonial não só não foi uniforme, como teve períodos distintos que caracterizaram a aplicação da política visando a cobertura sanitária do território.

Nota-se por exemplo que no cômputo geral da aplicação da política colonial, especialmente no respeitante à componente ideológica que nem sempre teve em conta o carácter específico e sócio-cultural das populações indígenas, não tendo por isso havido espaço de conciliação entre a verdadeira dimensão histórica do colonizado e as exigências político-ideológicas do colonizador.⁽¹⁾

Por isso, o que se verificou foi uma forte imposição dos valores sócio-culturais e tecnológicos do colonizador, tendo no caso particular das instituições sanitárias sido caracterizada pela simples introdução da modernização, sem criar espaço que levasse as populações indígenas a assumirem gradualmente os verdadeiros alcances da medicina moderna. Por outro lado, constata-se que a localização da rede sanitária não teve em conta a real distribuição das populações, mas a satisfação dos interesses coloniais e da população colona.⁽²⁾

¹ Este e outros aspectos da dimensão histórica do povo moçambicano, são desenvolvidos por Severino Elias Ngoenha, na obra: Por uma dimensão moçambicana da consciência histórica, Porto, Ed. Salesianas, 1992, p. 13 e seguintes.

² Os aspectos da dimensão ideológica da política sanitária colonial, especialmente no que toca à satisfação dos interesses capitalistas e do regime colonial, estão amplamente desenvolvidos na tese de doutoramento de Martin F. Shapiro, *Medicine in the Service of Colonialism: medical care in Portuguese Africa (1885-1974)*, Los Angeles; University of California, 1983.

No quadro da ocupação colonial portuguesa em Moçambique, é fácil verificar que no período que se estende desde os inícios da década de 60 até os finais da década de 70, está carregado de fortes mutações ideológicas e sócio-económicas, com profundas influências na área social, como educação e saúde. Tudo se inscrevia num programa mais amplo de modernização e de centralização dos factores de produção do capital colonial, que redundaram na necessidade de adopção de políticas de fixação, por um lado das comunidades indígenas rurais e, por outro, das comunidades colonas em zonas mais ou menos urbanizadas.

Decorridos que foram mais de 20 anos após a independência, sentimos que o país necessita ainda hoje de consolidar as suas estruturas políticas, económicas e sociais.

Com efeito, Moçambique debate-se ainda hoje com problemas da guerra, da fome, da nudez e de inúmeros outros problemas sócio-económicos, que directa ou indirectamente afectam a saúde das populações.

Como ontem, ainda hoje e mesmo no futuro, sente-se que o país necessita e necessitará de identificar estratégias adequadas de combate à doença, através da definição de políticas globais e sectoriais que estejam, por um lado, de acordo com os recursos económicos e tecnológicos e, por outro, adequadamente combinadas com a realidade sócio-cultural das comunidades visadas.

Neste sentido parece óbvio que o conhecimento do passado histórico do país (sobretudo o dos constrangimentos da política de planificação sanitária colonial) se revela hoje como elemento fundamental no contexto da definição do sistema de saúde, buscando nesse passado as experiências negativas e positivas.

Cóm efeito, no contexto histórico, e como nos diz Severino Nguenha,

"o problema não é saber se os antecedentes são agradáveis aos nossos olhos ou não. Agradáveis ou não, eles estão lá, remoendo e salgando o nosso futuro com os seus aspectos positivos e

negativos" para no outro passo referir "(...) que o passado é a via mestra para pensar o futuro, pois este último está já escrito no primeiro".⁽³⁾⁽⁴⁾

O presente trabalho, longe de ser inédito, é uma reflexão, visando buscar os aspectos sócio-políticos e ideológicos inerentes ao desenvolvimento da instituição sanitária colonial, circunscrita à área geográfica do Sul do Save, no período que se estende desde 1960 a 1974.

A escolha da primeira baliza tem por objectivo abarcar o período que corresponde às transformações sócio-económicas e geo-estratégicas, durante o qual Portugal se viu na contingência de introduzir novas formas de desenvolvimento com vista à modernização capitalista. Esta política se inscrevia num programa mais amplo que visava suprir as dificuldades económicas, através da integração de Portugal no subsistema da África Austral, da intensificação da modernização e da centralização da economia.

Importa analisar até que ponto estas medidas políticas e económicas terão influenciado a implementação da política sanitária, integrada no contexto mais global do desenvolvimento dos Planos Fomento.⁽⁵⁾

Por outro lado, no contexto sanitário devemos salientar que na década de 60 se salientou o facto de Portugal ter introduzido reformulações nas orientações de base que datavam da década de 40, dando ênfase às condições específicas de Moçambique. Registou-se o caso da abordagem

³) Cf. Severino E. Ngoenha, op. cit., p. 30-31

⁴) Por outro lado, se partirmos da premissa de que o habitat das populações pode ser considerado nefasto para a saúde, também não é menos verdade que a análise das medidas sanitárias tomadas pode ter efeitos, cujo conhecimento contribui para a perspectivação de acções que levem à identificação de patologias antigas e actuais, decorrendo daí a necessidade de encontrar medidas adequadas para combatê-las.

⁵ Interessa-nos salientar neste caso o desenvolvimento dos seguintes Planos de Fomento:

II Plano de Fomento : 1959-1964

Plano Intercalado: 1965-1967

III Plano de Fomento: 1968-1973

IV Plano de Fomento: 1974...

dos problemas de saúde pública, a necessidade de coordenação assistencial com as entidades religiosas e o desenvolvimento das instituições de investigação científica e médica.⁽⁶⁾

No contexto político, o ano de 1960 é denominado como "ano africano", por ter sido o auge da emancipação das lutas políticas africanas e, em Moçambique, coincide com a formação de movimentos nacionalistas, mais tarde unificados na Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), que levaria ao desencadeamento da luta armada de libertação nacional. Este e outros acontecimentos, imprimiram nova dinâmica na implementação da política sanitária colonial.⁽⁷⁾

Quanto à segunda baliza, há a salientar que o ano de 1974 coincide com a derrocada do regime colonial, numa altura em que se perspectivava a execução do IV Plano de Fomento, que no âmbito social preconizava o alargamento das acções contidas na política sanitária, num esforço suplementar do regime colonial que incluía a reorganização da rede sanitária e toda a forma de intervenção na comunidade no contexto das orientações da OMS.

1. OBJECTIVOS

1.1 - GERAIS:

- Identificar os aspectos político-ideológicos e sociais que influenciaram o sistema de organização da rede sanitária na região Sul do Save, entre 1960 e 1974, sobretudo o impacto social do sistema no seio das populações, mormente na melhoria do estado de saúde das populações mais desfavorecidas, tendo em conta os planos de

⁶ Cf. O Decreto nº. 45.541, de 8/2/1964, que reformula o Decreto nº. 34.417, de 21/2/1945.

⁷ No âmbito da política colonial, a década 60 representou o alargamento da rede sanitária, como podemos ver na obra de Tertuliano Soares, "Resultados da política de saúde em Moçambique" In: Moçambique: Curso de extensão Universitária (ano lectivo 1964-65), Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina, Companhia Editora Nacional, 1965, p. 601-33.

desenvolvimento preconizados na época.

1.2 - ESPECIFICOS

- Identificar os objectivos de organização imprimidos nas décadas 60 e 70, especialmente os que preconizavam a extensão da rede sanitária na região Sul do Save;
- Identificar o número dos estabelecimentos sanitários, sua natureza (níveis de atenção), seus objectivos - raio de acção e/ou de influência;
- Comparar os aspectos proclamados (intenções político-ideológicas) e o que na realidade foi possível implementar;
- Analisar as causas de sucesso e de insucesso dos programas, sobretudo as dificuldades de inserção (grau de cobertura) nas populações da região em estudo, especialmente as diferenças de cobertura entre as zonas do litoral e as rurais (do interior);
- Identificar as principais formas de tratamento utilizadas pelas populações indígenas (ou outros tipos de medicina), face à exiguidade e/ou fraca cobertura sanitária;
- analisar e/ou descrever o impacto social da rede sanitária missionária no contexto da extensão da rede oficial (estatal);
- analisar e/ou descrever as principais acções assumidas pelo regime colonial, no contexto das grandes endemias e doenças infecto-contagiosas, bem como as acções de carácter promotivo no seio das comunidades da região.

2 - METODOLOGIA

Para a fase de pesquisa foram definidas as seguintes premissas e/ou hipóteses:

- Que a extensão territorial, isto é, a distância da casa à unidade sanitária é um factor que dificultou o acesso das populações ao sistema de saúde colonial;
- Que o tipo de legislação sanitária publicada, sistema de planificação e o grau da sua implementação nem sempre tiveram em conta as reais necessidades das populações do Sul do Save;

- Que o número da população e sua distribuição na região estava em desequilíbrio comparativamente ao grau de oferta do sistema de saúde;
- Que a distribuição (localização) dos estabelecimentos sanitários, nível de organização e de subordinação obedeciam aos interesses dos colonos;
- Que os recursos disponíveis (humanos, financeiros e materiais) nem sempre estiveram à altura de corresponder às necessidades de assistência e da extensão da rede sanitária;
- Que a distribuição do pessoal (quantidade e qualidade) estava aquém das reais necessidades;
- Que as estatísticas de funcionamento das unidades (quantidade e qualidade) podem ser um instrumento valioso para avaliar o nível das prestações e os objectivos de cada nível de atenção de saúde;
- Que o recurso às outras formas de medicina foi incentivada pela fraca cobertura sanitária e à política de discriminação adoptada pelo regime colonial;
- Que a participação missionária e particular teve um impacto substancial, sobretudo na assistência às populações desfavorecidas.

A fase de recolha de dados consistiu na pesquisa bibliográfica (fontes escritas) e uso de fontes orais, através de entrevistas em profundidade com o uso de um guião de perguntas para antigos trabalhadores e utentes das unidades sanitárias, incluindo antigas autoridades locais, curandeiros e trabalhadores das minas, num total de 57 (cinquenta e sete) entrevistas e visitadas 23 (vinte e três) unidades sanitárias, entre estatais, missionárias e privadas.

Em relação às fontes escritas, devemos salientar que existe um certo número de monografias que analisam a trajectória do sistema de saúde colonial. Porém as mais antigas pecam por serem parciais, isto é, escritas pelos antigos servidores do regime, priorizando neste caso os

aspectos que enaltecem a "epopeia ultramarina portuguesa"⁽⁸⁾. Porém existe outra (a escrita por alguns técnicos que abordam os aspectos técnico-científicos de organização da rede sanitária, os principais problemas de inadequação do sistema e/ou constrangimentos do regime em levar avante os planos de saúde.⁽⁹⁾)

Outro grupo de fontes escritas primárias (Fundo do Governo Geral) é constituído pelos relatórios dos Serviços de Saúde e pela legislação em vigor, tanto da fase anterior como posterior a 1960. Nos relatórios incluímos aqueles que analisam a execução dos Planos de Fomento. A maior parte destes relatórios elucidam-nos sobre as estatísticas das prestações, mas por vezes prestam-se a confusões de incongruência com os dados publicados pelos serviços de estatística. Por outro lado, alguns assinalam mesmo não só a inadequação desses dados, deixando transparecer dificuldades diversas, como deixam transparecer que o sistema de recolha de dados nem sempre foi mais adequado e abrangente.⁽¹⁰⁾ É de lamentar que não tenha sido possível ter acesso ao "Annuaire de statistique sanitaire mondiales", pois teria sido possível encontrar vários padrões de comparação de alguns números apresentados. Mas esta lacuna foi possível colmatar parcialmente através do uso dos padrões aceites pela OMS.

A análise feita, de tipo descritiva, quantitativa e qualitativa dos dados obtidos, permitiu tirar algumas ilações em relação à organização da rede e aos principais

⁸ Cf. Por exemplo Elísio Dias da Fonseca (Coronel médico), no trabalho "Breves apontamentos à cerca de alguns problemas médicos e da ocupação sanitária do Ultramar", deixa transparecer esses ideais de ocupação militar das colónias, a acção de evangelização e da assistência sanitária aos indígenas da (...)África dos misteriosos sertões, dos selvagens e animais ferozes, das pestilências e epidemias que dizimam os aventureiros que pretendiam dizimá-la(...) - Cf. a referida obra, In: Anais do Instituto de Medicina Tropical, Vol X, nº.4, Fascículo I, Dezembro de 1953, p.2371.

⁹ Cf. por ex. a obra de Cambournac: "Serviços de Saúde em evolução no Ultramar", In: Anais do Inst. de Higiene e Med. Tropical, Vol.I, nºsl/4, Janeiro/Dezembro, Lisboa, Inst. de Hig. e Med. Tropical, 1973, p.69/89.

¹⁰ Cf. por ex. o relatório de actividades de 1971, p.4.

momentos que caracterizaram o sistema. Porém, é visível a impossibilidade de aprofundar todos os problemas identificados durante o estudo.

Contudo, este estudo termina a análise mostrando que o sistema de organização da rede de saúde colonial teve um impacto social importante, apesar de mostrar os pontos que evidenciam que em alguns momentos o sistema estatal não foi capaz, não só de implementar na totalidade as intenções contidas nos planos como, por causa da natureza política do regime, algumas acções de atenção de saúde tiveram cunho meramente político-ideológico, isto é, até certo ponto "cosméticas".



CAPITULO I

CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DO SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA EM MOÇAMBIQUE E DO SUL DO SAVE

A abordagem dos problemas históricos e geográficos visa a busca da realidade da evolução temporal e espacial destes contextos, a fim de nos possibilitar a compreensão da ocorrência dos fenómenos que directa ou indirectamente influenciaram cada sector do sistema de saúde, tendo em conta o peso de cada um dos factores, tomados no contexto sanitário do Sul do Save.

Por exemplo, ao referirmo-nos aos factores históricos importa assinalar que, no período que estamos a estudar (1960/74), Moçambique era política e administrativamente uma colónia portuguesa, portanto apenas uma parcela do então imenso Portugal ultramarino.

Este factor histórico contribuiu para que a política sanitária fosse definida tendo em conta os interesses coloniais, o que equivale dizer que muitas vezes aquela não era concebida com base na realidade política e sócio-económica do território colonial; que pela sua localização geográfica fazia parte do Continente africano, com características peculiares e com um nível de desenvolvimento também particular.

Historicamente, os factores de mudança registados no território moçambicano nos últimos anos de ocupação colonial, foram igualmente responsáveis pela criação de condições objectivas nem sempre propícias para o desenvolvimento adequado das acções sanitárias, isto é, à altura de corresponder às expectativas do seu povo.

Nesta perspectiva, devemos dizer que o Sul do Save constituia uma das três grandes zonas em que Moçambique se

encontrava economicamente dividido⁽¹¹⁾, sendo que o Sul integrava-se no subsistema dominado pelo capital sul-africano, através do fornecimento da mão-de-obra para as minas.

Este factor terá contribuído, como veremos nas páginas seguintes, na definição do perfil nosonecológico dos seus habitantes, mormente entre a população do sexo masculino.

Por outro lado, o surgimento na mesma altura dos movimentos de libertação, terá levado Portugal a encetar a introdução de novas estratégias de dominação colonial e, no que toca particularmente a Moçambique, teve que fazer face à guerra de guerrilha, desencadeada nos meados da década 60 pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO).

Assim, o cenário político na região alterou significativamente a correlação de forças, sendo disso demonstrativo o surgimento das independências das ex-colónias inglesas, vizinhas de Moçambique colonial.⁽¹²⁾

Estes e outros factores de índole económico e político terão jogado papel de relevo na definição das estratégias de governação colonial, incluindo no caso vertente toda a dinâmica de organização das estruturas sanitárias, como veremos mais adiante.

Deste modo, o presente capítulo tem por objectivo evidenciar alguns aspectos que embora tenham cunho global da trajectória histórica de Moçambique colonial, ajudam-nos a compreender a interacção político-ideológica do regime, particularmente no que toca à definição dos objectivos de organização da rede sanitária em todo o território e na região Sul do Save em particular.

¹¹ Para além do Sul do Save, as outras duas zonas eram o Norte e o Centro, cuja estratégia de produção era baseada na implementação do capital estrangeiro.

¹² Referimo-nos neste caso à independência da Zâmbia, Tanganyika, Malawi e a declaração unilateral da Rodésia do Sul.

I.1 - Antecedentes históricos

A organização efectiva dos serviços de saúde em Moçambique data da segunda metade do Século XIX, com o surgimento das primeiras infraestruturas sanitárias e normas para o seu funcionamento.

Curiosamente, nota-se, porém, que essas infraestruturas estavam localizadas nos principais centros de concentração dos primeiros colonos, em conexão com as primeiras fortificações militares.⁽¹³⁾

Já por volta de 1898 existia o sistema de organização dos serviços de saúde, com a província dividida em 11(onze) distritos sanitários, possuindo cada um deles 1(um) hospital civil e 1(um) militar.⁽¹⁴⁾

É necessário assinalar que este tipo de organização visava, como referimos anteriormente, a satisfação das necessidades de assistência sanitária das populações existentes nos principais centros de ocupação colonial, que correspondiam necessariamente aos centros de concentração militar, integrados nas chamadas "**Campanhas de pacificação**" verificadas no último quartel do Séc. XIX.

Para caracterizarmos o ambiente psicológico que reinava nos primeiros trabalhadores sanitários da época, citemos as palavras de Elísio Dias da Fonseca, quando escreve:

"Começou a ocupação sanitária, talvez antes de estar completa a ocupação pelas armas, com o sacrifício de tantas vítimas desconhecidas que tomaram prematuramente pelo caminho, levando no seu programa o grande ideal de tratar a humanidade e aliviá-la dos seus males sem distinção de raças ou de credos. O médico tem obrigação de

¹³ Com efeito, o relatório dos S.S.A. referente a 1971, fazendo a retrospectiva do desenvolvimento dos S.S. da colónia, assinala que as primeiras enfermarias foram construídas na então capital colonial - a **Ilha de Moçambique**, em Quelimane, Tete, Sofala, Inhambane, Lourenço Marques e Ibo. - Cf. Relatório da Secretaria Provincial de Saúde - "**Situação Sanitária da Província de Moçambique**", 1971, p.2/3.

¹⁴ Por volta da década 60, a região Sul do Save possuía 3(três) distritos sanitários, nomeadamente Lourenço Marques, Gaza e Inhambane - ver o desenvolvimento no capítulo seguinte.

ficar nos locais onde os outros tem obrigação de fugir."¹⁵)

Para facilitar a compreensão dos fenómenos relevantes surgidos na fase que antecede a do nosso estudo (1960/74), procuraremos agrupá-la cronologicamente em 3(três) períodos, nomeadamente:

1) - Período anterior a 1920:

Numa leitura atenta da principal legislação colonial¹⁶ e de outras publicações, damos conta de que na fase que antecede a data acima indicada, a organização dos serviços de saúde esteve integrada no vasto programa de desenvolvimento das acções militares, visando a ocupação efectiva de Moçambique determinada pela Conferência de Berlim (1884/8-5).

Com efeito, Portugal necessitava de garantir a produção de matéria-prima. Por consequência, essa produção necessitava de mão-de-obra e, sob o ponto de vista de rendabilidade, tornava-se importante garantir que esta estivesse apta a produzir mais, daí a necessidade lógica da criação de infraestruturas sanitárias integradas no processo de instalação do aparelho de estado colonial, que consistia na ocupação militar, administrativa e económica.¹⁷)

A organização dos serviços de saúde nesta fase foi

¹⁵ Cf. Elísio Dias da Fonseca, "Breves apontamentos acerca de alguns problemas médicos e de ocupação sanitária do Ultramar", In: Anais do Instituto de Medicina Tropical, Vol.X, nº.4, Fascículo I, p.2371.

Curiosamente notamos que estas palavras estão carregadas de angústia de quem tem a vontade de implementar os ensinamentos aprendidos na escola de medicina, sobretudo a vontade de aliviar a dor ou o sofrimento de outrem. Contudo, vemos também que estão à mistura outros ideais que caracterizaram o espírito de "epopeia ultramarina portuguesa", bem como a chamada "missão civilizadora" então propagada pelos círculos coloniais e que o autor não conseguiu esconder.

¹⁶ Para mais detalhes sobre a cronologia da principal legislação sanitária vejamos o anexo I deste trabalho.

¹⁷ Este e outros aspectos são largamente desenvolvidos na obra da História de Moçambique, Volume II(1886/1930), p.87 em diante, bem como no Volume III, p. 1-34.

caracterizada por uma nítida discriminação, decorrente em grande medida da natureza de dominação do colonizador em relação ao colonizado. No Sul do Save essa espécie de dominação ganhou contornos diferentes através da implementação de acordos específicos de fornecimento de mão-de-obra à União Sul Africana, o que teve consequências no âmbito do perfil nosonecológico da população da zona, especialmente entre os trabalhadores das minas.⁽¹⁸⁾

Em conclusão podemos dizer que, a característica fundamental do período que acabamos de analisar é concernente à integração dos serviços de saúde da colónia no quadro comum português, a passagem dos S.S.A. para a jurisdição civil (1951)⁽¹⁹⁾ e aprovação em 1920 da Portaria 1.821, sendo este o primeiro diploma legal que cria o regulamento dos serviços de saúde em Moçambique colonial.

2) - Período de 1921 a 1945:

Poucas transformações são assinaladas no concernente à organização dos serviços de saúde, até à aprovação em 1945 do Decreto 34.417, de 21 de Fevereiro do mesmo ano. Este decreto teve repercussões directas no sistema global de organização da rede sanitária, tendo sido notável a criação dos chamados serviços especializados, directamente encarregues de velar pela realização de medidas tendentes a debelar e/ou controlar as grandes endemias, bem como a criação dos centros de investigação científica.⁽²⁰⁾

Porém, uma análise mais global do contexto de desenvolvimento político mundial, nomeadamente a grande

¹⁸ Os aspectos relacionados com as consequências nosonecológicas resultantes da actividade mineira dos trabalhadores do Sul do Save, será objecto de análise pormenorizada no Cap.III, ponto 3.4 deste trabalho.

¹⁹ Cf. Tertuliano Soares, "Resultados da política de saúde em Moçambique", In: Moçambique: Curso de extensão Universitária (Ano Lectivo 1964-1965), Lisboa, Companhia Nacional editora, 1965, p.610.

²⁰ Para mais detalhes, ver o anexo I, com relevância para o nosso comentário sobre o impacto do referido decreto.

crise económica que assolou o mundo entre 1929/39⁽²¹⁾, tal como os efeitos decorrentes da confrontação mundial de 1939/45 (II Guerra Mundial), podem nos levar a concluir que tenham influenciado o alcance dos planos de desenvolvimento sanitário preconizados pelo regime colonial.

Por isso, no contexto do plano português orientado no sentido de reforçar a sua economia através do proteccionismo e organização político-administrativa, não só não terão contribuído na alteração dos padrões de produção das populações, especialmente das rurais, como deram origem a uma alteração de toda a estrutura social tendo, por exemplo, afectado a produção alimentar, e contribuído ao aumento das doenças carenciais.⁽²²⁾

Por outro lado, foi clara a redução da capacidade económica do regime, no sentido de garantir a extensão da rede sanitária e do respectivo apetrechamento em material e homens, impossibilitando a realização eficaz das acções sanitárias na sua globalidade.

Uma questão que urge colocar é a de saber se a expansão registada das missões católicas nesta fase não terá sido um contributo para a extensão por um lado, da própria rede sanitária, e por outro, do aumento da capacidade de prestação de cuidados à população, especialmente aquela que vivia em zonas remotas.⁽²³⁾

²¹ Para além deste aspecto global, é necessário especificar que a situação específica de Portugal, cuja economia colonial estava baseada no chamado "**Capital externo**", garantido pela exportação do capital estrangeiro. Para alterar tal situação, Portugal ensaiou nesta fase a **centralização administrativa, a redução dos direitos das companhias não portuguesas e a criação da zona monetária portuguesa**. - Cf. História de Moçambique, Vol. III, p.35.

²² Para mais detalhes sobre este aspecto, ver "**Desenvolvimento da cultura obrigatória do algodão**" - In: História de Moçambique, op. cit., p.91, reforçado, no caso do Sul do Save, pela fuga das populações fronteiriças para os países vizinhos, com todas as consequências daí decorrentes. - Cf. Ibid, p.111.

²³ Este aspecto será desenvolvido no Cap.III, ponto 3.3, sobre o papel da assistência sanitária missionária e de particulares.

3) - Período de 1946 até inícios de 1960:

Este período, especialmente no seu término, coincide com a fase considerada pelos historiadores como de apogeu do colonialismo português em Moçambique, durante o qual Portugal intensificou uma produção de exportação e de fomento da produção industrial, se bem que ainda incipiente.

Quanto ao desenvolvimento das actividades sanitárias há a salientar, em primeiro lugar, a implementação das orientações sobre a necessidade de criação dos serviços especializados e das instituições de investigação médica, no contexto do decreto referido na alínea anterior.

Como corolário de toda essa orientação, registou-se um maior impulso no contexto da saúde pública através das acções de imunização, especialmente em relação às patologias consideradas de alta taxa de morbi-mortalidade, como o caso da varíola (que foi completamente debelada a nível de todo o Globo), da Tuberculose, Difteria, Tétano, Poliomielite, Sarampo, Tosse Convulsa e outras doenças epidémicas.⁽²⁴⁾ Também foi reforçada a extensão da rede sanitária com o surgimento de novas unidades, tanto na zona urbanizada como na rural.⁽²⁵⁾

Outra acção de vulto desenvolvida foi o esforço feito no sentido de que todos os médicos que da Metrópole partissem para as colónias, deviam receber a preparação em Antropologia e Etnografia, para além dos conhecimentos específicos na área respectiva, ministrados pelo Instituto de Medicina Tropical. Também a nível da colónia se registou na década 40/50 a abertura de cursos para a formação de pessoal paramédico, com maior ímpeto nas décadas seguintes com o surgimento de instituições específicas, incluindo a Faculdade de Medicina da Universidade de Lourenço Marques.

De salientar igualmente a atitude assumida pela

²⁴ O quadro nosonecológico do Sul do Save será desenvolvido no capítulo seguinte.

²⁵ Sobre a evolução dos estabelecimentos e/ou organismos dos serviços de saúde em funcionamento nesta época ver o do anexo I.

Metrópole colonial no sentido de implementar as orientações emanadas da Organização Mundial de Saúde (OMS), como aconteceu com o cumprimento da notificação obrigatória das doenças transmissíveis. Também foi notável o acordo assinado em 1959 com a OMS para o início da Campanha contra o Paludismo.⁽²⁶⁾

Politicamente, o surgimento dos movimentos de libertação e o desencadeamento da luta armada nas colónias, terão jogado papel impulsionador, com consequências directas na necessidade da tomada de medidas algumas delas de carácter meramente psicológicas, mas que em muitos casos resultaram em acções vitais no contexto do alargamento das actividades sanitárias, especialmente para as populações mais desfavorecidas.

Com efeito, por força do Decreto 45.541, de 8/02/1964, cujas bases se situam na **promoção de saúde da população**, com acções múltiplas dirigidas no sentido de alterar o "**habitat**", tornando-o propício para a criação do bem-estar integral do Homem. Outra inovação de relevo trazida por este diploma, foi a introdução da componente de assistência materno-infantil.

Contudo, o processo de repressão político-administrativa imprimido pelo regime colonial nesta fase, como forma de intimidar e/ou enfraquecer a acção dos movimentos de libertação, terá influenciado num sentido negativo todo este esforço legislativo.

Como que a testemunhar o que acabamos de afirmar, assinalemos apenas que o relatório dos S.S.A. de 1964, referindo-se às realizações no âmbito da saúde pública mormente nas zonas rurais, preconizava que as forças da lei agissem de forma coerciva para persuadir as populações a aderirem às campanhas de vacinação. Por exemplo escreve a dado passo que

"enquanto não existir educação sanitária de base somos forçados a recorrer à pressão legal, porque a medicina preventiva dá bons resultados se for apoiada em princípios

²⁶ Cf. Tertuliano Soares, op. cit., p.624.

rígidos, obstinadamente aplicados e exigidos".⁽²⁷⁾

Ora este tipo de actuação só pode revelar, no nosso entender, não a busca de colaboração entre todas as estruturas para o sucesso de qualquer trabalho desta envergadura, mas apenas a ausência de uma estratégia adequada de educação sanitária, o que não se consegue nem se conseguirá através da aplicação de medidas coercivas.

I.2 - Os aspectos geo-climáticos e demográficos

A análise dos aspectos geo-climáticos e os relacionados com a estrutura demográfica, deve merecer especial atenção devido sobretudo às influências e/ou interacções recíprocas **Homem - meio ambiente**, com sérias repercussões no contexto da definição do perfil nosológico da região.

Com efeito, como referimos anteriormente, existe um conjunto de factores ecológicos que directa ou indirectamente influem na saúde do indivíduo e da colectividade em geral, como é o caso do estado físico, das condições do habitat onde se inclui o conjunto dos agentes etiológicos.

De facto, qualquer que seja a colectividade, as suas condições de saúde estão intimamente ligadas aos factores históricos, geográficos e climáticos que podem ser mais ou menos hostis dependendo da capacidade do Homem para lhes fazer face como por exemplo, através do combate aos agentes e/ou vectores de doenças.

Também ligado às condições geo-climáticas, existe o aspecto da capacidade de o homem poder fazer face à sua influência negativa no estado de saúde como, por exemplo, nas carências alimentares (nutrição), reduzindo os índices de morbi-mortalidade e/ou a predisposição do organismo em contrair doenças graves por insuficiência nutricional.⁽²⁸⁾

Outro aspecto que importa assinalar relaciona-se

²⁷ Cf. o referido relatório, p.133.

²⁸ Infelizmente no nosso país ainda morre muita gente, especialmente entre crianças devido a carências nutricionais, de entre elas a malnutrição.

com a composição demográfica da zona em estudo, na medida em que este factor deve ser considerado de forma particular nas acções de planificação sanitária, pois os critérios de distribuição das infraestruturas (humanas e materiais), devem ter em conta a densidade e a distribuição global da população, incluindo os hábitos de vida de cada zona, como por exemplo o modo de vida das zonas urbanas em relação às zonas rurais.

Por outro lado, a distribuição e a densidade da população são aspectos que devem merecer especial atenção entre os epidemiologistas, devido sobretudo à propagação das grandes epidemias.

Dados geográficos e demográficos

AREA: A área total do Sul do Save é de 167.787 km², ou seja, 21% da área total do território moçambicano.⁽²⁹⁾

Dados demográficos

POPULAÇÃO: ⁽³⁰⁾

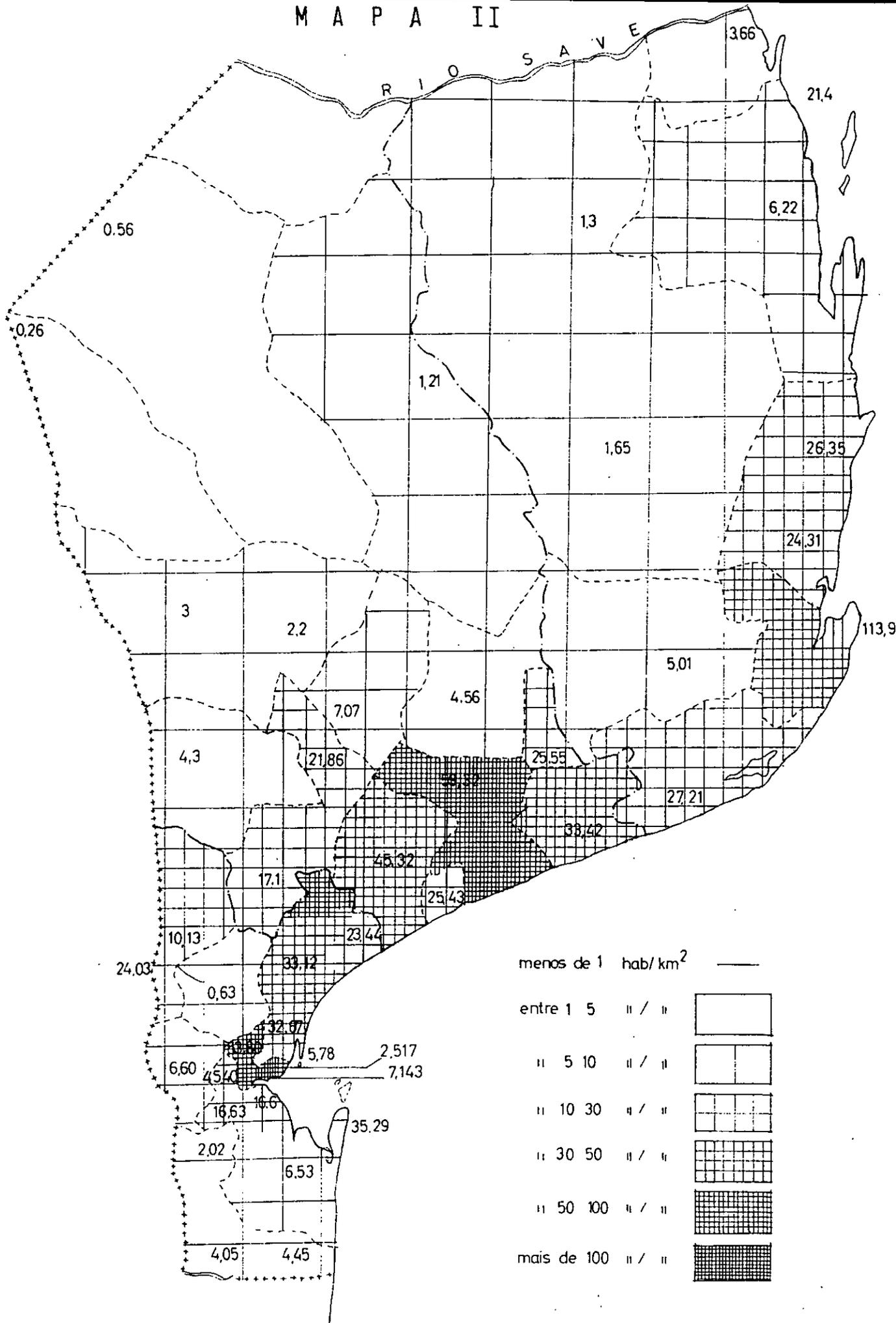
Os quadros I, II e III, incluindo o mapa II da página seguinte reportam os dados do censo de 1960 e de 1970, mostrando ainda a distribuição da população pelos 3(três) distritos da zona e a respectiva densidade.

²⁹ A área total do território é de 799.380 km².

³⁰ Sobre os dados que a seguir apresentamos, referir que dificuldades relacionadas com a recolha de dados estatísticos, sobejamente reportadas nos diversos relatórios, quer pela Direcção de Estatística, quer pela então Direcção Provincial de Saúde, são elucidativas da relatividade dos dados que apresentamos.

Contudo, não pretendemos polemizar a questão nem duvidar da fiabilidade destes, apenas que eles podem não corresponder em 100% à realidade no terreno, ou serem díspares em relação aos dados apresentados noutras monografias.

M A P A II



DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/km²)

CPRS NOV. 1965 FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO 1963 E OUTROS

QUADRO 1
DENSIDADE POPULACIONAL (ZONA SUL) - 1969/1970

DISTRI- TOS	1960			1970		
	Área (Km2)	População	Dens.	Área (Km2)	População	Dens
Lço.Mar- ques	16.783	436.916	26,0	26.358	799.502	30,3
Gaza	82.534	681.753	8,3	75.709	756.654	10,0
Inhamba- ne	68.470	583.059	8,5	68.615	748.575	10,9
TOTAL	167.787	1.701.728 (1)	42,8	170.682	2.304.731	51,2

FONTE: III e IV Censos populacionais (1960//1970), respectivamente.

LEGENDA: 1) - Tendo em consideração que o total da população da província da colónia em 1960 era de 6.603.653 habitantes, significa que o Sul do Save concentrava 25,7% da população, enquanto que em 1970, para 8.168.933 habitantes a percentagem era de 28,2%.

QUADRO II

CLASSIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO EM URBANA E RURAL (1970) (2)

DISTRITOS	POPULAÇÃO	
	URBANA (3)	RURAL (4)
Lourenço Marques	122.052	677.450
Gaza	20.890	735.764
Inhambane	7.590	740.985
TOTAL	150.532	2.154.199

FONTE: IV Censo populacional (1970), resumo geral, p.XXIII.

LEGENDA: 2) - O Censo de 1960 não discrimina este tipo de dados demográficos, pois seria interessante comparar a evolução nestes dois períodos.

3) - Considerava-se população urbana aquela que possuía habitação de carácter permanente, residente nas principais povoações do distrito (sedes dos Concelhos e/ou Circunscrições).

4) - População rural aquela que vivia nas restantes zonas.

QUADRO III

DADOS DA POPULAÇÃO GERAL E DE NEGROS DOS DISTRITOS DE LOURENÇO MARQUES, GAZA E INHAMBANE (CENSOS DE 1960 E 1970)

DISTRITOS	ANOS					
	1960			1970		
	Geral	Negra	%	Geral	Negra	%
L. Marques	436.916	370.519	84,80	799.358	688.077	86,07
Gaza	681.753	671.169	98,44	753.347	740.887	98,34
Inhambane	583.059	576.782	98,92	745.911	739601	99,15
TOTAIS	1.701.728	1.618.470	---	2.298.616	2.168.565	---

FONTE: Dados referidos pelo:

- III Recenseamento Geral da população (1960), volumes I,II, Lourenço Marques, Instituto Nacional de Estatística, Imprensa Nacional de Moçambique, 1969, p.14-19.
- IV Recenseamento Geral, idem, 1973, p. XXXI.
- Anuário Turístico de Moçambique, Lisboa, edição da editorial de Publicações Turísticas, 1963/64, p.6

Particularmente no quadro II, podemos observar a distribuição entre a população urbana e a rural (a situada fora da zona urbana), referente a 1970. Deste modo, é notória a maior concentração da população na zona rural; enquanto que no quadro III é especificamente mencionada, na mesma zona, a proporção de negros em relação ao total da população então existente.

Nota-se, assim, que a população negra correspondia em média a 99% da população existente naqueles períodos. É evidente que na sua maioria ela concentrava-se na zona rural.

Como veremos mais adiante, este factor de distribuição terá efeitos negativos nas condições e/ou possibilidade de assistência, agravadas pelo carácter discriminatório praticado pelo regime em relação às populações negras, especialmente as que viviam nas zonas rurais.

Igualmente o mapa II dá-nos o detalhe da distribuição da população, evidenciando as seguintes características gerais:

- a) - Que a população distribui-se de forma desigual, sendo que na zona costeira, especialmente na faixa que se estende entre Inhambane e Lourenço Marques, a densidade é maior,

chegando mesmo a atingir mais de 30 hab./km². Esta mesma característica podemos observá-la ao longo do vale do rio Limpopo.

Todavia, a população vai rareando à medida que caminhamos no sentido Este/Oeste, especialmente nas províncias de Gaza e Inhambane, havendo na parte Noroeste destas, zonas em que a densidade chega a ser de apenas 1 hab./km²,⁽³¹⁾ sendo este facto atribuído à escassez de água e aridez do terreno.

Segundo alguns autores, a densidade média global na zona Sul era, em 1963, de 8,5 hab/km², com excepção de Lourenço Marques que contava com 27,7 hab/km²⁽³²⁾.

b) - Que as condições geo-morfológicas e climáticas⁽³³⁾, tiveram, no nosso entender, influência dirigida em três sentidos:

- A fixação das populações;
- A produção alimentar, cujos efeitos acima referenciamos (cf. p.6);
- Obtenção da água para o consumo e higiene e todo o conjunto de condições do habitat, que influem na saúde das populações.

Por outro lado, e para terminar esta abordagem, assinalemos apenas que, se todos estes factores

³¹ Diversos mapas da época apresentados nos relatórios do III Plano de Fomento, bem como nos dados apresentados pela **Comissão de Planeamento Regional do Sul do Save** - (C.P.R.S.), Vol.I-III, Lisboa, 1966, mostram em detalhe o que acabamos de afirmar.

³² Cf. Raquel Soeiro de Brito, "Aspectos Geográficos de Moçambique", In: Moçambique: Curso de Extensão Universitária (Ano Lectivo 1964/65), Instituto Superior de Ciências e Política Ultramarina, Lisboa, Companhia editora Nacional, 1965, p.27.

OBS: Referir-se que na cidade de Lourenço Marques viviam, segundo o censo de 1960, 200.000 hab. de raça branca, ou seja, o equivalente a 0,3% da população total da Província.

³³ O clima dominante no período em estudo, era essencialmente de 3 tipos:

- Ao longo da costa do Índico, o clima era sub-húmido;
- Na zona central era semi-árido;
- Enquanto que no Oeste (fronteira com a ex-Rodésia do Sul União Sul Africana), clima árido.

contribuíram positiva e negativamente na definição do perfil sanitário das populações, resta saber qual terá sido a resposta dada pelo regime colonial no sentido de minorar os efeitos negativos, sobretudo através da extensão da rede sanitária coerente com a realidade que se impunha.

Assim, no capítulo seguinte tentaremos dar resposta a esta e a outras questões importantes sobre a saúde da população, através da apresentação do perfil nosonecológico geral e particularmente o da zona Sul do Save.

CAPÍTULO II

A ORGANIZAÇÃO DA REDE SANITÁRIA E A ESTRUTURA NOSONECROLÓGICA DA REGIÃO SUL DO SAVE (1960/74)

No capítulo anterior apresentamos o percurso histórico, social e técnico-organizativo consignado aos S.S.A. no período anterior a 1960, durante o qual procuramos evidenciar os principais momentos que caracterizaram o sistema de saúde colonial.

Assim, no contexto histórico, importa assinalar que no início da década 60 foram operadas significativas mudanças e reformas na política colonial em Moçambique, processo que, embora não de forma linear, levou a que entre 1971 e 1973 a então Província de Moçambique tivesse ascendido à categoria de "ESTADO DE MOÇAMBIQUE".

Se bem que estas mudanças não tenham trazido resultados organizativos pertinentes, estamos em crer que ela serviu de motivação para que as autoridades sanitárias tivessem desenhado um plano bastante arrojado e que correspondesse à dimensão política do território, como facilmente podemos detectar nas previsões para 1974.

Do ponto de vista do fomento da saúde, verificou-se uma tentativa de reajustamento dos programas (com a introdução da componente "Conhecimento científico do território", incorporado no plano intercalar (1965/1967), como premissa fundamental da introdução do programa de saúde pública), na tentativa de modernizar o sistema de saúde através da sistematização do conhecimento dos vários problemas do então território colonial.

Contudo, e contrariamente ao que se pode pensar, esta acção programática não constituiu nenhuma inovação da época, dado que este aspecto já vinha definido como sendo um dos objectivos no contexto do desenvolvimento do Instituto de Medicina Tropical e de Investigação Médica, já referidos nas páginas anteriores e cuja actividade data

desde os meados da década 30.

Devemos referir igualmente que ao abordarmos no capítulo anterior a relação **Homem - meio ambiente**, identificamos alguns aspectos que podem ter efeitos negativos na saúde do primeiro.

Porém, a análise deste aspecto deve ter em conta o conhecimento seguro dos dados bioestatísticos elaborados com amostras tecnicamente representativas e que traduzam fielmente o perfil sanitário da população, conjugado com os diversos factores que intervêm na definição da saúde da comunidade. Deste modo será possível uma planificação racional dos recursos disponíveis e a cobertura total das necessidades sanitárias da população, desde a prevenção até à assistência hospitalar e social.⁽³⁴⁾

Com este último aspecto, pretendemos destacar as realizações que caracterizaram a acção do regime entre 1960 e 1974 (sistema de oferta de cuidados de saúde), com realce para os principais empreendimentos no capítulo da extensão da rede sanitária, a capacidade de afectação de recursos humanos e materiais, os possíveis sucessos e insucessos registados.

De facto, com a posterior apresentação dos dados nosonecológicos registados no Sul do Save, teremos ocasião de confrontá-los com a capacidade de oferta do regime no que concerne à prevenção e mesmo cura, pois estes aspectos constituem a forma de avaliação da eficácia e/ou impacto do sistema (oferta), face às necessidades sanitárias da população.

Por isso, neste capítulo, procuraremos evidenciar a essência da materialização da política sanitária, não só porque os aspectos acima identificados constituem a presença física das acções dos governos, mas são na verdade o canal privilegiado que "drena" para as populações o

³⁴ Para ilustrar o grau de dificuldades inerentes à recolha de dados bioestatísticos fiáveis, os relatórios de execução do III Plano de Fomento assinalam que os S.S.A. recorreram algumas vezes ao designado "**Método de inquérito por sondagem científica**", recomendado pela OMS - Cf. III Plano de Fomento, Vol.12, p.10-12.

conjunto dos programas de saúde, mormente os de saúde pública.

Nesse sentido, o relacionamento entre o sistema de organização da rede sanitária com a nosonecologia, constitui um meio privilegiado para avaliar a capacidade de resposta aos anseios da população.

II.1 - Rede de assistência hospitalar

1 - Infraestruturas sanitárias

As recomendações da O.M.S. instam os países membros para que nos seus programas estabeleçam como prioridade a prevenção das doenças, e que através da promoção da saúde da comunidade pela própria comunidade, esta seja capaz de realizar o seu próprio **bem-estar físico, mental e social**. No entanto, a organização de uma rede hospitalar eficiente continua a ocupar lugar de destaque no conjunto das acções da política de saúde.⁽³⁵⁾

Com efeito, os hospitais realizam e/ou complementam as diversas actividades visando aquele objectivo primordial e, em alguns casos, eles são o único meio capaz de reparar as enfermidades que afectam as populações sem, no entanto, pôr de parte a sua justificação na difusão das medidas de prevenção.

No início da década 60, o regime colonial contava com um conjunto de infraestruturas sanitárias que integravam um sistema de organização baseado nos princípios definidos pelo Decreto 34.417, de 21/02/1945. Esta legislação foi mais tarde reforçada através da publicação dos Decretos 45.541 e 49.073, de 8/02/1964 e de 21/06/1969,

³⁵ Ex. a resolução nº. WHA23.49, da 23ª. Assembleia Mundial de Saúde, Maio de 1970. Podemos assinalar que mesmo as resoluções anteriores, por ex. a WHA1.53, Julho de 1948, contém recomendações específicas em matéria de saúde pública para os estados membros.

respectivamente.⁽³⁶⁾

Foi através deste conjunto de legislação e de outra avulsa que o regime logrou traçar o esquema de organização que resumimos através da apresentação dos organigramas I e II da página seguinte, cujos princípios organizativos prevaleceram, grosso modo, até 1974, altura da derrocada do regime colonial em Moçambique.

No geral, devemos assinalar que apesar da existência de uma legislação à priori coerente com os princípios defendidos pela OMS, a sua implementação beneficiou em primeiro lugar, como veremos mais adiante, a população colona.

Com efeito, a extensão da rede sanitária que iremos apresentar obedecia, na generalidade, à estratégia de governação descrita nas páginas anteriores, com todas as implicações daí decorrentes, o que redundou no quase esquecimento das zonas rurais, sobretudo as situadas mais para o interior, em alguns casos nem sempre as menos habitadas.

De acordo com o organigrama I (Ocupação sanitária), anexo a esta página, podemos verificar que os S.S.A. do Estado existentes no Sul do Save, integravam o chamado 1º.Círculo de Saúde.

As unidades pertencentes a este círculo detinham a maior percentagem ⁽³⁷⁾ das prestações realizadas. A outra parte assistencial era desempenhada pelas Missões religiosas e Departamentos particulares e/ou privadas, cujo peso será analisado no capítulo seguinte.

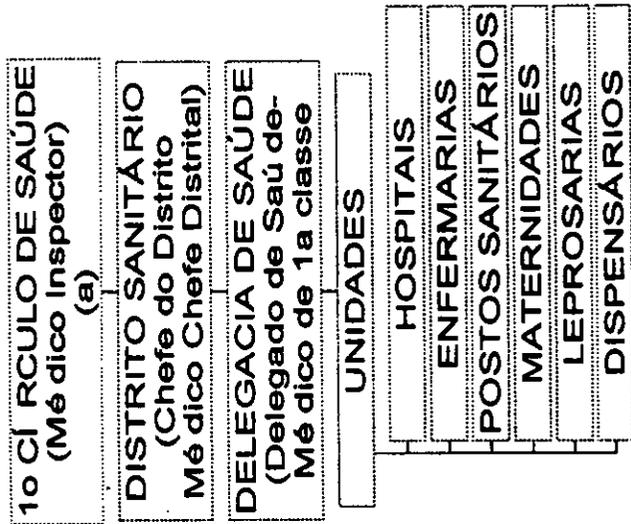
Por outro lado, o organigrama II (Rede de assistência estatal), também em anexo a esta página, espelha o sistema de organização administrativa dos S.S.A., no qual temos a salientar a existência de três componentes (rede geral, especializada e a dos organismos dependentes).

³⁶ Para mais detalhes, convidamos o leitor para ver o anexo I deste trabalho.

³⁷ No geral os S.S.A. da colónia detinham cerca de 75% das prestações.

OCUPAÇÃO SANITÁRIA DA PROVINCIA
DE MOÇAMBIQUE
ORGANIGRAMA DO CÍRCULO DE
SAÚDE DO SUL DO SAVE

(1960/74)



FONTE: Relatório e estatística da Direcção Provincial dos S.S.A., Lourenço Marques, 1960, Pag. 5.

LEGENDA: a) O primeiro círculo integrava os distritos sanitários de Lourenço Marques, Gaza e Inhambane. o segundo, terceiro e quarto círculos de Saúde pertenciam a Manica e Sofala, Zambézia e Niassa, respectivamente.

ERRATA

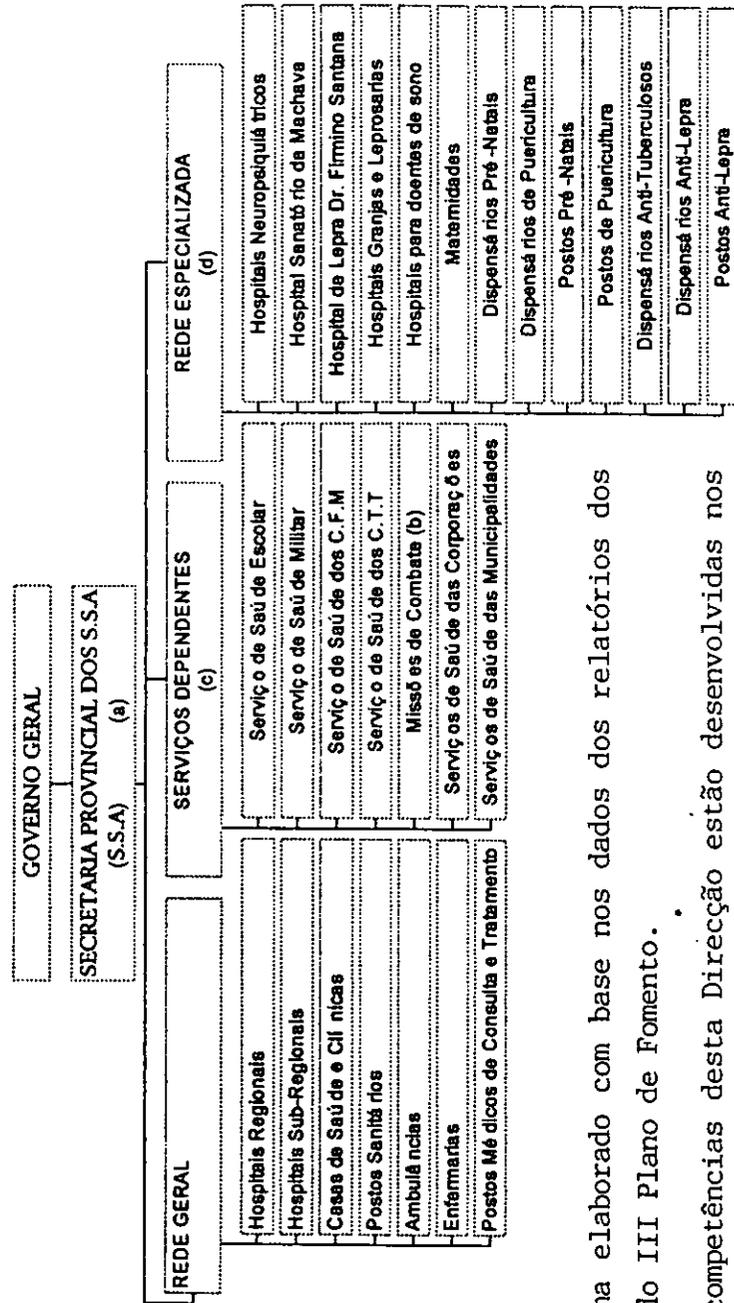
Pág.	ONDE SE LÊ	DEVE LER-SE
viii	Sumário - Anexo V	Anexo XV * Falta incluir o título: Anexo XVI: Glossário
vi	Resumo	Pág. ix
6	Que o recurso às outras formas de medicina... e à política de discriminação	Que o recurso às outras formas de medicina... e à política de discriminação
15	<u>Nota nº.25:</u> Sobre a evolução... ver o do anexo II	Sobre a evolução... ver o anexo III
18	<u>Nota nº.30:</u> Sobre os dados... apresentamos, referir que...	Sobre os dados... apresentamos, devemos referir que...
19	<u>Legenda:</u> 1 - Tendo em consideração que o total da população da província da colónia em 1960...	<u>Legenda:</u> 1 - Tendo em consideração... da população da colónia em 1960...
Mapa II	CPRS Nov.1965 Fonte...	Fonte: CPRS (1965), dados referidos pelo Anuário Estatístico de 1963 e outros.
21	- A produção alimentar...(cf.p.6)	- A produção alimentar... (Cf. p. 14).
23	Se bem que estas mudanças não tenham..., estamos em crer que ela serviu de motivação...	Se bem que estas mudanças não tenham..., estamos em crer que elas serviram de motivação...
29	<u>Nota nº. 43:</u> Basta notar que... ver o mapa...	Basta notar que... ver o mapa III.
34	<u>Nota nº.49:</u> A criação e o desenvolvimento das campanhas, pode ser visto no anexo III e no resumo cronológico da principal legislação - anexo II.	A criação e o desenvolvimento das campanhas pode ser visto no anexo IV e no resumo cronológico da principal legislação - anexo I.
34	<u>Nota nº.50:</u> 2) - Quanto à variola, dizer que...	Quanto à variola, devemos dizer que...
43	No caso específico do Sul do Save... Cap.I, p.2.	No caso específico do Sul do Save... cap. I, p.10.

43	<u>Nota nº.63:</u> Cf. Lereno Monteiro, "O problema da Tuberculose em Lourenço Marques", In: "Africa Médica: Revista Mensal de Higiene e Medicina Tropical", nº.1...	Cf. Lereno Monteiro...., In: <u>Africa Médica: Revista mensal de Higiene e Medicina Tropical</u> , nº.1...
45	<u>Nota nº.68:</u> Cf.F.J.C. Cambournac, "Serviços de saúde...", In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical...	Cf. F.J.C. Cambournac, "Serviços de Saúde...", In: <u>Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical</u> ...
46	Todavia,...(ver o nosso comentário, p.8.	Todavia,... (ver o nosso comentário, p.16/17).
51	<u>Nota nº.73:</u> Estes e outros aspectos..."Cahiers Techniques "Afro", nº.1, "A La Recherche...Africaine",...	Estes e outros aspectos... "Cahiers Techniques <<AFRO>>", nº.1, <u>A La Recherche...Africaine</u> ,...
54	<u>Nota nº.79:</u> Cf. Secretaria Provincial dos S.S.A., plano para 1974, p.9.	Cf. Secretaria Provincial dos S.S.A., plano para 1974, p.9.
55	<u>Nota nº.81:</u> Por outro lado, dizer que...	Por outro lado, devemos dizer que...
63	<u>Nota nº.93:</u> Para termos a dimensão da relação cama/habitante, vejamos os dados que constam no quadro da página 19, cap. II.	Para termos... que constam no quadro IV, cap. II, p.28.
65	(Veja também os valores orçamentais atribuídos para esta área, mencionados na página 34 deste capítulo).	(Veja também os valores..., mencionados na página 55).
66	O principal nó de estrangulamento... (Veja as intenções contidas no plano mencionado na p.33)	O principal nó... (veja as intenções contidas no plano mencionado na página 54).
69	(ver mapa p.).	(ver mapa II, p.19).
79	<u>Nota nº.116:</u> Significa que as populações sentiram...desinteressada, às vezes horário...	Significa..., às vezes sem horário...
85	No caso vertente do Sul do Save... (Cf.p. deste trabalho).	No caso vertente do Sul do Save... (cf. p. 21 deste trabalho).

90	<u>Nota nº.130: Cf. o quadro nosonecológico e o perfil epidemiológico actual, pp. / deste trabalho.</u>	Cf. o quadro..., pp. 42/43 deste trabalho.
104	KIRCHENER, G.A. 1989. <u>"Medicine tradicional" e o papel da medicina tradicional na história de Moçambique",...</u>	KIRCHENER, G.A. 1989. <u>Medicina tradicional e o papel da medicina tradicional na história de Moçambique,...</u>
104	LAURENTI, R. [et.al] 1987. Estatísticas de Saúde...	LAURENTI, R.[et.al]. 1987. <u>Estatísticas de Saúde...</u>
104	MARTINS, H.F.B. 1985. Apontamentos de estatística sanitária e hospitalar,...	MARTINS, H.F.B. 1985. <u>Apontamentos de estatística sanitária e hospitalar,...</u>

ORGANIGRAMA II

Organigrama da Rede de Assistência Estatal da Província de Moçambique(1960/74)



FONTE: Organigrama elaborado com base nos dados dos relatórios dos S.S.A. e do III Plano de Fomento.

LEGENDA: a) As competências desta Direcção estão desenvolvidas nos Artigos 6º, 12º e 14º do Dec. 45.541, de 6.02.1964

b) Sobre as missões de combate, CF. o anexo I, Pag. 3

c) Este conjunto de serviços realizava 25% da Assistência oferecida, pois os restantes 75% cabiam aos S.S.A. (rede geral e especializada).

d) A distribuição (localização geográfica) deste tipo de unidades: ver anexo II, Pag. 4/7.

De salientar que o Círculo de saúde do Sul do Save implementava ao seu nível os escalões previstos neste último organigrama.⁽³⁸⁾

No contexto geral de organização de assistência hospitalar prevista na legislação aprovada em 1964, os hospitais centrais constituiriam centros privilegiados da acção médica. Assim, entendemos que esta disposição remetia para este nível a tarefa de assegurar que as enfermidades de grande complexidade encontrassem neles a resposta técnica adequada, sendo que no caso do Sul do Save esse nível de assistência estaria a cargo do então Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB). Esta função foi também mais tarde (1969), assumida em parceria pelo então Hospital da Universidade de Lourenço Marques (H.U.L.M.).⁽³⁹⁾

Em contrapartida, a nível inferior, as Delegacias de saúde e hospitais regionais, rurais e/ou sub-regionais, possuindo um raio determinado de acção territorial, funcionariam como centros de saúde locais. A eles estava reservada a função de prevenção, para além da assistência hospitalar geral, embora as infraestruturas instaladas nem sempre estivessem de acordo com as exigências das prestações a realizar.

No caso específico do Sul do Save, a afectação das infraestruturas sanitárias variou à medida que caminhamos no sentido ESTE/OESTE, ou seja do litoral para o hinterland, como que a acompanhar o ritmo de diminuição da densidade populacional, sobretudo a dos europeus.⁽⁴⁰⁾

³⁸ Não é objectivo deste trabalho entrar no detalhe do funcionamento das estruturas aqui mencionadas. Porém, ao longo do trabalho, dependendo da importância de determinada função, ela poderá ser explicada em pormenor. Entretanto, convidamos o leitor para ver no anexo IV o sistema de organização da ex-Direcção Provincial dos S.S.A.

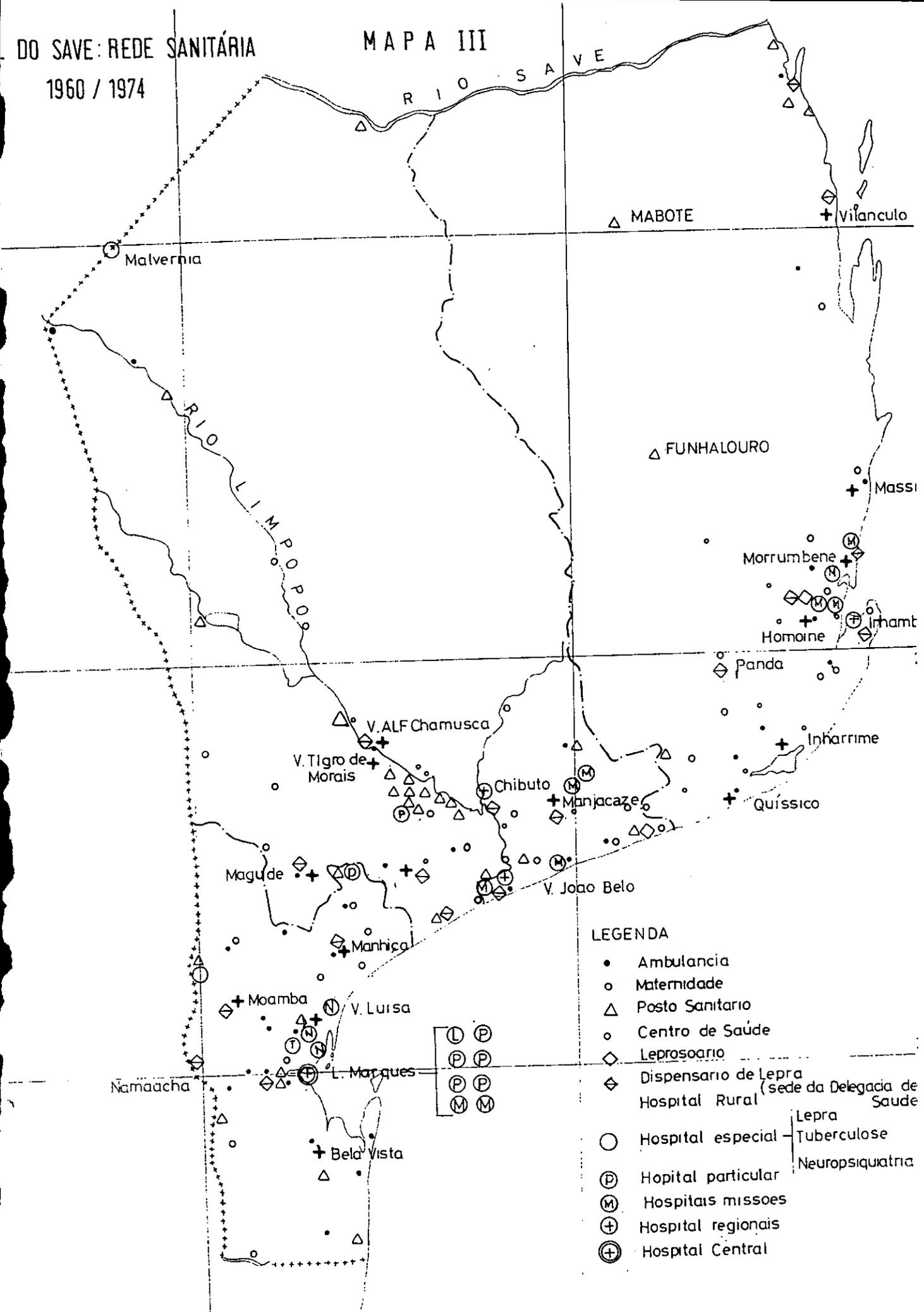
³⁹ Embora este Hospital tivesse como principal vocação a investigação e de ensino da medicina, na legislação da sua criação está consagrado o dever de apoio à tarefa assistencial, em particular o apoio ao ex-H.C.M.B. - Cf. O Dec.-Lei nº.49.187, B.O. nº.34, I Série, de 23/08/1969, p.1022/23.

⁴⁰ O mapa III da página seguinte mostra a distribuição da rede sanitária existente nas décadas 60/70, sendo por isso um precioso instrumento para avaliar a interligação dos factores densidade/localização das unidades

DO SAVE: REDE SANITÁRIA

1960 / 1974

MAPA III



LEGENDA

- Ambulancia
- Maternidade
- △ Posto Sanitario
- Centro de Saude
- ◇ Leprosoario
- ◇ Dispensario de Lepra
- ◇ Hospital Rural (sede da Delegacia de Saude)
- Hospital especial
 - Lepra
 - Tuberculose
 - Neuropsiquatria
- Ⓟ Hospital particular
- Ⓜ Hospitais missoes
- ⊕ Hospital regionais
- ⊕ Hospital Central

Deste modo, ao longo da costa notamos que havia mais unidades, o mesmo acontecendo em relação às zonas urbanizadas, bem como em relação às zonas economicamente estratégicas, como foi o caso do vale do Limpopo.

Para termos uma ideia da capacidade de internamento hospitalar então instalada na zona Sul do Save mencionemos, a título de exemplo, alguns dados estatísticos que nos mostram a relação cama/habitante. Se bem que este indicador tenha importância relativa, dependente do nível de desenvolvimento e da política de saúde adoptada a nível de cada país, ele é, para todo o efeito, um recurso infraestrutural que importa considerar.

QUADRO IV

NÚMERO DE CAMAS POR 10.000 HABITANTES (41)

DISTRITO SANITÁRIO	1968		1969	
	Nº.de casas	Camas/10.000 hab.	Nº.de casas	Camas/10.000 hab.
COLÓNIA DE MOÇAMBIQUE	10.686	13,5	10.790	13,3
Lourenço Marques	3.039	41,2	3.527	45,6
Gaza	542	7,4	591	8,0
Inhambane	534	7,5	484	6,6

FONTE: Relatório dos S.S.A. referente a 1968/69, p.94.

Referir-se que a OMS recomendava que fosse atingida a cifra de 3 camas do hospital por 1.000 habitantes.(42)

sanitárias (ver igualmente o mapa II, p.11.

⁴¹ Os números referidos neste quadro incluem as camas dos Postos Sanitários.

Em relação a este indicador, devemos assinalar que estudiosos sobre a matéria consideram que é difícil determinar o valor que possa ser considerado óptimo. Por outro lado, o peso do mesmo em relação à prestação de cuidados médicos, varia em função do tipo do sistema de saúde de cada país. - Cf. por ex. Hélder F.M. Martins, Apontamentos de Estatística sanitária hospitalar, Maputo, Minerva Central, 1985, p.63 em diante.

⁴² Cf. F.J.C. Cambournac, op. cit., p.83.

Em termos quantitativos, os números apresentados neste quadro se mostram insuficientes, quando comparados com as exigências da OMS.

As infraestruturas (unidades sanitárias) existentes no período que estamos a estudar, são apresentadas no quadro I, anexo III, a evolução da rede sanitária entre 1960/74.

O que podemos constatar, no referido quadro, é que durante estas duas últimas décadas do governo colonial poucas modificações quantitativas foram verificadas, exceptuando o número de Maternidades. Este aumento também podemos notá-lo em relação aos Postos Sanitários.

Contudo, quer pela localização geográfica das Maternidades, quer pela concepção arquitectónica (ver as imagens fotográficas em anexo), somos levados a concluir que elas tinham uma dupla função: por um lado a de fazer a propaganda junto da comunidade internacional⁽⁴³⁾ e por outro a de realizar em simultâneo a função obstétrica e de assistência sanitária que lhes cabia⁽⁴⁴⁾

Outra observação que nos parece importante destacar a partir desta evolução é, por exemplo, o facto de que grande número dos estabelecimentos sem internamento surgiu, na sua maioria, apenas a partir da segunda metade da década 60, o que faz pensar que este surgimento pode ter sido uma **tentativa de resposta psicológica** à alteração do cenário político no território, com a consolidação dos movimentos de libertação e início em 1964 da Luta de Libertação Nacional.

Quando analisarmos os dados obtidos nas entrevistas (Cap.III), voltaremos à abordagem do aspecto das infraestruturas físicas, para mostrarmos a sua

⁴³ Basta notar que o grosso destas Maternidades localizava-se ao longo da Estrada Nacional nº.1. - Ver o mapa sobre a localização geográfica da rede sanitária.

⁴⁴ Sobre as competências e particularidades de cada nível e/ou cada tipo de estabelecimento constante no quadro, incluindo o número e mesmo a localização dos estabelecimentos gerais e especializados existentes na zona Sul do Save, pedimos que o leitor consulte o anexo II.

compatibilização com as necessidades da população e objectivos proclamados nos planos coloniais, bem como a eficácia da acção de propaganda como componente social com impacto directo nas comunidades, neste caso sob o domínio colonial. Também nessa altura procuraremos evidenciar os aspectos sócio-económicos associados a esta quase estagnação da extensão da rede sanitária colonial.

2 - Recursos humanos

A exequibilidade de qualquer plano exige, acima de tudo, a previsão e a compatibilização das tarefas a realizar com as capacidades humanas (físicas e técnico-científicas).

Contudo, pela leitura da maior parte dos relatórios dos S.S.A. referentes ao período do nosso estudo, confrontamo-nos com a realidade segundo a qual o pessoal (sobretudo médico e de enfermagem), era numericamente insignificante. O problema de fundo prendia-se com a exiguidade orçamental e o ritmo lento de formação.⁽⁴⁵⁾

Deste modo, ao apresentarmos a componente de recursos humanos, pretendemos encontrar a relação desta com as infraestruturas físicas instaladas (estabelecimentos sanitários) e as necessidades de assistência sanitária das populações. Com efeito, a resposta a essas necessidades passa necessariamente pela adequação de recursos humanos com o volume e tipo das tarefas a realizar.⁽⁴⁶⁾

A fim de avaliarmos a importância desta componente

⁴⁵ Até finais da década de 70, o grosso de pessoal médico era proveniente da Metrópole colonial, o mesmo acontecendo com o pessoal de enfermagem.

Sabe-se por outro lado que a Faculdade de Medicina apenas iniciou as actividades em 1969 e as escolas normais de enfermagem apenas foram instituídas também no início desta década, pois antes fazia-se apenas a formação dos enfermeiros indígenas. Por outro lado estes deviam trabalhar ao lado do enfermeiro europeu ou sozinhos apenas quando colocados em zonas rurais. Vejamos também os números que são mencionados na página 49.

⁴⁶ Ver no anexo V sobre a evolução de afectação do pessoal de saúde no Sul do Save, entre 1960/74.

humana na prestação de cuidados de saúde, nos quadros que seguem, procuraremos evidenciar a relação médico/habitante e enfermeiro/habitante. Em seguida procuraremos tirar as possíveis ilações, tendo em conta as recomendações da OMS nesta matéria.

Tomando como exemplo alguns dados estatísticos calculados no âmbito do cumprimento do IV Plano de Fomento, vejamos como foi a evolução dessa afectação, tendo em conta as categorias profissionais tecnicamente mais salientes e as mais numerosas na época.

QUADRO V

SUL DO SAVE: RELAÇÃO MÉDICO/HABITANTE ENTRE 1966/1970 - (ANOS ESCOLHIDOS) (a)

ANOS	1966			1968			1969			1970		
	Pop.	Nº. Médico	Hab./Médico									
Lç. Marquês	671.462	193	3.479	737.661	265	2.784	773.170	264	2.929	799.358	293	2.728
Gaza	700.485	14	50.035	728.520	10	72.852	742.956	16	46.435	753.347	12	62.779
I'bana	681.663	12	56.772	715.820	12	59.652	733.751	7	104.822	745.911	8	93.239

FONTE: Relatório do IV Plano de Fomento, Vol.12, Tomo 3, 1973, p.224/228.

OBS: a) - Os números apresentados incluem médicos civis e militares, pelo que podemos encontrar certa disparidade com os apresentados no mesmo documento, pp 162/65.

Quanto à relação médico/habitante, a O.M.S. recomendava que nos países subdesenvolvidos se atingisse, até 1970, 1:10.000 hab.

Recorrendo a alguns números comparativos de alguns países vizinhos de Moçambique, conforme os relatórios da OMS, podemos ver que o panorama da relação médico/habitante apresentava-se da seguinte forma:

QUADRO VI

RELAÇÃO POPULAÇÃO/MÉDICO: MOÇAMBIQUE - OUTROS TERRITÓRIOS DE ÁFRICA

DESIGNAÇÃO	POPULAÇÃO/MÉDICO		
	1960	1966/67	1968/69

Angola	1:14.000	1:11.000	-
Moçambique	1:20.000	1:16.000	1:14.710
Kénia	1:7.600	-	-
Tanganyika	1:17.650	-	-
Madagascar	1:11.000	1:9.800	-
Uganda	1:13.000	-	-

FONTE: Relatório de 1971, p.27.

Curiosamente, notamos que a outra colónia de Angola, apesar de ser mais extensa, a relação médico/habitante era bastante melhor que a de Moçambique, o mesmo acontecendo em relação aos outros territórios vizinhos. Não nos foi possível descortinar as razões, mas é um dado a considerar.

QUADRO VII

SUL DO SAVE: RELAÇÃO HABITANTE/ENFERMEIRO ENTRE 1966/1970 - (ANOS ESCOLHIDOS) (a)

ANOS	1966			1968			1969			1970		
	Pop.	Nº. Enf. se.	Hab/E nfº.	Pop.	Nº. Enf. se.	Hab/E nfº.	Pop.	Nº. Enf. se.	Hab/En fºe.	Pop.	Nº. Enf. se.	Hab/4 nfº.
Lço. Marques	671.462	580	1.158	737.661	606	1.217	773.170	752	1.028	799.358	670	1.193
Gaza	700.485	119	5.866	728.520	90	8.095	742.956	95	7.821	753.347	88	8.561
I'ban	681.263	70	9.733	715.820	71	10.082	733.751	69	10.634	747.911	67	11.133

FONTE: Relatório do IV Plano de Fomento, Vol.12, Tomo 3, 1973, p.233/229

OBS: a) - Os números apresentados incluem enfermeiros com curso normal e auxiliares de enfermagem.

A O.M.S. recomendava que nos países subdesenvolvidos a relação enfermeiro/habitante, até 1970, fosse **1:5.000 habitantes**.

Os números que acabamos de apresentar são, na sua generalidade, mais que elucidativos dos constrangimentos que caracterizaram a afectação de recursos humanos na Saúde. Significa afirmar que o regime, apesar de todo o esforço, ainda estava longe de atingir os mínimos exigidos pela OMS. Pensamos, a esse respeito, que o ex-distrito sanitário de Lourenço Marques constituía apenas uma

excepção, mas que no fundo só comprova a tendência de concentrar o pessoal nas grandes cidades e vilas, em detrimento das zonas rurais.⁽⁴⁷⁾

Da análise que fizemos aos dados recolhidos durante as entrevistas, permitem-nos observar que a colocação apenas de uma unidade de enfermagem e/ou parteira em cada Posto ou Maternidade, é demonstrativo da fraca capacidade em termos de recursos a afectar. As razões que concorreram para esta penúria são várias,⁽⁴⁸⁾ e algumas delas teremos ocasião de abordar ao longo desta dissertação, especialmente quando analisarmos no capítulo seguinte o grau de realização e/ou o impacto das acções sanitárias.

Para concluir este aspecto, acrescentamos apenas que, para além do pessoal competente, a extensão da rede sanitária é bastante onerosa, porque o apetrechamento, bem como a sofisticação tecnológica dos equipamentos, acarretam custos elevados, muitas vezes incompatíveis com a capacidade financeira dos Estados.

Este era, na verdade, o dilema insistentemente mencionado nos relatórios, quer de execução dos Planos de Fomento, como de realização das actividades de saúde em geral, o que contribuiu para a inviabilização dos planos até certo ponto arrojados, encetados no sentido de convencer os parceiros europeus sobre a capacidade de governação nas colónias portuguesas.

II.2 - O perfil nosonecológico do região Sul do Save

No capítulo anterior dizíamos que o regime colonial ensaiou várias formas no sentido de prevenir as diferentes doenças,

⁴⁷ Sobre este aspecto, chamamos atenção para a observação do aludido nos quadros I e II, cap.I, no que concerne à população urbana em relação à rural, sendo esta a que concentra maior número de habitantes, mas que na afectação de recursos infraestruturais, ela era manifestamente desprotegida.

⁴⁸ O relatório do III Plano de Fomento elaborado em 1973, assinala que um dos principais constrangimentos era conseguir que os melhores técnicos aceitassem a colocação fora das grandes urbes, alegando sobretudo o problema de insuficiência de condições técnicas.- Cf. o referido relatório, p.87/88.

especialmente as endémicas. Foi nesse âmbito que surgiram as campanhas organizadas no contexto do desenvolvimento dos serviços especializados, sendo o mais antigo o da Lepra, pois data da fase inicial de ocupação sanitária da Província.⁽⁴⁹⁾

Porém, antes de passarmos para o aspecto quantitativo dos dados obtidos, importa referir que nesta abordagem daremos maior ênfase às doenças endémicas, epidémicas e transmissíveis, devido ao seu peso na morbimortalidade.

Com efeito, os diferentes relatórios e estudos de carácter epidemiológico que datam das décadas 30/40/50, incluindo o período que estamos a estudar, apontam como principais causas de morte as seguintes patologias:

- Malária ou Sezonismo(*)
- Tuberculose pulmonar(*)
- Ancilostomiase, incluído todo o conjunto das parasitoses intestinais(*)
- Sarampo(*)
- Bilharziose(*)
- Lepra(*)
- Boubas
- Bronquite(*)
- Doenças venéreas(*)
- Úlceras fagedénicas
- Micoses
- Variola, esta a diminuir de intensidade a partir da década 50, até à sua total erradicação mundial anos mais tarde.⁽⁵⁰⁾

⁴⁹ A criação e o desenvolvimento das Campanhas, pode ser visto no anexo III e no resumo cronológico da principal legislação - anexo II.

⁵⁰ 1) - Por outro lado, devemos assinalar que esta enumeração não pretende esgotar a lista das patologias, para além de que ela foi variando ao longo dos anos, em função de diferentes factores que não cabem na análise que estamos a fazer.

2) - Quanto à variola, dizer que as estatísticas indicam que o número de casos foi decrescendo até atingir zero em 1970 - Cf. Relatório dos S.S.A. referente a 1971, p.30.

Quanto ao Sul do Save, os nossos entrevistados referiram que o último surto

Para além das condições climáticas e de natureza geofísica, são mencionadas como causas agravantes da ocorrência de óbitos, as seguintes:

- Baixo nível de desenvolvimento sócio-económico
- Ignorância e pobreza das populações
- Hábitos e crenças populares
- Dificuldades de transporte
- Dispersão das populações.⁽⁵¹⁾

Acrescidos a estes factores sócio-culturais, devemos mencionar aqueles que estão associados aos factores de desenvolvimento da rede sanitária, e os relacionados com a capacidade técnico-profissional do pessoal médico e outro, bem como os recursos materiais disponíveis.⁽⁵²⁾

É curioso notar, neste âmbito, que o regime estava consciente do investimento científico que era necessário empreender, sobretudo no que toca à capacitação dos médicos em matéria das doenças típicas de Moçambique, recomendando inclusive que se desenvolvesse a capacidade de investigação multidisciplinar,⁽⁵³⁾ que pudesse assegurar o sucesso das acções médicas gerais; pois esses estudos garantem certo nível de alcance nas intervenções junto da comunidade a

de que há memória, data dos primeiros anos da década 50. Todavia, segundo o relatório dos S.S.A. referente a 1971, os últimos casos registados na Província foram comunicados à O.M.S. em 1969. - Cf. o referido relatório, p.10.

(*) Estas patologias continuam a ocupar lugar de destaque no quadro sócio-epidemiológico do Ministério da Saúde da República de Moçambique, devido às altas taxas de mortalidade, sobretudo em crianças.

⁵¹ Dados referidos em:

- 1 - Relatório dos Serviços de Saúde referente a 1963 - AHM/Cota: S.E., a.II, p.6, nº.48-5, p. 27.;
- 2 - Relatório referente a 1964 - AHM/Cota: S.E., a.V, p.4, nº.169-1, p.37;
- 3 - Revista "África Médica", nº.1, Janeiro de 1940, p.1-8.

⁵² Os aspectos da cobertura sanitária e a capacidade de afectação de recursos humanos e materiais, foram objecto de reflexão no ponto 2.1.

⁵³ Integram-se neste âmbito os estudos que deviam ser feitos em Sociologia, Antropologia, Psicologia, etc.

servir, tornando a assistência sanitária mais abrangente.

Contudo, o plano do regime nesta área circunscreveu-se à componente formação do pessoal médico a cargo do Instituto de Investigação de Medicina Tropical, já referenciado na alínea (3) do capítulo anterior.

No que concerne à quantificação dos principais eventos patológicos, chamamos a atenção para o quadro seguinte que nos apresenta as ocorrências nosonecológicas registadas no Sul do Save nas décadas 60/70, pese embora a limitação verificada devido à ausência de dados (Casos/Óbitos) específicos de algumas patologias consideradas importantes para a saúde pública. Também incluímos no anexo VII o movimento Nosonecológico geral da colónia, a fim de nos permitir uma análise comparativa e o peso relativo nosonecológico da zona que estamos a estudar.

Com efeito, não acreditamos que não tenha havido mais casos naquele período. Pensamos, por isso, que a incapacidade de diagnóstico e de registo possa estar associada a esta lacuna, bem como a limitação verificada no número de casos reportados nas estatísticas.

Outro factor importante a evidenciar é o de que os dados apresentados apenas foram recolhidos em estabelecimentos hospitalares. Ora é sabido que estes atendiam à priori um número bastante reduzido da população.

QUADRO VIII

SUL DO SAVE: MOVIMENTO NOSONECROLÓGICO GERAL REGISTADO EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES-(Anos escolhidos)

DESIGNAÇÃO	ANOS					
	1960		1965		1970	
	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS

I)- 1.1 - HOSPITAL CENTRAL:Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB)	28.523	1.342	31.332	1.785	32.602	2.118
II) HOSPITAIS REGIONAIS E SUB- REGIONAIS						
2.1 - Chibuto	-	-	742	32	1.084	39
2.2 - Gaza - João Belo	3.816	123	2.643	155	2.948	166
2.3 - Inhambane	2.895	127	2.119	149	2.442	180
III) HOSPITAIS RURAIS						
3.1 - Lourenço Marques	- (1)	- (1)	3.447	105	2.707	54
3.2 - Gaza	- (1)	- (1)	4.432	125	4.392	96
3.3 - Inhambane	- (1)	- (1)	3.714	119	3.769	100
IV) HOSPITAIS ESPECIALIZADOS						
4.1 - Lourenço Marques(2)	- (1)	- (1)	- (1)	- (1)	397	50
4.2 - Machava(3)	- (1)	- (1)	- (1)	- (1)	548	89

FONTE: Anuário estatístico (1960/1965/1970)

LEGENDA: 1) - Anos sem dados registados.

2) - Julgamos tratar-se do Hospital Dermatológico, Dr. Firmino Santana, da Lepra - (actual Hospital de Geral de Mavalane).

3) - Idem, do Hospital Sanatório da Machava para Tuberculosos - (actual Hospital Geral da Machava).

QUADRO VIII.I

SUL DO SAVE: MOVIMENTO NOSONECROLÓGICO DO PALUDISMO E DE OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (ANOS ESCOLHIDOS)

DESIGNAÇÃO	ANOS					
	1960		1965		1970	
	CASOS	OBITOS	CASOS	OBITOS	CASOS	OBITOS

I - PALUDISMO						
1.1 - HOSPITAL CENTRAL MIGUEL BOMBARDA	314	38 (12%)(1)	207	78 (38%)	494	37 (7.4%)
1.2 - Gaza	151	2(1,3%)	282	8(3%)	279	9 (3,2%)
1.3 - Inhambane	73	4 (5,4%)	76	1 (1,3%)	99	1 (1%)
II - OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS						
2.1 - HOSPITAL CENTRAL MIGUEL BOMBARDA	3.558 (2)	385 (11%)	5.055 (3)	518 (10,2%)	2.227	297 (13,2%)
2.2 - Gaza	419 (2)	20 (48%)	889 (3)	69 (8%)	515	61 (12%)
2.3 - Inhambane	248 (2)	29 (12%)	507 (3)	34 (8%)	489	29 (6%)

FONTE: Anuário Estatístico (1960/1965/1970).

LEGENDA: 1) - Para cada doença ou grupo, indicamos a percentagem de óbitos em relação aos casos registados no respectivo ano.

2) - Estes números incluem as estatísticas do Paludismo referidas acima.

3) - A partir deste ano, os números incluem os casos registados em Hospital Central, Hospitais Regionais e Sub-Regionais.

II.2.1 - Acção preventiva e/ou profilática

Como referimos no início deste capítulo, uma das acções prioritárias recomendadas pela OMS consiste na promoção da saúde, que inclui todo o conjunto das acções preventivas.

Assim, a apresentação dos aspectos da acção profilática tem por objectivo avaliar, ainda que de forma resumida, qual o empenho do regime colonial neste âmbito de primordial importância para a saúde pública.

No âmbito da campanha vacinal realizada pelos S.S.A. nos meados da década 60 e inícios da década 70, algumas estatísticas apresentam os dados que constam no quadro III (anexo VI) referente à região Sul do Save.

Porém, sobre as referidas estatísticas devemos salientar que o número elevado em relação à vacinação antivariólica, cujo processo de inoculação parece-nos ter sido mais abrangente, isto é, mais sistematizado e mais intensivo, quer em termos da extensão e/ou espaço

geográfico, como em relação à cobertura populacional.⁽⁵⁴⁾ Assim, parece-nos que as restantes vacinas eram muito limitadas, isto é, não abrangiam o grosso da população. Também os números que apresentamos são disso exemplo.

Pela sua importância epidemiológica, passemos à apresentação circunstanciada da estratégia preventiva implementada na região, tomando como referência algumas das doenças mencionadas no quadro que acabamos de construir, incluindo outras que nos parecem relevantes pelo seu peso epidemiológico e nosonecológico da zona em estudo.⁽⁵⁵⁾

a) - **PALUDISMO:** Doença de maior importância devido à sua alta prevalência e com taxas elevadas de morbi-mortalidade, havendo referência de casos que datam mesmo do período que antecede a década 60.⁽⁵⁶⁾

Segundo os relatórios dos S.S.A., a zona Sul do Save, particularmente a que abrangia o ex-Concelho administrativo de Lourenço Marques, serviu de estação piloto para a investigação que culminaria com o alargamento das actividades para o resto da Província. Esta fase designava-se de pré-erradicação, cuja acção contou com participação de todos os países limítrofes, nomeadamente Suazilândia, África do Sul e Rodésia do Sul.

Este programa foi desenvolvido no âmbito de um

⁵⁴ Devemos referir no entanto que a maior parte dos utentes e antigos trabalhadores que entrevistamos nos locais visitados ao longo deste estudo, referiram que com certa insistência que esta vacinação tinha características massivas. Aliás alguns relatórios dos S.S.A. reconhecem que já na década 20 a vacinação antivariólica era compulsiva, como o demonstra a quantidade das vacinas efectuadas.

⁵⁵ É necessário referir que em relação a algumas dessas patologias ainda não existe vacina, como é o caso da Malária e outras.

(*) Entretanto, sabe-se que desde os finais da década de 50, esta doença aparece na lista daquelas que a OMS recomendava a sua notificação obrigatória - Cf. o anexo I, p.4.

⁵⁶ Cf. relatório dos S.S.A. referente a 1961, p.25.

acordo assinado com a OMS em 1959.⁽⁵⁷⁾ O programa consistia no reconhecimento da zona, avaliação da intensidade da endemia, captura do mosquito para exame entomológico, seguido de pulverização e quimioprofilaxia dos residentes, incluindo o teste de efectividade das medidas anti-palúdicas, estudo dos meios económicos eficientes e a organização administrativa da sua implementação, com a duração prevista para 7 anos.⁽⁵⁸⁾

Após as experiências obtidas no Sul, os serviços de campanha contra a malária puderam estender a sua acção para outras zonas, incluindo o Norte da Província.⁽⁵⁹⁾

Vejamos alguns dados que nos mostram o quadro de prevalência desta doença em relação a algumas zonas do Sul do Save, especificamente na zona do ex-distrito sanitário de Lourenço Marques.

⁵⁷ O interesse da colaboração da OMS foi motivado pelo facto de se ter reconhecido que Moçambique possuía uma rede hidrográfica elevada.- Cf. o relatório de 1961, p.25/29. Contudo, segundo os relatórios dos S.S.A., este apoio foi retirado anos mais tarde, provavelmente devido à pressões políticas originadas pela intransigência de Portugal em recusar o reconhecimento da autonomia das colónias em África.

⁵⁸ Esta actividade foi recordada com muita simpatia pela maioria dos populares que o autor destas linhas teve ocasião de entrevistar na Província de Maputo, devido ao reconhecimento dos efeitos benéficos que causava nas aldeias. Lamentam inclusivamente que o Ministério da Saúde não tenha dado continuidade no período pos-independência. Assinalar apenas que apesar de todos os esforços empreendidos no contexto da saúde pública, tanto no período colonial como no pos-independência, esta doença continua a ser uma das principais causas de morte em Moçambique, especialmente em crianças, com o agravante de não existir até aos nossos dias qualquer meio de imunização.

⁵⁹ É necessário referir que, segundo a opinião de alguns especialistas da área por nós entrevistados, acreditam que em Moçambique ocorreram mutações ecológicas significativas, tanto a nível do território como por influência dos países vizinhos, que tornam a esperança de erradicar o paludismo, não como um sonho, mas difícil de alcançar. Basta dizer que já passam três décadas que existe uma estratégia específica nesta área, mas os resultados apontam para novas formas, agravadas pelo fenómeno de "**resistência**" à doença, continuando, por isso, a ser uma das que mais mortes causa. - Cf. Entrevista nº.2, realizada em Maputo, em 30/9/96.

QUADRO IX

PREVALÊNCIA DA MALÁRIA OU PALUDISMO EM ALGUMAS ZONAS DO EX-DISTRITO SANITÁRIO DE LOURENÇO MARQUES (1961/62 E 1969/70)

AREAS	PREVALÊNCIA	
	1961/62	1969/70
CATUANE	65,7%	2,2%
SANTANCA	50,5%	1,4%
ZITUNDO	38,9%	0,4%
CAPEZULO-MADLANDJANE	35,1%	0,6%
MACHANGULO	29,8%	1,1%
INHACA	30,9%	0,7%
MACHATUINE	64,0%	19,2%
VUNDIÇA (SUL)	28,4%	16,9%
MOAMBA	28,4%	8,1%

FONTE: Relatório da Secretaria Provincial de Saúde e Assistência, In: "Situação sanitária da Província de Moçambique", 1971,p.32.

Verificamos que a prevalência diminuiu bastante na década de 70, devido provavelmente à eficácia das medidas preventivas ensaiadas nesta zona. Como referimos acima, as populações por nós entrevistadas na zona reconheceram a importância dessas medidas. Assunto que importa pesquisar.

b) - LEPROA: Como referimos no cap.I, os serviços de combate contra à Lepra são os mais antigos, cuja acção data desde a fase de ocupação sanitária da Província.

Para a concretização das suas acções, há a registar a construção de granjas e leprosarias, espalhadas em todo o território. No entanto o Sul do Save somente contava com duas unidades deste tipo, uma localizada em Inhambane (Homoíne) e outra em Gaza (Massavelane).

Porém, nos meados da década 60 passou a contar com o único hospital dermatológico da colónia, conforme se pode ler no anexo III, ponto 2.2 deste trabalho.

Quanto aos resultados sanitários, devemos referir

que em 1970 havia 7.299 doentes conhecidos no Sul do Save, com um índice de prevalência de 3,4/1.000 e 0,2/1.000 de incidência.⁽⁶⁰⁾

c) - **TRIPANOSSOMIASES (HUMANA)**: A organização dos serviços de combate à doença datam desde 1945, porém a sua extensão para o Sul apenas data dos inícios da década 60.

Os diferentes relatórios da missão de combate mostram que no Sul do Save havia poucas manchas de infestação glossínica e nenhuma mancha endémica da doença do sono. As poucas manchas glossínicas situavam-se ao Norte do distrito sanitário de Gaza, junto da fronteira com a África do Sul e da ex-Rodésia do Sul, devido por hipótese à maior presença de gado bovino e de animais selvagens.

Porém, apesar desta insignificância do vector, houve por parte dos serviços de campanha a extensão das actividades até à zona que indicamos, visando sobretudo travar o avanço da mosca Tsé-Tsé para o Sul.⁽⁶¹⁾

d) - **TUBERCULOSE**: No contexto epidemiológico, a Tuberculose foi desde os inícios do Século (e porque não dizer antes), um dos sérios problemas a encarar na saúde pública, devido às altas taxas de morbi-mortalidade.⁽⁶²⁾

⁶⁰ Cf. O relatório anual de 1971, op.cit, p.33.

Entretanto, é importante assinalar que em 1961, o número de doentes conhecidos na mesma zona foi de 4.664, enquanto que em 1967 atingiu os 6.790. - Cf. o Relatório anual de 1971, p.30/31 e de 1968/69, p.128, respectivamente. Em relação à variação aqui verificada, cremos que os motivos podem ser imputados às dificuldades de diagnóstico, de registo ou à cobertura da rede sanitária.

⁶¹ Segundo Jaime Neves, as zonas endémicas na colónia situavam-se no Norte de Moçambique, nomeadamente Tete, Cabo Delgado, Moçambique e Niassa, com um total de 4.217 de casos da doença registados entre 1940 e 1970, o que dá uma média de 136 casos por ano. - Cf. o referido autor, "A doença do sono", In: Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, Vol.V, n.ºs.3/4, Julho/Dezembro de 1971, Lisboa, Escola Nac. de Saúde Pública e Med. Tropical, p. 350/364.

⁶² 1) - A relevância desta doença é testemunhada pelos dados que o quadro VII em anexo nos apresenta. E ainda para testemunhar esta nossa afirmação, devemos referir que o Congresso bi-anual do Comité Permanente para a Tuberculose em África, realizado em Nairobi em Setembro de 1960, reconheceu

No caso específico do Sul do Save, e para nos referirmos ao período da nossa análise, temos a salientar o factor agravante dos homens que iam trabalhar nas minas da África do Sul (como podemos ver na nossa observação, no capítulo I, p.2, e ainda o desenvolvimento que fazemos no cap. III.⁽⁶³⁾)

No contexto da imunização, se recorrermos às estatísticas dos serviços de saúde, podemos constatar que constituía uma das prioridades, especialmente nos últimos anos do período em estudo. Entretanto, durante a fase de observação que realizamos na zona, muitas pessoas que entrevistamos referiram terem sido vacinadas, embora não conheçam a designação específica de "BCG".

Outra medida de relevo assumida pelo regime foi a construção de clínicas especializadas para profilaxia e diagnóstico - os dispensários anti-tuberculosos especialmente em Lourenço Marques. Quanto à imunização, em 1969/71 foram vacinadas 406.157 pessoas na zona Sul do Save,⁽⁶⁴⁾ o que representa uma percentagem de cerca de 18% em relação ao total da população recenseada em 1970 na mesma zona, e o equivalente a cerca de 12% do total das

que esta enfermidade constituía o problema nº.1 da Saúde pública. - Cf. o relatório anual de 1961, p.37.

2) - Por outro lado, estatísticas recentes publicadas Pelo Ministério da Saúde (MISAU), indicam que a Tuberculose pulmonar continua a ocupar lugar de relevo na saúde pública, particularmente por esses dados revelarem a tendência crescente de novos casos, com a agravante de os mesmos estarem, em alguns casos, associados aos casos do SIDA. - Cf. António Noya e Avertino Barreto, "Análise epidemiológica das doenças notificáveis pelo Sistema Nacional de Informação de Saúde", Gabinete de Epidemiologia, Maputo, 1992, p. 11-16.

⁶³ Com efeito, dados publicados pelo investigador **Lereno Monteiro**, indicam que a média de ocorrências mortais por Tuberculose pulmonar, entre 1931 e 1939 cifra em 11,73%.

Aponta como sendo factores predisponentes as seguintes:

- Menor resistência para a infecção nos negros;
- Número de homens no Sul da colónia que vão trabalhar nas minas, o que os predispõe à infecção com TP e/ou Silicose;
- Precárias condições de higiene. - Cf. Lereno Monteiro, "O problema da Tuberculose em Lourenço Marques", In: "Africa Médica: Revista mensal de Higiene e Medicina Tropical", nº.1, Janeiro de 1940, p.4.

⁶⁴ Cf. O relatório anual referente a 1971, p.38.

vacinações efectuadas em toda a Província.⁽⁶⁵⁾

e) - **BILHARZIOSE:** A semelhança do que aconteceu com as outras doenças, a prevalência está aliada às condições ecológicas (existência de muitos criadouros), que condicionam a multiplicação do hospedeiro - os moluscos repositários de cercárias e/ou hospedeiros intermediários da doença.

Quanto ao número de casos observados em consultas externas entre 1960 e 1969, a média anual foi de 1.401.333 casos, no somatório da bilharziose vesical e intestinal.⁽⁶⁶⁾

As medidas preventivas então ensaiadas consistiam na educação sanitária das populações, sendo de realçar, no Sul do Save, a actividade específica (piloto), levada a cabo pelo Instituto de Investigação Médica no colonato do Limpopo onde a infestação chegou a atingir 70 a 90% de habitantes. No entanto pouco se pode dizer em relação ao impacto deste estudo, especialmente no que toca à realização de medidas preventivas neste e noutros locais da zona Sul e/ou em toda a Província.

Todavia, epidemiologicamente, parece-nos que o número de casos e de óbitos que constam no quadro IV, anexo VII, podem, por si sós, significar o grau de associação desta doença com as sequelas que ela pode causar no aparelho genito-urinário dos pacientes, o que talvez constitua justificação do elevado número de casos e óbitos registados.

⁶⁵ Idem

No que toca à educação sanitária, parece-nos ser de realçar o uso de um jornal local "FAMBA IAPAMBENE" -Jornal essencialmente dedicado aos regedores e publicada no ex-distrito de Gaza. Apesar de ter sido um instrumento político e de propaganda colonial, o mesmo era usado para difundir algumas medidas higiénicas, para além do apelo que lançava para as populações aderirem às campanhas de vacinação, etc.

Este jornal foi fundado em 1967 e deve ter sido extinto nos finais da década 60 ou inícios de 70. Os conteúdos eram escritos em Português e em Changana (língua local) - Cf. AHM/Cota:PP-709.

⁶⁶ Cf. Relatório anual de 1971, quadro nº.26, p.42.

f) - **CÓLERA**: As estatísticas da década 70 apontam com relevância a ocorrência de casos desta doença epidémica, atingindo sobretudo os grandes aglomerados populacionais, como foi o caso de Lourenço Marques e Beira.

A título elucidativo, pode-se dizer que somente nestas duas urbes, em 1973 foram gastos 14 mil contos, e em 1974 previa-se gastar 30.000 contos nas acções de organização de campanhas específicas.

Quanto às medidas preventivas realizadas no Sul do Save, em Lourenço Marques, naquele mesmo ano, foram efectuadas 9.624 vacinações.⁽⁶⁷⁾

Porém, a par da imunização vacinal, tudo aponta que a acção preventiva por excelência consiste na implementação de medidas de saneamento do meio, para além da observância rigorosa das condições de higiene da água e dos alimentos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A EFICÁCIA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS

É de referir, em primeiro lugar, que a legislação tem o seu peso como base de organização estatal. Contudo esta pecou por ter sido definida tardiamente, especialmente aquela que regulamenta as acções de saúde pública, com destaque para a saúde da mãe e da criança.

Assim, podemos constatar no anexo I, p.4, que somente em 1964, através do Dec.45.541, de 8/02/64, Portugal formalizou este tipo de acções, tornando-as obrigatórias para todas as colónias, tomando em consideração as especificidades de cada uma.⁽⁶⁸⁾

⁶⁷ Cf. Fundo do Governo Geral, cxa. nº.2196 - Resumo das principais actividades dos S.S.A., 1974, p.6.

⁶⁸ Se acreditarmos nas palavras de Cambournac quando afirma que "podemos salientar, certamente, que toda a legislação visou sempre e muito contribuiu para a melhoria de saúde das populações e para o seu desenvolvimento sócio-económico"- Cf. F.J.C. Cambournac, "Serviços de Saúde em evolução no Ultramar", In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Vol.I, nºs 1/4, Janeiro/Dezembro de 1973, Lisboa, Inst.Higiene e Med. Trop., p.81, então podemos depreender que elas de facto vieram tarde, pelo que os seus efeitos

Porém, o problema não termina por aqui, pois é necessário saber se o governo colonial criou ou não condições para a cabal concretização dessas intencões e/ou se foram efectivamente aplicadas.

Alguns estudiosos (portugueses) acreditam que o aumento de casos diagnosticados não significa em si o aumento de casos, mas indicam apenas o aumento da capacidade de diagnóstico. Porém, parece-nos igualmente que devemos associar este facto à fraca capacidade na recolha de dados estatísticos já referenciada anteriormente.

Quanto à acção junto da comunidade, refere-se que o sucesso da educação das populações se mede em grande parte pelo seu grau de aceitação. Ora, as estratégias ensaiadas pelas autoridades sanitárias coloniais, nem sempre foram coroadas de êxito.

Aliás, ao reconhecerem este facto, e como que a justificarem tal situação, os relatórios consultados assinalam que

" (...) a velocidade da aceitação das ideias novas, depende da maneira como elas forem apresentadas e também da maneira como elas interferirem com os interesses da comunidade a trabalhar".⁶⁹)

Todavia, se as acções de educação sanitária falharam, no nosso entender por falta de uma estratégia de comunicação adequada e no uso abusivo da autoridade administrativa - (ver o nosso comentário, p. 8. Também devemos reconhecer que algo foi feito de positivo, sobretudo no âmbito da formação de agentes sanitários, que prioritariamente deviam realizar nas comunidades tarefas como:

- Educação sanitária, como tarefa prioritária
- Controlo de água e de alimentos;
- Inspecção das habitações, incluindo todas as medidas de

também não foram relevantes (exceptuando algumas medidas confinadas aos grandes centros urbanos).

⁶⁹ Cf. Relatório dos S.S.A. referente a 1964, p.37.

saneamento do meio (controlo de águas residuais, lixos - sistemas de remoção e tratamento);

- Higiene individual
- Vacinação, etc.

Neste aspecto, lamentamos que não tenhamos encontrado alguma medida objectiva dirigida para a área nutricional, se bem que nos planos referentes a 1974 venha mencionada a existência da **Comissão de nutrição da província**, mas as suas acções não são conhecidas ou pelo menos os relatórios que consultamos não fazem referência concreta dessa acção.

Sobre a escassez de dados, também é de assinalar a falta de registo da imunização feita em relação ao Sarampo, embora nos pareça ter sido um problema de saúde pública nesta fase(veja por ex. os dados que constam no anexo VI).

Resta-nos, para terminar, saber que tipo de aplicação foi feita pelas instituições responsáveis, no que diz respeito às recomendações dos estudos e/ou pesquisas feitas pelo Instituto de Investigação Médica de Moçambique, pois elas deviam constituir matéria de aplicação e avaliação no terreno por parte das estruturas executivas. Por exemplo não sabemos o que foi feito com os estudos-piloto sobre o combate à Bilharziose (Colonato do Limpopo) e outros estudos análogos.

CAPÍTULO III

ENTRE AS INTENÇÕES E OS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE SANITÁRIA NO SUL DO SAVE

No capítulo precedente mostramos as realizações registadas no Sul do Save, com especial destaque para os aspectos ligados à organização da rede sanitária. Também evidenciamos alguns aspectos que directa ou indirectamente impediram e/ou enfraqueceram a implementação de um sistema de saúde que pudesse responder aos principais anseios da população.

Importa agora que passemos ao detalhe dos aspectos que caracterizaram a capacidade de implementação das acções programadas com vista à concretização dos diversos planos concebidos pelo regime para implementar o sistema de saúde. Para isso é fundamental que recorramos para a opinião daqueles que directa ou indirectamente participaram na execução desses planos, bem como o sentimento daqueles que por necessidades diversas procuravam os serviços de saúde, utilizando para o efeito as capacidades das unidades sanitárias existentes, tanto das entidades estatais como particulares.

Nessa análise procuraremos igualmente realçar os aspectos que a população usou para colmatar a falta e/ou incapacidade de resposta do sistema de saúde colonial.

Deste modo, ao longo do presente capítulo, iremos não só identificar o nível de realizações face às intenções políticas proclamadas, mas sobretudo identificaremos o **impacto social do sistema**, no contexto da satisfação das necessidades da população em matéria de saúde. A análise incidirá especialmente em relação às populações mais desfavorecidas, devido à localização geográfica das mesmas tal como em relação à discriminação baseada na cor da pele.

No contexto da assistência e/ou do acesso das populações à rede sanitária, procuraremos relacionar o

impacto da colaboração oferecida pela missões religiosas e/ou outras entidades para-estatais e particulares, visando a confirmação ou não das nossas hipóteses de partida.

Outro dado importante que tentaremos evidenciar neste capítulo, está relacionado com o recurso alternativo daquelas populações que, devido à exiguidade da rede sanitária e/ou ao carácter discriminatório do sistema de saúde colonial se viam na contingência de recorrer ao legado da tradição sócio-cultural. Referimo-nos neste caso ao recurso às diferentes formas de medicina paralela e/ou tradicional, que até hoje continua a ocupar lugar de destaque na assistência das populações, independentemente do estatuto social das mesmas.⁽⁷⁰⁾

Como método de análise dos aspectos acima identificados iremos recorrer, por um lado, aos planos de desenvolvimento e, por outro, ao impacto destes, através da apresentação das opiniões daqueles que directamente participaram na concretização dos planos do governo (antigos trabalhadores de saúde), bem como da opinião daqueles que, por necessidades diversas, acorriam às unidades sanitárias na busca de alívio ao sofrimento causado pela doença. Estão neste grupo antigos utentes das unidades sanitárias, incluindo as autoridades tradicionais, como curandeiros, autoridades locais e/ou as então denominadas "autoridades gentílicas".⁽⁷¹⁾ Todas essas opiniões serão também confrontadas com os dados teóricos obtidos, desde o material dos Fundos do Governo à diversa

⁷⁰ A O.M.S estima em cerca de 80% a população que nos países africanos tem a medicina tradicional como único recurso de assistência em caso de doença ou outro mal social. Aliás, esta organização internacional apoia todas as iniciativas dos países membros, no sentido de elaborar programas específicos que apoiem esta instituição tradicional, de modo que ela colabore, e cada vez melhor, na cura e prevenção da doença, incluindo os distúrbios de carácter psico-social - Cf. Resoluções da OMS nº.WHA22.54;WHA31.33;WHA41.19 e do Comité Regional Africano (AFR/RC 40WP/8).

⁷¹ Embora nos capítulos anteriores tenhamos feito alusão aos resultados de observação feita na região em estudo, neste capítulo tomá-los-emos como ponto de referência especial para entendermos o impacto do sistema de organização da rede sanitária.

literatura consultada.

Estamos cientes de que a eficácia das acções sanitárias não deve ser medida apenas pela extensão da sua rede, mas sim como um bom indicativo que mostra a capacidade de intervenção estatal junto das comunidades que serve e por isso representa um processo oportuno que nos permite avaliar os efeitos directos da implementação do sistema de saúde.

III.1 - Planos de desenvolvimento sócio-económico e resultados da acção sanitária

O sucesso de implementação do programa sanitário, seja qual for o nível de desenvolvimento do país em causa, passa necessariamente pela observância da componente sócio-económica e vice-versa.

Para concretizar esta simbiose, F.J.C Cambournac, eminente dirigente da OMS a nível regional africano, na sua obra sobre a evolução dos serviços de saúde no ultramar portugueses, escrevia que

"(...) o desenvolvimento económico é um meio para criar a saúde e que a saúde é um meio de desenvolvimento económico, o desenvolvimento económico é um meio para criar a saúde e que a saúde é um objectivo do desenvolvimento económico. Da interdependência, sobressai, também, claramente a necessidade de incluir nos programas e projectos de desenvolvimento sócio-económico, as medidas de índole sanitária, de forma a evitar as suas consequências prejudiciais e assegurar o seu êxito." (72)

Comentando as palavras de Cambournac, é importante registar

⁷² Cf. F.J.C. Cambournac, "Serviços de saúde em evolução no Ultramar", In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Vol. I, nºs 1/4, Janeiro/Dezembro de 1973, Lisboa, Inst. de Higiene e Med. Trop., p.69. Esta mesma linha de pensamento é corroborada por outro cientista, SIGEREST, citado pelo primeiro, dizendo que ao analisar a dimensão da reciprocidade Homem/Saúde/Meio ambiente, advoga que toda a acção nesta área deve possuir o cunho de "benefício social" - Cf. op.cit., p.81.

OBS: Cambournac foi Director do Comité Regional da OMS para a África, a partir de 1954.

que a preocupação de todos os Estados deve ser a de desenvolver esforços no sentido de melhorar constantemente o bem-estar das populações, estabelecendo um verdadeiro equilíbrio entre os indivíduos e o meio-ambiente que lhes rodeia.

Este propósito visa, em última análise, a organização de um sistema que não atinja apenas a doença como tal mas alcançar a promoção de saúde e o bem-estar global das comunidades, ou pelo menos funcionar como um lema que deve orientar o planeamento e/ou constituir a meta a atingir - "Uma Nação saudável é uma Nação forte", concluía (Cambournac:80).

Sobre estes aspectos, a OMS insiste no sentido de que o desenvolvimento económico deve permitir, por exemplo, a criação de condições para uma boa nutrição da população, aprovisionamento de água (água potável e em abundância, para o consumo e higiene), higiene do meio e todas as condições de saneamento, bem como a harmonização dos diferentes sectores de desenvolvimento do país. Será esse desenvolvimento que poderá levar à aquisição de equipamento, construção de infraestruturas sanitárias adequadas e outros aspectos de desenvolvimento técnico-científico, beneficiando de forma indirecta a saúde das populações.⁽⁷³⁾

Neste contexto, importa analisar, no âmbito dos planos de desenvolvimento sócio-económico de Moçambique colonial, qual terá sido o grau de prioridades consagradas para o sector saúde, dado o impacto social deste no desenvolvimento integral das suas populações, na medida em que para ser coerente, o desenvolvimento económico e social deve ser acompanhado pelo desenvolvimento sanitário equilibrado.

Mas ao reconhecer a interdependência sectorial,

⁷³ Estes e outros aspectos são largamente desenvolvidos na obra "Cahiers Techniques "AFRO", nº.1, "A la recherche d'une philosophie de l'action médico-sanitaire dans la Région Africaine", Bureau Régional pour L'Afrique (AFRO), OMS, Brazzaville, 1970, p.9 e seguintes.

mormente a da saúde e educação em relação aos sectores de fomento económico, o plano intercalar de 1965, estabelece como prioridade a "(...) a luta contra as grandes endemias, pela educação sanitária e pela intensificação da acção educativa, em particular nos meios rurais e na formação técnica e profissional".⁽⁷⁴⁾

A pergunta que se coloca é de saber o significado desta formulação no contexto global da política sanitária colonial.

Assim, se bem que a rede sanitária seja apenas uma componente do complexo sistema de prestação de cuidados de saúde ela é, para todo o efeito, a forma privilegiada que marca a presença e o grau de acesso das populações aos meios do Estado, criados para realizar um bem social sublime - a saúde tomando como parâmetros aqueles aspectos que mencionamos nas linhas anteriores.

Todavia, "(...) melhorar a assistência não significa abrir somente mais Postos, como preconizava o regime colonial, mas incrementar medidas visando a promoção da saúde, isto é, baixar os índices de morbi-mortalidade, sobretudo em crianças. Ora o que se sabe é que esses índices chegaram a atingir 250/1.000 nados vivos, o que é considerado bastante elevado." - palavras de um dos nossos entrevistados, quando se referia ao plano global da política sanitária colonial, e não sem razão, como ilustramos ao longo deste trabalho.⁽⁷⁵⁾

Com efeito, o principal drama do regime era, passar de "medidas cosméticas", para um plano de saúde exequível, tendo em conta a realidade do território, as condições do seu povo e os alcances económicos e tecnológicos.

De facto, ao referirem-se ao programa sanitário das décadas 60/70, vários trabalhadores e utentes das unidades sanitárias, reconheceram que a adopção, por exemplo, do sistema de "**campanhas**" (ex.contra a Tuberculose, Paludismo

⁷⁴ Cf. O Plano Intercalar de 1965, p.67.

⁷⁵ Cf. entrevista nº.1, com antigo trabalhador e dirigente das unidades sanitárias coloniais, realizada em Maputo, em 1/08/96.

e outras), para além de exigirem alta concentração de meios técnicos, humanos e financeiros, produzem efeitos pouco duradouros, porque elas nem sempre funcionaram de forma integrada com o sistema de saúde na sua globalidade.⁽⁷⁶⁾

Apenas para ilustrar a dimensão do problema, cumpre-nos dizer que tecnicamente a campanha levada a cabo visando a erradicação do paludismo," só pode ter sido um sonho", considerava um dos nossos entrevistados, na medida em que Moçambique é ecologicamente predisposto à multiplicação da doença. ⁽⁷⁷⁾

Entendemos porém que a medida em si não estava errada; somente é necessário alertar que essa acção deve ser mais ampla e tomada, não de forma isolada pelos serviços de saúde mas conjugada com a acção global de saneamento do meio com o envolvimento indispensável de todas as estruturas e da comunidade em geral, produzindo nesta hábitos e conhecimentos novos.⁽⁷⁸⁾

Vejamos, então, quais foram as prioridades estabelecidas no âmbito da extensão da rede, e quais as motivações específicas.

III.1.1 - Infraestruturas sanitárias, capacidade orçamental e grau de abrangência dos programas de saúde.

Com a apresentação de alguns dados sobre o desenvolvimento dos planos de fomento e dos respectivos orçamentos, pretendemos identificar os principais factores que condicionaram, não só o crescimento sócio-económico, como

⁷⁶ A capacidade técnica para o diagnóstico, o acompanhamento dos pacientes, avaliação do custo/eficácia e a não verticalização excessiva dos programas, são condições "sine que non" para o seu sucesso, pois do outro modo correm o risco de falhar.

⁷⁷ Cf. entrevista nº.2, com antigo trabalhador e dirigente das unidades sanitárias coloniais, realizada em Maputo, em 19 e 30/09/96.

⁷⁸ A maior parte dos serviços de campanha funcionaram de forma bastante verticalizada, o que poderá ter dificultado a articulação e/ou coordenação com as restantes estruturas sanitárias dos locais de actuação.

a capacidade de realização dos programas preconizados pelo regime na área da saúde, sobretudo no que concerne às realizações integradas no plano do alargamento da rede sanitária.

Se bem que esses planos fossem na sua generalidade de carácter indicativo, constituem, no entanto, uma base de concepção, realização e avaliação da política sanitária na sua generalidade.

No âmbito da planificação para o período 1972/75, as previsões apontavam para:

- i - Promoção da saúde pública, priorizando a promoção sanitária das populações, de modo a que a acção curativa seja mais limitada (menor número de doentes nas unidades sanitárias);
- ii - Intensificação de luta contra as doenças transmissíveis;
- iii - Elevação do estado de saúde das populações suburbanas e rurais, promovendo a **higiene, abastecimento de água e saneamento**;
- iv - Actualização da rede sanitária e criação de condições adequadas para que ela cumpra com a sua missão;
- v - Formação profissional de médicos, enfermeiros e introdução da formação permanente dos já existentes;
- vi - Limitação dos investimentos vultuosos de modo a evitar a dispersão do capital e do pessoal técnico;
- vii - Existência de uma frota de transporte aéreo e terrestre de modo a estender a assistência do Estado a outras zonas;
- viii - Extensão a Moçambique das carreiras médicas.⁽⁷⁹⁾

Para a concretização destas intenções, ficou determinado que a nível de estruturação orgânica da Direcção dos S.S.A., para além das estruturas que constam no organigrama mencionado no Cap. II, fossem criados a Repartição do Gabinete, com a tarefa de planear os

⁷⁹ Cf Secretaria Provincial dos S.S.A., plano para 1994, p.9.

programas dos S.S.A. e o Gabinete das obras hospitalares.⁽⁸⁰⁾

Medidas com certeza justas e ideais; mas que meios para implementá-los? Eis a pergunta que urge fazer e cuja resposta poderá ser encontrada nas passagens que seguem.

Assim, no contexto dos orçamentos, importa não só identificar os pontos de equilíbrio entre as intenções programáticas e a distribuição do suporte financeiro para cada área de actividade, mas ainda verificar o grau de prioridade em relação à saúde, tendo em conta o plano acima indicado.

Com efeito, e como afirmamos no cap.II, a cobertura sanitária implica altos investimentos, tal como a capacidade de manutenção através da atribuição de orçamentos de funcionamento e gastos correntes. Por exemplo sabe-se que a componente salarial dos trabalhadores da saúde da colónia absorvia muitas vezes 1/2 do valor orçamental atribuído. Este facto é muitas vezes responsável pela fraca capacidade no abastecimento das unidades em material e medicamentos, substituição e/ou modernização do equipamento médico, etc..

Por exemplo em 1960 a despesa em pessoal foi de 74.702 milhares de escudos, equivalente a 50,9% do orçamento geral, contra apenas 12.200 milhares (8,3%) destinados para a compra de medicamentos; enquanto que em 1970 esses mesmos valores foram respectivamente de 235.779 (67,9%) e 26.545 (7,6%).⁽⁸¹⁾

Ainda no contexto dos orçamentos, devemos assinalar que muitos dos antigos trabalhadores por nós entrevistados,

⁸⁰ Na actualidade, estruturas semelhantes seriam respectivamente a Direcção de Planificação e o Gabinete de Coordenação dos Projectos e Investimentos do MISAU (GACOPI).

⁸¹ Os valores globais do orçamento destinado para a saúde, foram em 1960 de 146.708 e em 1970 de 346.966 milhares de escudos. Por outro lado, dizer que entre 1961 e 1965, as despesas com o pessoal variaram percentualmente entre 48 e 52% das despesas globais afectas à saúde - Cf. Relatório do III Plano de Fomento, op.cit.,p.278. OBS: Os dados orçamentais aqui referidos, foram retirados da obra de Cambournac, op.cit., p.86.

consideram que na realidade, muitos dos programas preconizados pelo regime não passaram do papel, exactamente porque os constrangimentos financeiros de Portugal em geral e da colónia em particular eram bastante agudos, sobretudo na década 70.⁽⁸²⁾

O que importa realçar é o facto de que mesmo após as medidas tomadas ao mais alto nível no sentido de dar maior autonomia administrativa e financeira à colónia (decorrentes da revisão constitucional de 1971), não foram suficientes para minimizar a crise institucional num sector tão sensível como o da saúde.

Segundo os dados do Plano de Fomento Intercalar (1965/67), verifica-se que já nesta década, dos valores de investimentos consignados para a saúde e assistência, atingiram em 1965 o valor de 75.000 contos, dos quais 25.000 (33%), eram provenientes de fontes externas.⁽⁸³⁾

Este é um dos factores que afectou sobremaneira o processo de extensão da rede sanitária no Sul do Save, se bem que esta tenha sido a região que menos sofreu os efeitos da guerra de libertação dirigida pela FRELIMO.

Contudo, (Cambournac:83), acredita que as dotações orçamentais das províncias ultramarinas aumentaram bastante entre 1960/70, mas considera que isso foi significativo comparativamente às restantes necessidades, o que para nós pode ser considerado paradoxo, se tivermos em linha de conta o que referimos nas páginas anteriores sobre as referências à escassez de recursos. Por outro lado, no nosso entender, a avaliação global da eficácia dos orçamentos atribuídos à saúde, deve ser encontrada

⁸² Porém, na realidade e como veremos mais adiante, o valor dos orçamentos registou um crescimento gradual ao longo deste período. Por isso, as "reclamações" dos trabalhadores e mesmo as referências contidas nos relatórios de saúde devem, em nossa opinião encontrar outro tipo de explicação.

⁸³ Cf. Plano intercalar 1965/67 - "Empreendimentos para 1965: Programa de execução, p.59.

Obs: De salientar que os valores aqui mencionados dizem respeito a toda a colónia.

igualmente na componente da melhoria das condições de vida das populações, recorrendo neste caso aos indicadores de saúde (esperança de vida, taxa de mortalidade infantil, etc.).

Embora não seja objectivo deste trabalho o de fazer uma análise exaustiva da componente financeira do regime colonial para o sector da saúde, para compreendermos melhor a complexidade do problema, devemos apresentar alguns números que nos elucidam sobre a capacidade de investimentos e à concretização dos planos traçados.

QUADRO X

DOTAÇÃO ORÇAMENTAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTENCIA E DISTRIBUIÇÃO PELOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO SUL DO SAVE (1960/1965/1970 E 1974) ⁽⁸⁴⁾

DESIGNAÇÃO	ANOS			
	1960	1965	1970	1974
COLONIA	134.300.000\$00	157.344.575\$20	266.890.324\$20	477.739.653\$00
Distrito Sanitário de Lço Marques(2)	21.727.746\$00 (1)	6.212.403\$00	34.311.938\$00	10.908.622\$00
Distrito sanitário de Gaza	2.877.849\$00 (1)	2.768.898\$00	4.511.650\$00	18.892.900\$00
Distrito Sanitário de Inhambane(3)	3.675.904\$00 (1)	3.667.300\$00	5.349.300\$00	16.300.904\$00
Total Geral dos Distritos	28.281.499\$00 (1)	12.648.601\$00	44.172.888\$00	46.102.426\$00
% em relação ao orçamento de saúde da Colónia	21,0%	8,0%	17,0%	10,0%

FONTE: Direcção dos Serviços de Fazenda e Contabilidade: Dotação orçamental para os anos económicos de 1960/1965/1970 e 1974.

LEGENDA: 1) - Os valores mencionados em cada ano dizem respeito unicamente às rubricas do fundo de salários, despesas diversas, como pagamento do material de uso permanente, aprovisionamento, material de consumo corrente, pagamento de serviços (higiene, saúde e conforto) e outros serviços. Portanto não estão incluídas as despesas dos serviços autónomos, como é o caso dos serviços de Campanha.

Por isso, a soma correspondente aos 3 distritos sanitários do Sul, não coincide com o total geral da colónia, pois este inclui outras despesas de saúde em geral.

⁸⁴ A título de exemplo, mencionemos que em 1971 a relação USD/escudo era de 1USD=29\$00.

- 2) - Incluindo as despesas do HCMB e serviços dependentes.
3) - De 1960 a 1970, as despesas para este distrito incluem as referentes ao funcionamento do 1º. Círculo de Saúde. ⁽⁸⁵⁾
A partir de 1970, cada distrito sanitário (Direcção distrital) tinha o seu orçamento específico.

COMENTÁRIOS:

- 1) - **Em relação à colónia:** Pela leitura do quadro acima, damos conta de que nos 4 (quatro) anos apresentados, se registou um aumento da dotação orçamental para a saúde da colónia.
- 2) - **Em relação ao Sul do Save:** Os dados apresentados revelam-nos que nesta zona houve oscilação dos valores orçamentais dotados. Por ex. em 1965 nota-se uma diminuição de 13% em relação a 1960; enquanto que em 1970 se registou um aumento no valor 9%; para em 1974 o valor dotado registar uma descida.
- 3) - Qual será a explicação para este aparente desequilíbrio? Se houve aumento progressivo de orçamento para a colónia, pensamos que podia o mesmo ter crescido proporcionalmente nas diferentes áreas de actividade da saúde. Mas podemos pensar, por hipótese, que as razões da diminuição no Sul podem estar associadas a uma estratégia visando beneficiar os restantes 3(três) distritos sanitários a Norte do Save, nomeadamente, Manica e Sofala, Zambézia e Niassa.
- 4) - Outro facto curioso que nos parece importante realçar, é que no decurso das consultas que fizemos aos planos orçamentais, apercebemo-nos que os valores destinados ao fundo de salários são elevados, em detrimento de outras áreas, como investimento, despesas de funcionamento, etc. Agora parece-nos óbvia a reclamação quase que insistente dos relatórios dos S.S.A. e dos técnicos de saúde no sentido de que era imperioso elevar as verbas para fazer face às necessidades de extensão da rede, investimentos, aquisição de equipamentos e promoção de saúde das

⁸⁵ O primeiro Círculo de Saúde (Sul do Save), tinha a sua sede em Inhambane.

populações.

Por outro lado, no contexto do desenvolvimento de recursos humanos, o relatório dos S.S.A. referente a 1961, assinalava que era imperioso o **reforço em meios humanos e materiais**, a fim de fazer face às necessidades da extensão sanitária da Província, com saliência para o desenvolvimento das acções profiláticas no lugar das acções meramente curativas. Ora, qualquer acção profilática não só é onerosa como não tem nenhum retorno imediato em termos de receita financeira, o que não significa que estejamos a dizer que o retorno em termos de benefício sanitário seja nulo.

Com efeito, a análise dos constrangimentos do regime mostrar-nos-à que existiu uma inadequação entre as intenções e a realidade, sobretudo no que toca à componente de recursos humanos disponíveis para concretizar os planos traçados, especialmente para as zonas rurais, onde chegamos a ter um único enfermeiro para realizar todo o trabalho do Posto e às vezes do Centro de saúde.⁽⁸⁶⁾

III.1.2 - Grau de acessibilidade e tipo de assistência prestada às populações

Ao longo das páginas precedentes, fizemos referência ao carácter discriminatório do sistema de saúde. Essa discriminação era de carácter geográfico e baseado na cor da pele. Como vimos anteriormente, os caracteres geográfico e político-ideológico do sistema, condicionaram a concentração das unidades sanitárias nas zonas urbanas e principais vilas.

Quer a visita de observação feita na zona em estudo quer as informações fornecidas pelos antigos trabalhadores

⁸⁶ O único enfermeiro afecto no Posto de Saúde, recebia periodicamente (em princípio de 15/15 dias), uma visita por vezes "protocolar" do Delegado de Saúde. Os nossos entrevistados confirmaram este facto. Porém, sabe-se que eles eram inclusive chamados para os exames criminalísticos das pessoas mortas por violência, exames veterinários e outros que a administração local entendesse imputar ao "pobre enfermeiro".

e utentes entrevistados, bem como a localização que nos é mostrada pelos mapas da região, confirmam a nossa hipótese de partida, segundo a qual existiram extensas zonas com fraca cobertura sanitária.

A título de exemplo, se repararmos nos ex-distritos sanitários que são objecto do nosso estudo, e em particular nos de Gaza e Inhambane, verificamos que ao longo da estrada nacional nº.1, (em princípio a mais beneficiada), a distância entre as delegacias de saúde é bastante elevada e o raio de acção de cada uma delas, exigiria mais Postos e/ou Centros de saúde.

Quanto às características da população que vive em zonas urbanizadas, o quadro I, cap.I, mostra-nos claramente que a faixa desses aglomerados (que se estendem ao longo da zona litoral), concentrava apenas 7% do total da população recenseada em 1970, enquanto a outra faixa (a rural), que se situava mais para o interior, concentrava cerca de 93% do mesmo total, apesar de ser aquela que apresentava infraestruturas sanitárias bastante reduzidas (veja o mapa II).

Partindo desta premissa de distribuição territorial, torna-se lícito interrogar, como e que meios a população usava para chegar à unidade sanitária e/ou solicitar qualquer tipo de assistência.

A resposta vem dos nossos entrevistados, quando afirmam que na generalidade, no litoral a distância média casa/unidade sanitária, era de "uma manhã" de viagem, enquanto que nas zonas do interior essa distância chegava a ser de dois dias.⁽⁸⁷⁾

Por outro lado, o tipo de pessoal de saúde afecto nestas zonas, não só era insuficiente em quantidade, como possuía muitas vezes limitações técnicas, pois o mais qualificado era colocado prioritariamente nas unidades

⁸⁷ Na impossibilidade de terminar a distância em quilómetros, alguns peritos em saúde, aconselham o uso desta medida, por ser mais compreensível para a população analfabeta. - Cf. LAPEYSSONNIE, "Aspect sanitaire actuel des pays en voie de développement", In: Revue <<Afrique Contemporaine>>, nº.51, Septembre/Octobre, 1970, p.11/12.

situadas nas zonas urbanas.⁽⁸⁸⁾

Muitas pessoas por nós entrevistadas (ver a síntese das respostas em anexo), afirmaram que muitas mulheres grávidas, crianças, feridos e outros com doença grave, morriam porque a unidade muitas vezes tinha meios escassos, e frequentemente nem sequer possuía meio de transporte rápido para proceder a qualquer tipo de evacuação para uma unidade mais diferenciada.

Acrescido a isto, punha-se o problema da pobreza dos camponeses que, sem meios financeiros à altura, "preferiam" ver o seu ente querido morrer sem nada lhe poder fazer. Em muitíssimos casos não era usada qualquer forma de assistência domiciliária.⁽⁸⁹⁾

Basta lembrar que a exiguidade dos meios de comunicação que se verificava na época (aliás o problema ainda persiste nos dias de hoje), desde a falta de estradas, linhas férreas, meios de transporte públicos e privados, terão contribuído para exacerbar ainda mais a já precária rede sanitária, em particular nas zonas do interior.

Por outro lado, numa leitura atenta das principais intenções constantes no III Plano de Fomento, damos conta de que o regime, para uma planificação sanitária coerente, necessitava de utilizar alguns indicadores. Assim, o relatório de execução deste plano menciona, por exemplo, que seria importante tomar em linha de conta os seguintes indicadores:

⁸⁸ Com esta afirmação não pretendemos minimizar o esforço, a dedicação abnegada e o espírito de sacrifício, demonstrados pelos inúmeros trabalhadores de saúde que, durante longos anos aceitavam, muitas vezes sem férias, manter em funcionamento as unidades sanitárias da província em geral e do Sul do Save em particular.

⁸⁹ Muitos enfermeiros que trabalharam nas zonas rurais, afirmaram-nos que não só não tinham a possibilidade de abandonar o seu posto, como não era recomendado ir à casa da pessoa doente. Quando o fizessem, era por iniciativa individual, sujeitos a qualquer sansão por parte dos superiores hierárquicos. Exceptuam-se os casos em que se tratasse de uma autoridade administrativa local e/ou pessoa socialmente bem posicionada, à qual o enfermeiro (sobretudo o indígena), devia obediência, ou simplesmente para evitar qualquer conflito.

- i- Distribuição da população;
- ii - Pirâmide das idades;
- iii - Coeficiente de mortalidade geral e infantil, a taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, taxa de mortalidade por grupos etários...;
- iv - Taxa média de crescimento anual da população;
- v - Densidade populacional;
- vi - Proporção das pessoas vivendo em zonas urbanas e zonas rurais;
- vii - Determinação da vida média e tábuas de sobrevivência.⁽⁹⁰⁾

Estes pressupostos, parecendo à priori teóricos, são na realidade indicadores que devem guiar qualquer planificador sério, sempre que quiser avaliar o estado de saúde da população e/ou criar melhores condições de assistência sanitária.⁽⁹¹⁾

Contudo, se eles estavam expressos nos planos, é uma coisa, se encontraram formas correctas para a sua execução, é outra.

Por exemplo sobre a inadequação do processo de localização geográfica das infraestruturas sanitárias, o relatório de 1968/69 indica que seria urgente proceder-se ao seu redimensionamento, criando, sobretudo condições para que fossem instaladas mais próximas da população a servir.⁽⁹²⁾

Sobre o número das unidades sanitárias existentes na zona, devemos recordar que as estatísticas apresentadas no cap.II sobre a evolução da rede sanitária nas últimas décadas do regime colonial, deixaram claro o facto de que na prática quase que se mantiveram os números desde 1960.

Voltando ao aspecto de localização geográfica e aparente benefício das zonas urbanas, parece-nos ser importante reter um aspecto.

⁹⁰ Cf. o relatório do III Plano de Fomento, op.cit.,p.10.

⁹¹ Cf. por exemplo a resolução da OMS WHA23.49, Maio de 1970.

⁹² Cf. o relatório de 1968/69, p. 14.

Que na realidade e tomando como exemplo a maior urbe da época (Lourenço Marques) que concentrava o grosso da elite colonial e a população indígena em busca de trabalho, havia uma rede bastante exígua, se for vista no plano de distribuição equilibrada hospital/habitante e/ou cama/habitante⁽⁹³⁾, para além de um acesso marcadamente discriminatório. O atendimento era feito segundo a classe social e a cor da pele.⁽⁹⁴⁾ Este tipo de atendimento era visível em todos os hospitais situados nos locais de maior concentração da população branca.⁽⁹⁵⁾

Por outro lado, Lourenço Marques tinha apenas duas unidades sanitárias públicas: o então Hospital Central Miguel Bombarda e o ex-Hospital da Universidade de Lourenço Marques, este último com características específicas que lhe retirava o verdadeiro cunho de "público". As restantes unidades atendiam apenas patologias específicas, como foi o caso dos hospitais Dr. Firmino Santana (Dermatológico) e o da Machava (Tuberculose).

As restantes unidades pertenciam a privados e aos missionários: como S. José de Lhanguene, Missão Suíça do Chamanculo, Psiquiátricos de Infulene e Marracuene, Casa de saúde de Maxaquene, Centro de Saúde do Porto de Lourenço Marques, Clínica dos C.T.T...

Se considerarmos esta concentração como de "melhor assistência" podemos incorrer no erro de análise técnica

⁹³ Para termos a dimensão da relação cama/habitante, vejamos os dados que constam no quadro da página 19, cap.II.

⁹⁴ Basta dar o exemplo do que aconteceu no ex-HCMB, em que se construíram não só instalações exclusivas para os indígenas, como o tratamento neles administrado obedecia às classes sociais dos pacientes. Lembramos que existiram as instalações que receberam a alcunha de "KAMUNDABAZI", (a partir do nome da enfermeira parteira que prestava serviço no local) ,exactamente onde hoje funciona a creche "Xiluva" pertencente ao Ministério da Saúde. Estas instalações eram destinadas para consultas exclusivas dos indígenas. O mesmo se pode dizer em relação à "Maternidade Indígena e o respectivo Dispensário, situados na actual Av. Agostinho Neto, junto à entrada principal do actual HCM.

⁹⁵ A discriminação relacionada com o tipo das infraestruturas sanitárias (tipo de construções), também é visível através das imagens fotográficas que apresentamos nos anexos deste trabalho.

quando comparada com as necessidades globais de saúde da população visada, utilizando nesse caso todos os parâmetros de abrangência do sistema cientificamente aceites.

Se tomarmos em linha de conta as condições de acesso, somos levados a referir que o pagamento exigido era até certo ponto irrisório⁹⁶) mas a distância, a penúria, a ignorância, os factores culturais, o medo de enfrentar uma estrutura que representava o branco (colono), eram factores inibidores de acesso das populações à unidade sanitária. Este aspecto pode ser considerado mais acentuado em zonas rurais e daí que, em alguns casos (campanhas de vacinação), o regime tenha recorrido frequentemente à intervenção até certo ponto coerciva das autoridades administrativa e tradicional.

Há que dizer também que, dum modo geral, o problema da capacidade de assistência, se punha em termos do reduzido número de técnicos affectos nas unidades sanitárias.

Assim, a nível da Delegacia de saúde a equipa estava reduzida a um médico (Delegado de saúde), um enfermeiro, um auxiliar e/ou parteira e um ou dois serventes. Enquanto que a nível do Posto de saúde ou Maternidade apenas existia um enfermeiro ou parteira e um servente. Aconteciam também casos em que o único técnico devia acumular ambas funções.

Os nossos entrevistados afirmaram ainda que existia outra face da moeda relacionada com o apetrechamento em material médico-cirúrgico, equipamento médico em geral e farmacêutico. Neste aspecto, pode-se considerar que o material de penso era até certo ponto abundante em quase todos os Postos, o mesmo não se podendo dizer em relação aos medicamentos, em que a distribuição

⁹⁶ Este pagamento variava, em muitos casos, entre 1\$00 e 5\$00. As pessoas de condição social deplorável, eram classificadas de "indigentes", estando isentas de pagamento das taxas de consulta e de internamento, incluindo a assistência medicamentosa. Em alguns casos essas pessoas precisavam de adquirir um documento comprovativo, passado pela autoridade administrativa local.

era feita em períodos por vezes longos, sendo a dificuldade de transporte a mais mencionada, para além de nem sempre os medicamentos corresponderem às necessidades da patologia mais frequente em cada área (Veja também os valores orçamentais atribuídos para esta área, mencionados na página 56 deste cap.).

Para ilustrar o grau de dificuldades sentidas nas unidades mais isoladas, mormente naquelas que estão relacionadas com a falta de meios de transporte para evacuação de doentes, mencionemos, a título de exemplo o episódio vivido por um antigo enfermeiro.

Confidenciou-nos ele que uma vez foi punido porque, estando colocado num Posto sanitário a mais de 120 Kms da Delegacia, numa época chuvosa e com o Posto completamente isolado do resto do Distrito, teve que fazer uma laparotomia (incisão do abdómen) para devolver o intestino de um doente que se apresentava à vista, após um acidente (queda de uma árvore).

Apesar de ter solicitado a autorização do administrador do Posto, foi mais tarde punido após um processo disciplinar, com um mês de desconto salarial e perda de férias anuais, acusado de "espertalhão e atrevido". Porém, e para sorte do funcionário, esta pena viria mais tarde a ser levantada graças à intervenção do Inspector de saúde, que a achou exagerada e demonstrativa da falta de análise da situação em que aquele enfermeiro actuara.⁽⁹⁷⁾

Quantos episódios deste tipo não terão ocorrido por aí fora! Se é certo que não seja de encorajar que um técnico execute técnicas para as quais não esteja preparado, para além de que não se deve "brincar" com vida das pessoas não é menos certo que perante uma situação como a que descrevemos, algo deve ser feito para evitar a morte.

A experiência do dia-a-dia no campo mostra-nos que em casos de emergência as populações tomam frequentemente

⁹⁷ Cf. entrevista com antigo trabalhador das unidades sanitárias, realizada em Gaza (Xai-Xai), em 28//03/96.

iniciativas bastante arrojadas. Que o digam os caçadores, que ao falharem o alvo podem ver a seta espetada em qualquer parte do corpo do companheiro do lado. O mesmo tem acontecido em acidentes em que os mais idosos praticam o tipo de socorro possível (e às vezes trata-se de único recurso de momento), no sentido de salvar a vida.

Para concluir, oferece-nos dizer que a avaliação da prestação de serviços necessita de recurso a técnicas (parâmetros) bastante complexas; não tendo sido este o objectivo da nossa análise.

No entanto, seria interessante estudar essa componente, a fim de termos uma visão o mais completa possível da qualidade e nível técnico da assistência oferecida pelo regime colonial às populações do Sul do Save. Fica, assim, lançado o desafio para outros estudiosos.

III.2 - Principais constrangimentos do sistema de organização da rede sanitária

O principal nó de estrangulamento do sistema de organização da rede sanitária foi caracterizado pela exiguidade de meios financeiros que pudessem cobrir as despesas de investimento e de funcionamento dos serviços (veja as intenções contidas no plano mencionado na p.33).

Ao referirmo-nos às infraestruturas sanitárias assinalamos que a sua extensão exigia largas somas de dinheiro. Por outro lado punha-se o problema do apetrechamento, pagamento de salários e despesas correntes.

Ora, como também ficou claro ao longo deste capítulo, Portugal atravessava nesta época uma crise colonial, o que teve evidentemente, graves repercussões na assistência sanitária, especialmente nas camadas sociais mais desfavorecidas.

Basta lembrar que com o surgimento nas décadas 60/70 das elites coloniais, estas passaram a exigir tratamento diferenciado e, na saúde, esse tratamento teve

aspectos de racismo; por outro lado, deu azo ao surgimento de clínicas e casas de saúde particulares ou tuteladas pelas grandes empresas. O acesso a essas clínicas era economicamente discriminatório, o que equivale dizer que a população sem meios recorria somente aos escassos serviços do estado. Só que estes não tinham a capacidade de atender o afluxo de pacientes por um lado devido o excesso de trabalho e por outro por escassez de meios materiais. Significa isto que as condições de trabalho dos técnicos afectos ao sector estatal, não podiam competir com as dos particulares.

Deste modo, surge um período de "sangria", se bem que ainda reduzida dos melhores técnicos que começaram a "fugir" em massa para os lugares que prometiam mais salários e melhores condições de trabalho. Arriscamos mesmo afirmar que foi nesta fase que começaram a aparecer algumas clínicas privadas e/ou consultórios particulares.

No plano da cobertura sanitária, um dos problemas de fundo foi aquele que se relacionava com a desigualdade na distribuição de recursos humanos, desde o pessoal médico a paramédico. Porque as condições de trabalho, de habitação e outras de carácter geral fossem precárias em muitos locais, os técnicos, e sempre os melhores, exigiam a sua colocação nas zonas urbanas.

Este facto verificava-se também em muitos países em desenvolvimento em que um número considerável de médicos se concentrava nas capitais (cerca de metade ou mesmo 3/4 em alguns casos), em detrimento do restante território.

Moçambique colonial não escapou a esta dura realidade. Aliás mesmo com a euforia da independência, o Ministério da Saúde teve que continuar a fazer esforços para convencer os técnicos a aceitarem a colocação em zonas rurais. Significa isto que o problema persiste, levando os gestores a estudar medidas de incentivo para que os jovens médicos e outros profissionais de saúde se sintam motivados

a trabalhar onde são necessários. (⁹⁸)

Recorrendo às exigências da OMS em matéria de cobertura sanitária, damos conta de que na fase que estamos a estudar, já estava em voga a necessidade de organizar "equipas de saúde". Isto significa que a actividade sanitária moderna é de carácter promotivo, o que exige a participação de várias áreas de actividade. Significa ainda que a equipa deve ser multidisciplinar e multissetorial, ao contrário da polivalência que caracterizou o sistema de saúde clássico e que, dum modo geral, perdurou em Moçambique até à derrocada do regime fascista em 1974.

Outro dos principais problemas que afectava a realização das acções sanitárias, especialmente nas zonas do interior, relacionava-se com o transporte do pessoal médico. Apesar de não possuímos números sobre a disponibilidade da frota nessa altura, basta-nos recorrer à informação que se segue, para entendermos a dimensão dos problemas existentes nesta área.

Estamos em crer que foi com base nessa constatação que terá sido sugerido e introduzido em 1973 o "Serviço Médico Aéreo" - SEMAR, (⁹⁹) com as acções dirigidas para o

⁹⁸ Para ilustrar este problema de afectação de quadros nacionais, o Prof. Dr. M. do Rosário, baseando a sua análise no estudo publicado em 1967 pelo Professor Navaghi, ao serviço do Fundo Especial das Nações das Unidas dá-nos as seguintes percentagens de médicos nacionais que prestavam serviço nas zonas rurais dos seus países de origem:

- Etiópia-----	13%
- Marrocos-----	20%
- Argélia-----	29%
- Costa do Marfim-----	42%
- Tunísia-----	44%
- Senegal-----	54%(*)

(*) Cf. Prof. Dr. M. do Rosário, op.cit., p.18.

Este panorama só serve para confirmar a existência deste problema, perante o qual os gestores de saúde e os Governos em geral devem envidar esforços no sentido de procurar alternativas aliciantes para evitar esta desproporcionalidade, em prejuízo das populações camponesas.

⁹⁹ O Serviço Médico Aéreo foi criado por força da Portaria nº.527/72, de 15/5/1972, cujas actividades iniciaram em 1973, cobrindo a área acima indicada e mais tarde estendida para Manica e Sofala e parte de Tete. As aeronaves (no total de três), foram oferecidas pela fundação Calouste

Sul de Lourenço Marques e Noroeste dos ex-distritos sanitários de Gaza e Inhambane.

Muitas pessoas, incluindo os nossos entrevistados, consideram tal acção de "propaganda psicológica", pois que ela teve pouco impacto na assistência das populações, quer pelo raio de acção da sua cobertura, como pela qualidade clínica dessas acções (apenas 1 médico aviador e uma assistência que não excedia uma a duas horas em cada lugar de escala). Também devemos dizer, por exemplo, que as áreas abrangidas tinham fraca densidade populacional (ver mapa p.18) e estavam dependentes da existência ou não de um campo em aceitáveis condições de aterragem.

Ora, avaliados os altos custos de aquisição e manutenção de aeronaves, verifica-se que o empreendimento era economicamente dispendioso e pouco compensador.

Uma das reacções negativas quanto à eficácia do SEMAR, veio na altura do jornal português "Expresso", mas as autoridades classificaram-na simplesmente de "antipatriótica"⁽¹⁰⁰⁾.

Devemos igualmente assinalar que na última fase do regime colonial, existiu a tendência de confundir o que constituía a real capacidade em estender a rede sanitária e aquilo que seriam unicamente objectivos e/ou estratégias militares.

Por exemplo, aquando da visita do Governador Geral ao ex-distrito de Moçambique (1972), numa reunião realizada na cidade de Nampula, na qual participaram o Comandante-em-Chefe Provincial das Forças Armadas e os governadores distritais de Moçambique e Zambézia, os estrategas militares quiseram convencer o governante de que na região Norte (Zambézia e Nampula), seria possível montar um esquema semelhante ao da SEMAR.

O plano teria como prioridade a campanha contra a

Gulbenkian.

¹⁰⁰ Cf. Jornal "Expresso", de 18/08/1973 - Fundo do Governo Geral - cx. nº.7.

cegueira curável, pois advogavam "(...) que por ser mais espectacular nos resultados psicológicos sobre as populações, contribuiria para o reforço dos objectivos militares"⁽¹⁰¹⁾

De facto é espectacular e mais fácil mobilizar um indivíduo que não vê e que de repente consegue recuperar a visão! Cremos que o tal objectivo militar seria, na verdade, o de manter o controle das aldeias e convencer a população para não apoiar a guerrilha, alargando deste modo a propaganda psico-social, pois nesse plano de assistência estariam envolvidos civis e militares. O argumento da participação dos militares era unicamente o problema da segurança mas os generais tinham, como dissemos, outro tipo de objectivos.

Plano semelhante (Campanha contra a cegueira curável), mas integrada no plano global dos S.S.A. foi levado a cabo na zona Sul do Save, com o financiamento da fundação Calouste Gulbenkian, onde, de facto foi considerada de "espectacular", com a recuperação de cerca de 2.322 cegos.⁽¹⁰²⁾

Somos forçados a concluir que este tipo de acções (campanhas com cunho político e bem localizadas), não ganham nunca o sentido fecundo de programa de saúde pública daí o fracasso que por vezes ocorre neste tipo de actuações.

Para confirmar estas nossas palavras, um académico (Prof. Dr. M.R. do Rosário), ao abordar as acções de massas, escrevia que elas se enquadravam perfeitamente na "estratégia de colonização". E quanto à essência, capacidade de abrangência e às limitações técnicas das chamadas "campanhas de massas", concluía que a

"(...)lista das afecções redutíveis por <<Campanhas de massas>> não é muito grande e não inclui doenças que futuramente podem constituir problema sério de saúde pública, para além de que a educação sanitária alcançada não é das melhores e na higiene do meio, mesmo em óptimas condições, não

¹⁰¹ Cf. Fundo do Governo Geral, cx. nº.9, Relatório dos S.S.A., p.1.

¹⁰² Cf. Relatório dos S.S.A., 1971, P.15.

atinge os 75% da população."(¹⁰³)

Estas palavras deixam-nos com um alerta especial sobre os métodos que devemos usar nas estratégias de comunicação com as comunidades, sobretudo quando queremos cumprir com os números estatísticos e quando temos metas para atingir (ex. com vacinações, campanhas de educação sanitária, especialmente no caso da pandemia "SIDA" e outras de género.

No contexto da força de trabalho para a saúde, devemos dizer que um dos problemas que concorreu para a exacerbação do problema da cobertura sanitária, enquadra-se na estratégia de formação do peçoal médico e paramédico.

Sobre este aspecto, referimos nas páginas anteriores que a colónia de Moçambique só teve uma Faculdade de Medicina nos meados da década de 60, cujos frutos só começaram a ser colhidos em pleno período de transição para a Independência nacional. No que toca à formação dos profissionais de enfermagem, a estruturação para uma formação sistematizada também só ocorreu naquele período, o mesmo acontecendo em relação à definição de novas carreiras, como seja a de Laboratório, Estomatologia, Farmácia, Radiologia, Saúde pública, etc.(¹⁰⁴)

Por outro lado, para fazer face aos problemas financeiros, foi preciso encontrar alternativas.

Por exemplo no contexto de fomento de formação do pessoal, o regime teve que recorrer às instituições de beneficência, como foi o caso da **CALOUSTE GULBENKIAN**, que na então Lourenço Marques apoiou a construção e o apetrechamento do

¹⁰³ Cf. Professor Doutor M. Ribeiro do Rosário, op. cit., p. 18.

Obs: O autor foi Director da Faculdade de Medicina da Universidade de Lourenço Marques.

¹⁰⁴ A título de exemplo, devemos dizer que em 1971 a Faculdade de Medicina tinha matriculados do 1º ao 6º ano, 383 estudantes. No 1º ano de internato do mesmo ano tinha 18 estudantes e previa-se que em de 1972 estivessem apenas 15 finalistas. Quanto ao pessoal paramédico, as estatísticas apontam que de 1965 a 1971 as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde tinham formado 504 técnicos para todo o território, o que dá uma média de 84 por ano. Cf. os quadros 29 e 30 do Relatório dos S.S.A. para 1971, P. 45/46.

edifício onde actualmente funciona o Instituto de Ciências de Saúde de Maputo⁽¹⁰⁵⁾, para além de ter financiado diversas campanhas de saúde, de entre elas a campanha da cegueira curável a que já nos referimos.

No âmbito de infraestruturas, devemos mencionar a construção do ex-edifício de medicina física e reabilitação, situado na Av. Eduardo Mondlane (ex-Departamento das Ortopédias e hoje Departamento das Medicinas), que foi financiado pelos fundos do TOTOBOLA, cuja conclusão de obras data da primeira metade da década 70.⁽¹⁰⁶⁾

Estes exemplos, embora poucos mas elucidativos, mostram que o regime não possuía recursos suficientes para fazer face à extensão da rede e mesmo manter as poucas infraestruturas sanitárias existentes, afectação de equipas completas de saúde, para não falar no apetrechamento adequado.

Assim, quando abordarmos a contribuição das entidades missionárias e outras, veremos que em muitas zonas do Sul do Save, a assistência estava praticamente nas mãos dos missionários, pelo menos em termos de apetrechamento e afectação de recursos humanos que pudessem corresponder ao afluxo de doentes.

Com a intensificação das lutas de libertação nas colónias e particularmente em Moçambique, Portugal começou a ter problemas no recrutamento de europeus e, os poucos que existiam na colónia, não aceitavam permanecer "no mato" para enfrentar a guerrilha e as condições precárias de trabalho. Foi, na verdade, a fase de maior êxodo dos técnicos para a metrópole.

Terá sido nessa base, cremos nós, que alguns académicos começaram a sensibilizar o regime para alterar a política de formação do pessoal. Insistiam mesmo que no "Ultramar" não havia condições para se instalar um sistema

¹⁰⁵ Este edifício foi inaugurado em [1968?].

¹⁰⁶ Dados referidos pelo nosso entrevistado nº.1, antigo trabalhador, entrevista realizada em Maputo, em 1/08/96.

moderno de saúde, que era necessário mudar "(...) o binómio de debate médico/doente"¹⁰⁷ , pressupondo que era inadequado continuar com a mentalidade antiga de organizar o sistema de saúde, passando pela definição da política e da estratégia sanitária adequadas.

Ora, a prossecução desta estratégia passa necessariamente pela formação. Daí que (ROSÁRIO:18), preconizasse mesmo a reformulação dos programas de medicina, mas nós diríamos que essa reformulação devia abranger todas as áreas, incluindo a formação de outras categorias profissionais que não se confinam nas quatro paredes de uma enfermaria e/ou hospital.

Na perspectivação deste conjunto de medidas, os trabalhadores por nós entrevistados assinalaram que no quadro de mudanças visando dar uma nova face aos serviços de saúde, o regime colonial, na época do então Presidente do Conselho, Dr. Marcelo Caetano, encetou algumas medidas que, no caso de Moçambique, embora tivessem criado efeitos indirectos, serviram de impulso para a organização em geral e da rede sanitária em particular.

Assim, em 1970 foi designado para dirigir o Ministério das Corporações e Previdência Social e de Saúde e Assistência, o Dr. Baltazar L. Rebello de Sousa, que antes exercera em Moçambique as funções de Governador Geral. Na mesma altura, outra personalidade de relevo foi destinada para a Secretaria de Estado de Saúde e Assistência: O Dr. Francisco António Gonçalves Ferreira, que também exercera em Moçambique as funções de Secretário Provincial dos S.S.A., do Trabalho e Previdência, até 1972.

Ao nomear estas duas personalidades, Marcelo Caetano baseava-se nas seguintes premissas:

a) - Conhecimento da realidade demográfica, médico-sanitária e experiência na reorganização dos S.S.A.;

¹⁰⁷ Cf. M. R. do Rosário, idem.

Referir, ainda que de passagem, que a mudança aqui sugerida incluía, embora de forma implícita, a maior integração de indivíduos de raça negra nos cursos de saúde. Este mesmo fenómeno é referido na área do exército colonial, pois na década de 70 havia já companhias inteiras compostas de negros.

b) - Capacidade de avaliação efectiva das dificuldades de coordenação inter-ministerial, na esperança de se obter maior enquadramento das estruturas;

c) - Necessidade de assegurar um mínimo de recursos financeiros com vista à modernização dos serviços e uma operacionalização do nível alcançado pelos restantes países europeus.⁽¹⁰⁸⁾

Parecendo à priori, estarem fora do contexto, as premissas que acabamos de mencionar enquadram-se numa estratégia mais ampla: a de "socorrer a colónia e/ou colónias em crise."⁽¹⁰⁹⁾

Com efeito, ao referirem-se a Rebelo de Sousa, muitos trabalhadores acreditam que ele trouxe um dado novo no desenvolvimento dos S.S.A., particularmente na última fase do regime colonial. Eles acreditam que foi com Rebelo de Sousa que vieram os aumentos salariais e melhores condições de trabalho na saúde.⁽¹¹⁰⁾ Por outro lado, o Inspector Dr. Gonçalves Ferreira é ainda tido como o grande impulsionador das medidas de saúde pública, tendo-se salientado como professor do Instituto de Medicina Tropical em Lisboa. Pensa-se que com esta acção estavam lançadas as bases daquilo que modernamente é considerado "Programa de Cuidados Primários de Saúde."⁽¹¹¹⁾

Para nós fica claro que a estratégia de Marcelo Caetano (ao reconhecer, ainda que de forma implícita, as dificuldades de organizar um sistema oneroso, numa altura de crise económica e com graves problemas militares) tinha

¹⁰⁸ Cf. III Plano de Fomento, op.cit.,p.1/2.

¹⁰⁹ O próprio Marcelo Caetano reconheceu implicitamente a ocorrência do fenómeno da crise geral, bastando para isso ler a obra por ele escrita logo após o golpe de 25 de Abril, o "Depoimento", Rio de Janeiro; São Paulo, Distribuidora Record.

¹¹⁰ Porém, para nós este aspecto deve ser entendido no contexto global da estratégia política do regime, que tivemos ocasião de descrever no início deste capítulo, especialmente as medidas específicas tomadas em relação a algumas áreas sensíveis, como foi o caso da saúde.

¹¹¹ Cf. a entrevista nº.1 (antigos trabalhadores de saúde).

necessidade de encontrar homens "certos" que, a nível local (Ultramar), tivessem não só conhecimento geográfico, mas que possuíssem algo peculiar (por exemplo carisma político-ideológico). Desse modo seria possível incrementar a adesão do grosso dos trabalhadores à causa que o regime defendia, sobretudo justificar a continuidade das colónias.

Neste caso, embora as medidas tomadas possam parecer e tenham sido "cosméticas", tinham acima de tudo um cunho moralizador, quer para os trabalhadores da saúde, quer a população em geral.

III.3 - Participação particular e missionária e recurso alternativo das populações

No contexto de desenvolvimento sócio-económico, cultural e ideológica do Sul do Save, foi notória a participação das entidades religiosas, corporações e outras instituições para-estatais na prestação de assistência pública e sanitária.

A dimensão e as características de assistência oferecida por aquelas instituições, assumiu posturas diferentes que residiram fundamentalmente no grau de inserção no seio das comunidades, assim como no tipo de apoio que foi dispensado pelas autoridades administrativas do regime colonial.

Por exemplo em relação à Igreja Católica, o apoio dado pelas estruturas estatais foi caracterizado pela inclusão de algumas actividades no plano económico de cada ano. Este apoio fazia parte das cláusulas do acordo celebrado entre o estado português e a Santa Sé. Na base deste as missões católicas portuguesas recebiam diversos subsídios, incluindo a prestação de serviços no âmbito de assistência sanitária.⁽¹¹²⁾ Acontece, porém, que esta

¹¹² Por exemplo no capítulo 49. do orçamento anual da colónia, eram inscritas as diferentes formas subsidiárias que deviam ser suportadas pelas verbas do Estado, nomeadamente:

a) - Vencimento para o Arcebispo e Bispo Auxiliar da Arquidiocese de Lourenço

prerrogativa não era gozada pelas restantes Igrejas presentes em Moçambique.

A inserção da Igreja Católica que tinha o estatuto de igreja oficial na comunidade data desde a época da chegada dos portugueses a Moçambique. Contudo ela foi mais intensa na fase de ocupação, integrada nas chamadas "Campanhas de pacificação" e de "evangelização dos povos gentios". Já nessa altura encontramos a igreja envolvida em diversas acções com impacto multiforme nas comunidades africanas colonizadas.

Com efeito, muitas pessoas com quem dialogamos referiram-se aos efeitos que são atribuídos à intervenção da Igreja, sobretudo na tentativa de eliminação dos usos e costumes dos africanos, pois consideravam-nos como factores que impediam a assimilação do evangelho. É assim que alguns padres em coordenação com os administradores coloniais, organizavam campanhas de eliminação muitas vezes coerciva de todas as formas de prática da medicina tradicional, pois esta era considerada atrasada e contrária aos ensinamentos de Deus, isto é, obscurantista.⁽¹¹³⁾

No Sul do Save, para além da igreja oficial (a Católica), outra das mais antigas que teve acção de relevo, foi a Igreja Presbiteriana (Missão Suíça), cuja actividade data desde os finais do Século passado, seguindo-se-lhe a Igreja Metodista Unida e outras.⁽¹¹⁴⁾

No contexto de actuação destas e de outras Igrejas, a estratégia adoptada pelo regime colonial foi a de

Marques:

- b) - Subsídios para a prestação dos serviços de Enfermagem pelas instituições da Arquidiocese;
- c) - Subsídios pagos aos irmãos de S. José de Deus que prestavam serviços hospitalares no Manicómios e Leprosarias (ex. S. João de Deus de Infulene).

¹¹³ Neste caso os ensinamentos referidos eram os da cultura ocidental que, por força de colonização, deviam passar a ser parte da cultura dos povos colonizadores. Voltaremos a este aspecto quando analisarmos as formas de recurso alternativo das populações da zona.

¹¹⁴ Neste trabalho, limitar-nos-emos àquelas Igrejas que tiveram impacto no aspecto da assistência sanitária. Pelo que omitiremos a acção evangélica que possa ter sido desenvolvida por outras seitas religiosas.

delimitar as áreas geográficas destinadas à actividade de cada uma, desde as acções de evangelização, construção de escolas missionárias e de infraestruturas sanitárias, principalmente nas zonas rurais, habitadas fundamentalmente pelas populações indígenas.⁽¹¹⁵⁾

Deste modo, no ex-distrito de Lourenço Marques, para além da Católica, as Igrejas mais influentes foram a Presbiteriana, a Metodista Unida e a Anglicana; enquanto que no ex-distrito de Gaza, foi autorizada a extensão destas, da Igreja Nazareno e ainda a Anglicana. Finalmente, no território do ex-distrito de Inhambane, para além da Católica, podiam actuar apenas as Igrejas Metodista Unida e a Metodista Livre.

A distribuição das principais unidades sanitárias, a sua localização geográfica e as principais funções de cada uma consta no quadro V do anexo VIII.

Por outro lado, os quadros VI e VII (anexos IX e X, respectivamente), apresentam alguns números estatísticos que demonstram a dimensão da assistência oferecida, tomando como referência os últimos quatro anos da vigência do regime colonial, distribuída pelos três distritos sanitários do Sul do Save.

Pela leitura dos quadros que acabamos de apresentar, verifica-se em primeiro lugar que a rede sanitária missionária e/ou particular tinha uma expressão significativa na zona. Por outro lado, os dados que consta no quadro VI têm o mérito de especificar a cor da pele das pessoas tratadas nas unidades religiosas nos últimos 4 anos do período colonial. É evidente que a maioria da população atendida era a negra. Ora, sob o ponto de vista de acesso à rede oficial esta era a mais desfavorecida.

¹¹⁵ Padre António da Silva, na sua obra "Ocupação Missionária de Moçambique", assinala que as regiões do Sul da colónia, nomeadamente Lourenço Marques, Inhambane e parte de Gaza, notava-se "(...) uma forte presença católica e protestante(...)" - Cf. a referida obra, In: Moçambique: Curso de extensão Universitária (ano lectivo 1964/65), Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina, Companhia Nacional editora, 1965, p.683/85.

Porém, não acreditamos que os números que apresentamos sejam 100% reais, isto é, mais próximos da realidade no terreno. Por hipótese pensamos que muitos dados podem ter escapado no processo de recolha de informação estatística. Contudo, os dados apresentados já nos dão uma ideia aproximada dessa realidade.

Para concretizarmos melhor a dinâmica vivida naqueles estabelecimentos, devemos referir que devido à sua localização geográfica, fica claro que ela serviu de alívio para muitas populações. Temos na maior parte delas a mistura daquilo que é meramente acção técnica (assistência clínica dos pacientes) e aquilo que podemos classificar de "alívio" espiritual, pois muitos dos médicos e pessoal paramédico era missionário, o que talvez tenha contribuído para o desempenho em simultâneo de duas missões, aparentemente distintas. Porém, nós pensamos que esta dualidade de funções talvez tenha sido a principal responsável pela fama que caracterizou a maior parte das unidades missionárias.

Quanto à Igreja Católica, apesar de ter adquirido o estatuto oficial do Estado, devemos salientar que no processo das nossas entrevistas não conseguimos encontrar elementos suficientes que nos possam levar à conclusão de que nos hospitais das missões católicas tivesse havido discriminação de qualquer espécie, senão naqueles aspectos que se relacionaram com a acção directa exercida por alguns padres no sentido de banir a medicina tradicional e outras práticas da cultura tradicional.

No contexto ideológico, os nossos entrevistados referiram-se a algumas atitudes assumidas pelos trabalhadores das missões que podem ser classificadas de "mobilização" dos pacientes para aderirem à religião, na medida em que a anteceder o início da jornada de trabalho diário os presentes eram obrigados rezar, ignorando se o doente era ou não daquela seita religiosa.

Todavia, não encontramos em contrapartida ninguém que nos tivesse afirmado que alguma vez foi-lhe recusada a

assistência pelo simples facto de pertencer ou não a determinada religião. Pelo contrário, a maioria dos nossos entrevistados testemunharam positivamente a acção médica dos missionários. Aliás, chegaram mesmo a afirmar que a característica de humanismo do acto médico, foi denominador comum em todas as unidades. Assim, mesmo em situações de carência por exemplo de material médico e de medicamentos, as populações não conseguiam notá-la pois os trabalhadores tudo faziam para que o doente ou sua família não registasse essa falta. Cremos que o elemento espiritual foi decisivo nessa acção, na medida em que ajudava bastante na aproximação trabalhador/doente e vice-versa.⁽¹¹⁶⁾

RELACIONAMENTO ESTADO/INSTITUIÇÕES MISSIONÁRIAS E PRIVADAS

Quanto ao relacionamento Estado/instituições sanitárias e religiosas, os antigos trabalhadores que entrevistamos referiram que embora não fosse frequente a transferência recíproca de doentes, quando fosse imperioso tal podia acontecer.

Porém, o relacionamento técnico entre os clínicos dependia do Delegado de saúde. Aconteceram casos (por ex. em Chicumbane e Chicuque), em que os médicos missionários faziam troca de experiências com os médicos dos S.S.A..

¹¹⁶ Samora Machel dizia sempre que a **aspirina**, o **bisturi**, são fundamentais para aliviar o sofrimento, mas que o factor **humano** é decisivo para que o tratamento efectuado alcance o êxito desejado.

No nosso entender, vem daqui o acto espontâneo das populações em atribuir alcunhas às pessoas para lhes "marcar" a atitude temperamental e a própria personalidade individual.

Assim por exemplo, em Inhaloi (Massinga -Inhambane), o Pastor local disse-nos que a população dera a alcunha de "**KHATALANE**"(que em português equivale à **pessoa que trabalha sem olhar quem e mesmo quanto tempo já passou naquela tarefa**), para caracterizar a atitude e o comportamento do primeiro missionário e médico naquele hospital.

Significa que as populações sentiram que ele trabalhava de forma desinteressada, às vezes horário, sem boas condições de trabalho, apenas interessava-se pelo alívio do sofrimento.

Porém, o inverso aconteceu. Por exemplo quem não se recorda da alcunha atribuída à antiga trabalhadora (servente) do HCMB, a famosa "**CATIJA**" da antiga Maternidade indígena, devido aos actos maléficos que causava às mulheres na altura do parto e mesmo depois.

Contudo o inverso também aconteceu, pois foram reportados casos de conflitos entre os técnicos dos dois sectores.

Quanto ao controle estatal sobre as instituições religiosas e particulares foi-nos dito que, periodicamente, o Inspector de saúde fazia visitas às unidades, mas muitas vezes não passavam de uma mera formalidade.

III.3.1 - O recurso alternativo das populações indígenas

A questão que pusemos no início foi a de querer saber como é que as populações, perante uma situação de exiguidade da rede sanitária resolviam os seus problemas de saúde, principalmente naqueles casos em que a unidade sanitária ficava distante. Que recursos a população possuía para resolver os problemas de índole médico-sanitária e outros. A resposta pode ser encontrada nas linhas que seguem, baseadas na recolha de informações feita no terreno e na documentação que aborda especificamente o assunto.

Primeiro devemos referir que existiu e existe um conjunto de formas tradicionais que as populações usam para curar e mesmo para prevenir as doenças. Estas experiências são transmitidas de forma variada de geração em geração e fazem parte de um mosaico sócio-cultural complexo. Nelas encontramos desde tabús, ritos, crenças multiformes, cerimónias mágico-religiosas, magia, uso de plantas medicinais, incluindo o recurso ao praticante da medicina tradicional (PMT).

Porém, a necessidade de implementação do programa de extensão da rede sanitária e introdução de novas formas (modernas, alopáticas ou clássicas), para prevenção e cura de doenças, engendrou uma forte alteração dos padrões culturais das populações da zona. Por outro lado, o regime colonial teve uma postura específica que nem sempre esteve de acordo com as práticas já enraizadas no seio das populações.

Para termos ideia e/ou dimensão deste assunto,

começemos por "inventariar" a legislação inerente a esta área.

Recuando no tempo, damos conta de que o regime colonial definiu alguma legislação de certo modo dispersa, mas que no geral denota uma negação implícita das práticas tradicionais das populações indígenas. As razões para essa recusa transcendem o grau de análise que constitui o cerne do nosso estudo.

Contudo, devemos salientar que no geral as razões ora evocadas encontram explicação no contexto da política colonial que consistia na eliminação dos valores culturais do povo e, como referimos anteriormente, essa eliminação inicialmente era camuflada pelas chamadas "ações de evangelização dos povos gentios". Em contrapartida, os colonizados deviam "optar" pela cultura do colonizador, o mesmo que significava "cultura ocidental".

Esta era no nosso entender uma estratégia de dominação, à semelhança de tantas outras empregues nas áreas social, económica, etc. O que devemos reter é que as questões culturais desempenham lugar de profundo destaque, e as manipulações ideológicas são sempre mais chocantes e interferem grandemente no comportamento extra-somático dos indivíduos.

Deste modo, em 1911, através da portaria nº. 292, de 17/07/1911, estipulava que "(...) à medida que os enfermeiros indígenas forem estabelecidos no interior, as autoridades administrativas locais deviam providenciar no sentido de evitar a influência dos curandeiros, proibindo inclusive a actividade destes".⁽¹¹⁷⁾

Esta disposição, embora tivesse aplicação variada, isto é, determinada por vezes pela personalidade e/ou sensibilidade de cada agente administrativo colonial, constituía em si uma "rejeição" institucionalizada da prática de qualquer forma de medicina tradicional.

A priori, pode-se concluir que o regime podia ter

¹¹⁷ Cf. Regulamento geral dos negócios indígenas da colónia de Moçambique, Secretaria dos Negócios Indígenas, p.206.

realizado algum estudo sócio-antropológico que o tivesse conduzido para uma decisão daquele tipo. Porém, os estudos realizados (alguns), parece terem tido apenas o objectivo de compreender a dimensão sócio-cultural das crenças e práticas tradicionais com a intenção posterior de encontrar a melhor estratégia de baní-las.

Por outro lado, de acordo com o Código Penal português (ainda em vigor), no seu artigo 236º, ponto 2, estipula que "(...) o que exercer acto próprio duma profissão que exija título, arrogando-se, sem título ou causa legítima, a qualidade de professor ou perito, será condenado na pena de seis meses a dois anos, e multa correspondente". Mais adiante, e fazendo alusão ao Dec.-Lei nº. 32.171, de 29 de Julho de 1942 (legislação especial), especifica que "o exercício da medicina só é permitido às pessoas legalmente habilitadas inscritas na Ordem dos Médicos e tendo registado o respectivo diploma de habilitação profissional, nos termos da lei." ⁽¹¹⁸⁾

Ora esta legislação, sem fazer menção ao outro tipo de medicina (a tradicional), está implicitamente a ignorá-la, portanto susceptível de ser condenada pela lei.

Ainda no âmbito desta legislação, devemos assinalar que no quadro da reforma administrativa de 1933 (cf. DL nº.23.229, de 15/11/1933), o Art.9º determina que os regedores indígenas devem "(...) opôr-se à prática de bruxarias e adivinhações e muito especialmente das que representam violência contra pessoas". ⁽¹¹⁹⁾

Creemos que a violência aqui referida esteja relacionada com uma prática usual e frequente no Sul do Save, cujo princípio consiste no recurso a um curandeiro (especialmente treinado) para, em caso de dúvida da causa da morte de um ente querido, a ele se recorre para alegadamente "descobrir" o autor da daquela. Este recurso em Tsonga é designado por "DZONGUE" ou "MHONZO". De facto

¹¹⁸ Cf. Manuel Lopes Maia Gonçalves, "Código Penal português: na doutrina e na jurisprudência, 2ª.edição, Coimbra, Livraria Almedina, p.369 em diante.

¹¹⁹ Cf. Principal legislação aplicável aos indígenas da Província de Moçambique, Lourenço Marques, Imprensa Nacional de Moçambique, 1960, p.17.

quando se confirmar quem é o presumível causador (feiticeiro), este deve ser obrigado a indemnizar a família enlutada, para além das possíveis penas resultantes da agressão física por parte dos familiares da vítima.⁽¹²⁰⁾ Na resolução de assuntos de género, intervinham os régulos e no caso do assunto atingir proporções graves, chegava a ser encaminhado para a Administração local.

No decurso das nossas entrevistas, tanto com os antigos régulos como com os curandeiros, este assunto foi referido como sendo aquele que terá contribuído para a abolição "coerciva" da prática da medicina tradicional, por parte tanto da Igreja como das autoridades administrativas coloniais. Nestes casos eram realizadas buscas no domicílio do curandeiro e os artigos de trabalho deste eram muitas vezes confiscados e/ou queimados.

Para testemunhar esta última alegação, um curandeiro residente na área do ex-distrito sanitário de Gaza, quando o entrevistamos, contou o seguinte:

- "Que no tempo colonial ficou preso durante 14 dias por ter dito frontalmente a uma senhora que ela era feiticeira. Esta, envergonhada resolveu suicidar-se. O Administrador local mandou-me prender e fechado na cela da Administração. Só que o Administrador, a fim de confirmar a veracidade do acontecido, por duas vezes quis experimentar as minhas capacidades. Para isso escondeu dinheiro sem eu saber e disse para eu descobrir onde e o que estava escondido. Depois de fazer as minhas consultas fui capaz de lhe dizer que ele escondera dinheiro, a quantia e lugar onde estava escondido.

Depois desta "proeza" o Administrador mandou-me para casa e disse para eu continuar a trabalhar em paz..."⁽¹²¹⁾

¹²⁰ Relatos deste tipo são frequentes ainda hoje em várias zonas dos Sul do Save e mesmo no resto do país.

Aliás, quando redigíamos estas linhas, a Rádio Moçambique noticiava um insólito surgido nos dias anteriores em Inhambane: Sobrinhas de uma senhora idosa dirigiram-se à casa desta e acusando-a de feiticeira, bateram-na até à morte. _ Noticiário da RM, às 6H00 do dia 15/04/97.

¹²¹ Entrevista nº.5, realizada em Chókwe, na residência do curandeiro, em 11/06/96.

Assinalamos que não é objectivo deste trabalho provar ou não a eficácia e/ou veracidade deste conjunto de procedimentos da medicina tradicional. Diversos

No que se refere à importância social da prática da medicina tradicional, devemos referir que ela é, em muitíssimos casos o único recurso natural que essas populações usam e usaram para se livrarem das doenças, além de que ela constitui uma forma de alívio espiritual, o que não quer dizer que este sistema de medicina não contenha nos seus actos alguns aspectos negativos, sobretudo no aspecto da saúde pública.

Sobre esta prática de medicina, devemos salientar que a própria OMS, depois de proceder à análise da realidade cultural africana, recomenda que os estados membros africanos procedam a estudos sócio-antropológicos coerentes, a fim de criar o espaço de participação da chamada "medicina tradicional, ou medicina paralela", visto reconhecer que ela constitui uma alternativa válida no contexto da assistência sanitária das populações.⁽¹²²⁾

Com efeito, existem vários factores que reforçam a necessidade dessa participação, pois as estatísticas publicadas pela OMS apontam em cerca de mais de 80% de populações que a têm como único recurso. Também é sabido que em todo o mundo o uso de plantas medicinais e outros produtos naturais é bastante elevado, sendo esta a base de actividade dos praticantes da medicina tradicional (PMT's).⁽¹²³⁾

estudos têm-se debruçado sobre o assunto e pensamos que mais estudos poderão ser feitos nesse sentido. Neste estudo evidenciamos apenas alguns aspectos do impacto social deste tipo do sistema de medicina.

¹²² Se bem que este trabalho não tenha como objectivo principal de provar a eficácia da medicina tradicional, no contexto da assistência sanitária do Sul do Save, somos levados, com base nos resultados da nossa pesquisa no terreno que devemos dizer algo, ainda que de forma sumariada. Sobre as recomendações da OMS nesta matéria, mencionemos por ex. a resolução WHA 23.49, DE 1970 e outra mencionadas nas páginas anteriores.

¹²³ Em Moçambique, de acordo com dados oficiais, a relação médico/habitante é de 1:50.000, enquanto que a relação praticante da medicina tradicional/habitante é de 1:200 - Cf. o programa do Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional (GEMT), MISAU, 1992, p.1. Vemos através deste exemplo o fosso que existe para que a medicina moderna consiga uma cobertura aceitável, mesmo no período a que o nosso estudo se refere. Daí o apelo da OMS no sentido de valorizar a contribuição que a

Na essência, este tipo de medicina baseia a sua actividade num sistema complexo de diagnose, em que o tratamento envolve componentes culturais, etno-médicos, espirituais e sociais.

No caso vertente das populações da zona do nosso estudo, o factor distância foi referido como sendo aquele que influenciou e influencia a atitude a tomar em caso de doença, levando aquelas a recorrer muitas vezes em primeiro lugar ao praticante da medicina tradicional (PMT), em vez de usar a unidade sanitária da medicina clássica.

Por isso, reconhecida que é a exiguidade da extensão da rede sanitária em muitos países, reconhecido quão forte é o vínculo cultural que caracteriza essa prática, mesmo nas situações em que a presença sanitária de tipo ocidental e/ou clássica possui formas evidentes, a participação da medicina tradicional torna-se indispensável.

No caso vertente do Sul do Save, os dados que apresentamos ao longo do estudo mostram a realidade da exiguidade da rede, tanto em infraestruturas, em meios materiais como em meios humanos. Neste caso a situação era bem pior pois existia o factor de dispersão da população, como podemos ver através dos índices das taxas de densidade populacional, sobretudo das áreas do interior dos ex-distritos sanitários de Gaza e de Inhambane (cf.p. 21 deste trabalho).

Para ilustrarmos a situação real vivida na zona Sul do Save, vejamos o relato de um velho (ex-chefe das terras que entrevistamos a 20 Kms da Barragem de Massingir). Ele dizia-nos o seguinte:

"Antes da vinda dos brancos nesta zona nós tratávamos os nossos doentes com raízes e em alguns casos recorriamos ao curandeiro (praticante da medicina tradicional), para além do uso de diversas plantas medicinais conhecidas pela população;

Em caso de doença grave, nenhum curandeiro podia permanecer com o

medicina tradicional pode desempenhar na sociedade.

doente em casa sem avisar o chefe das terras, pois isso prevenia que em caso de morte surgissem quaisquer conflitos com a família; Por exemplo quando o curandeiro suspeitasse (através da sua adivinha) que alguém da população estivesse envolvido e/ou fosse o causador da doença, imediatamente comunicava ao chefe local, e este usava as suas estruturas para convocar a população a quem anunciava o facto (maldição e/ou espírito mau identificado); e ao mesmo tempo fazia o apelo colectivo para que o responsável por essa maldição(feitiço) tratasse de "tirá-la" imediatamente e fazer com que o curandeiro conseguisse tratar e/ou curar o doente. Mais tarde recomendava ao curandeiro para dar o medicamento adequado;

Para terminar, rematou dizendo que "(...) era raro ir-se ao hospital, para além de que este ficava muito longe (em Massingir só havia Posto da Tâmega e Delegacia de Saúde ficava em Guijá, a 120 km de Massingir)".⁽¹²⁴⁾

Neste pequeno relato da entrevista vemos que estamos perante uma espécie de "simbiose" em que estão à mistura muitos aspectos espirituais, culturais cerimoniais do poder tradicional instituído que caracterizam o contexto da etno-medicina,⁽¹²⁵⁾ incluindo o posterior uso da acção química das plantas medicinais que mais tarde o PMT utilizaria para alcançar a cura do paciente. Também fica claro que a medicina tradicional como instituição, possui "raízes" ancestrais nas comunidades indígenas (veja a referência à fase anterior à vinda dos brancos) e muitas vezes ela tem mais aceitação que as formas da medicina moderna (clássica), cuja presença é relativamente mais recente que aquela. Para caracterizar os constrangimentos da extensão da rede, o nosso entrevistado vincou a distância que separa a sua aldeia da unidade sanitária mais próxima, o que torna o problema ainda mais difícil de

¹²⁴ Entrevista nº.2 (Chefe das terras de Mavoze, ex-distrito sanitário de Gaza), realizada na sua residência em 12/06/1996.

¹²⁵ Entretanto outro entrevistado (nº.20, curandeiros do ex-distrito de Lourenço Marques), confidenciou-nos que aquando da investidura da autoridade tradicional (régulo), a presença e a intervenção do PMT era indispensável, a fim de "legitimar" a ligação do poder com os espíritos dos antepassados.- Entrevista realizada na residência daquele, em 16/08/1996.

resolver.

III.4 - A implementação da política sanitária vista no contexto regional do Sul do Save

No quadro do desenvolvimento da política de saúde colonial, especialmente no período do nosso estudo, importa analisar, ainda que de forma resumida, como e em que contexto se estabeleceu a cooperação regional e até que ponto os países vizinhos do Sul do Save podem ter contribuído no aumento ou diminuição da nosonecrologia.

Assim, neste espaço pretendemos identificar os principais factores inibidores ou desencadeadores de algumas patologias, cujas taxas de morbi-mortalidade apresentavam índices bastante elevados - veja o que mencionamos no cap.II sobre a nosonecrologia.

Também faremos alusão nesta parte aos aspectos que demonstram o esforço global de coordenação regional no quadro de combate às doenças endémicas e aquelas cuja notificação era exigida pela OMS.

Geograficamente, a região Sul do Save tinha como territórios limítrofes, no Sul a Swazilândia e África do Sul, no Oeste e Noroeste, a África do Sul e a ex-Rodésia do Sul. Devemos salientar que os contactos recíprocos estabelecidos com estes territórios, criou uma dinâmica especial para as populações do Sul do Save.⁽¹²⁶⁾

Devido às particularidades dos fluxos migratórios de Homens e de animais (neste caso interessa-nos o movimento dos vectores da doença), e de acordo com os estudos realizados sobre o impacto do trabalho migratório, interessa analisar especialmente os aspectos relacionados com a incidência e prevalência da Tuberculose pulmonar(TP).

Assim, estudos realizados e cujas amostras incluíam apenas os residentes do Sul do Save, mostraram que a TP e

¹²⁶ Neste estudo limitaremos a nossa abordagem aos aspectos relacionados com o impacto sanitário, pois existem outros aspectos, por exemplo os de carácter sócio-económico, cultural, linguístico, etc.

a Silicose, ou ambas associadas, têm uma associação com o factor "trabalhador das minas", especialmente entre os repatriados.

Um investigador, A. PACHECO, referindo-se aos resultados observados entre os repatriados das minas, concluía que entre eles "(...) a tuberculose pulmonar, tuberculose ganglionar, peritonite, peritonite tuberculosa, tuberculose e silicose, silicose, e a pleurisia, dão uma percentagem de:

* 21 % em 1928;

* 22,43% em 1928;

* 22,10% em 1929;

* 19,4% em 1930; podendo-se calcular a média anual, em 20% dos repatriados, ou seja, um número que varia entre 500 e 1.200 por ano".⁽¹²⁷⁾

Se partirmos das afirmações retiradas das entrevistas que realizamos na zona, segundo as quais a W.N.L.A., responsável pelo recrutamento dos trabalhadores para as minas, efectuava exames médicos rigorosos, tanto em Moçambique como na África do Sul a fim de apurar a robustez física dos candidatos ao trabalho, somos levados a concluir que a relação trabalhador da mina/frequência da TP e da Silicose, revela-se significativa.

Esta posição é reforçada igualmente pelo número sempre crescente da mão-de-obra proveniente do Sul do Save e que anualmente emigra para a África do Sul.

Com efeito, e como veremos através dos dados apresentados no quadro VIII(anexo XI), as estatísticas referentes ao período do nosso estudo dão-nos um panorama que deixa transparecer por um lado a relativa estabilização da percentagem da mão-de-obra proveniente do Sul do Save, quando comparada com o total dos moçambicanos recrutados, por outro a tendência crescente em alguns momentos dessa percentagem.

A julgar pelos números estatísticos que acabamos de

¹²⁷ Cf. A. Pacheco, "A convenção com a união Sul-Africana, encarada sob o ponto de vista médico", In: Revista mensal de Higiene e Medicina Tropicais, Lisboa, Março de 1935, nº.6, p.160.

apresentar no quadro acima referido, verifica-se que a percentagem de mineiros provenientes do Sul do Save é bastante elevada e em alguns casos superior a 100%, como podemos constatar através dos dados de 1970 e 1974.

Recorrendo à realidade de cada distrito sanitário, mencionemos as conclusões a que chegou um estudo realizado pela UEM/CEA, em 1979.

Esses dados apontam que em Inhambane, entre 1960 e 1974, o movimento migratório abrangia 11 a 15% da população activa; enquanto que em Gaza a percentagem era de 13 a 17%, e finalmente na ex-Lourenço Marques foi entre 12 a 24%.⁽¹²⁸⁾

Ao mencionarmos estes números pretendemos apenas demonstrar a dimensão do problema migratório no Sul do Save, no tocante aos aspectos médico-sanitários, partindo da hipótese de que os estudos anteriores a 1960 demonstram a existência de associação da TP e da Silicose com o trabalho das minas. Na impossibilidade de trazermos aqui dados estatísticos mais recentes, aqueles estudos servem de sustentação da nossa análise.⁽¹²⁹⁾

Por outro lado, durante a pesquisa que realizamos nas zonas limítrofes da África do Sul, ao interrogarmos os ex-mineiros sobre os aspectos de saúde dos repatriados, mais de 90% dos inquiridos referiram que muitos dos seus colegas repatriados sofriam de doenças graves, em especial TP e poucos por causa de outras doenças e/ou acidentes de trabalho.

Os relatórios dos S.S.A. não mencionam estatísticas referentes às causas de morte por TP ou Silicose, baseados em estudos específicos na zona. No entanto se associarmos as informações obtidas através de entrevistas e as diversas

¹²⁸ Cf. O Mineiro moçambicano: um estudo sobre a exportação de mão-de-obra, UEM/CEA, Maputo, 1979, p.90/92.

¹²⁹ Por razões alheias à nossa vontade, não foi possível durante a fase da nossa pesquisa encontrar dados relativos ao período que estamos a estudar. No entanto julgamos que eles existem algures, pois a TP foi sempre uma preocupação das autoridades sanitárias. O desafio fica lançado para posteriores estudos.

conclusões de estudos que apontam a existência de problemas sanitários nos "Compondes" (imputados sobretudo às fracas condições de higiene, saneamento, alimentação, protecção durante o trabalho nas minas e outros factores sócio-ecológicos, tanto na África do Sul como nas zonas de origem dos mineiros) podemos concluir que a importância do assunto é real, na medida em que as estatísticas oficiais continuam a apontar a TP como uma das principais causas de morte em Moçambique.¹³⁰

Por outro lado, estudos realizados na zona de Lourenço Marques por Lerenó Monteiro, demonstraram a associação dos problemas de higiene com o factor "trabalhador de minas Sul-africanas"¹³¹)

A COOPERAÇÃO SANITÁRIA REGIONAL

Durante as entrevistas e na consulta de relatórios dos S.S.A., demos conta de que as autoridades sanitárias portuguesas estabeleceram relações técnicas e de trabalho conjunto com alguns países que fazem fronteira com o Sul de Moçambique.

Por exemplo, foram referidos casos de cooperação no âmbito do desenvolvimento das campanhas contra as grandes endemias, como foi o caso do Paludismo ou Malária, Tripanossomíase (controle do movimento migratório dos animais) e outras doenças.

No contexto da investigação científica, os nossos entrevistados referiram-se ao intercâmbio estabelecido com o Instituto Provincial de Investigação Médica de Moçambique especialmente com a África do Sul, por exemplo na troca de experiências (informações) no âmbito dos estudos pilotos sobre a Bilharziose, ensaios clínicos de medicamentos,

¹³⁰ Cf. o quadro nosonecológico e o perfil epidemiológico actual, pp. / deste trabalho.

¹³¹ Cf. Lerenó Monteiro, op. cit., p.4.

etc.⁽¹³²⁾

Por outro lado, no contexto das orientações emanadas da OMS, era realizada não só a notificação das doenças obrigatórias, mas também estabelecido um sistema de informação regional, dado o interesse epidemiológico de coordenação. Foi mesmo referido que várias vezes as autoridades sanitárias sul-africanas penetravam na zona Sul para efectuar pulverizações sobretudo ao longo da fronteira, para impedir a disseminação dos vectores.⁽¹³³⁾

¹³² Entrevista com antigo trabalhador e dirigente, entrevista nº.2, realizada em Maputo, nos dias 19 e 30/09/1996.

¹³³ Cf. Idem.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

I - Considerações gerais

A análise da componente político-ideológica que norteou a criação e funcionamento do sistema de saúde, mormente a estrutura de organização da rede sanitária na região Sul do Save, foi uma das premissas de partida para o estudo que acabamos de realizar.

Avaliando o percurso feito e com base nas constatações decorrentes dos dados teóricos referentes à **concepção (intenções políticas do regime colonial), realização e avaliação**, confrontados com os resultados das entrevistas realizadas, a análise feita permite-nos tecer as seguintes considerações gerais:

1 - O estudo demonstrou que o regime colonial, no período entre 1960/74, com base nas recomendações do III e IV Planos de Fomento e nas directrizes gerais definidas pela OMS, concebeu um sistema de organização da rede sanitária que visava a concretização das intenções proclamadas na política sanitária geral;

2 - Porém, a política sanitária definida possuía à partida uma **dicotomia** pois, por um lado os objectivos traçados tiveram desde o início um conteúdo impregnado de ideais político-ideológicos coloniais (colonização do território), e por outro a realização das funções de assistência pública visando a criação das condições de bem-estar dos cidadãos. Assim, os factores político-ideológicos do regime colonial entraram numa espécie de confrontação com os sistemas sócio-cultural e económico da maioria da população colonizada, gerando resultados nem sempre propícios para a saúde.

Nesse sentido, quer a ideologia como a produção do capital colonial no Sul do Save, constituíram factores

determinantes para a definição do perfil nosonecológico da população da zona, sendo de destacar os efeitos decorrentes da emigração da força de trabalho masculina para as minas da África do Sul;

3 - No contexto da implementação das intenções proclamadas e que visavam o alargamento da cobertura sanitária para toda a região do Sul do Save, incluindo a implementação do princípio de priorizar a **promoção de saúde pública**, o regime viu os planos inviabilizados devido à ocorrência na época de alguns constrangimentos, como a escassez de recursos financeiros, humanos e materiais;

4 - No que toca à extensão da rede sanitária, o estudo concluiu que a maior parte desta estava localizada nas zonas de maior concentração da população colona, mormente ao longo da costa e de algumas zonas com forte impacto económico, enquanto que nas zonas rurais a rede sanitária era praticamente inexistente, o que contribuiu para que as populações indígenas recorressem frequentemente (se não sempre) às instituições tradicionais para a prevenção e cura das doenças, nomeadamente à prática da medicina tradicional;

5 - Também ficou demonstrado que para além da discriminação de carácter geográfico e infraestrutural (grau de acessibilidade das populações), as poucas unidades existentes na zona não só se mostraram impotentes para atender todas as solicitações dos utentes, como o seu funcionamento era em alguns casos inibidor da participação da população. Assim, nas unidades situadas nas principais urbes foi notória a discriminação baseada na cor da pele e nas condições sócio-económicas do utente. Em todas elas a estratégia de educação sanitária sistematizada era praticamente inexistente, sendo disso prova o recurso a medidas administrativas e/ou coercivas;

6 - O estudo mostra também que um dos factores primordiais para o sucesso do programa sanitário (sobretudo a extensão da cobertura), reside no **factor humano**, daí que a política de formação dos técnicos de saúde baseada no padrões

clássicos de medicina tenha contribuído para o insucesso dos programas inicialmente traçados, principalmente os inerentes ao **sistema de saúde promotiva**, recomendada no quadro do III e sobretudo do IV Plano de Fomento. Por outro lado, os técnicos formados (desde o pessoal médico ao paramédico), não só era numericamente insuficiente, como o próprio regime reconhecia a necessidade de adequar a formação ao carácter moderno de concepção da política de saúde da comunidade;

7 - No contexto da realização do plano assistencial, concluímos que a participação das entidades religiosas e particulares, contribuiu sobremaneira para equilibrar a exiguidade da extensão da rede sanitária, mormente para as zonas rurais do interior, habitadas sobretudo por pessoas economicamente desfavorecidas;

8 - Sobre o comportamento dos principais servidores do sistema de saúde, ocorre-nos assinalar que da análise das informações recolhidas junto dos antigos trabalhadores e utentes das unidades sanitárias, ressaltou o facto de que o factor "humanismo" no atendimento, ou seja uma atitude condigna do trabalhador perante os utentes, joga um papel de relevo. Muitas vezes os recursos materiais só por si não chegam para que uma unidade possa cumprir cabalmente com a sua missão. Assim, quando este factor é sabiamente combinado pelo trabalhador, ajuda a aliviar a dor e a angústia da família do paciente, **elevando deste modo a credibilidade em relação à unidade e ao sistema.**

Com efeito, na nossa análise ficou demonstrado que o apetrechamento dos Postos de saúde não era excepcional, que o factor distância entre estes e as unidades sanitárias mais diferenciadas era enorme, redundando nisso a incapacidade de apoio técnico constante. Porém, cremos que **a atitude e a consciência profissional dos trabalhadores** foram decisivas para que as populações acreditassem neles e sobretudo que houvesse entre estes uma colaboração eficaz na resolução dos inúmeros problemas de saúde.

9 - Para terminar, devemos dizer que no geral as

informações recolhidas quer através de fontes documentais como as orais, serviram de suporte para a confirmação das hipóteses levantadas no início do estudo.

Todavia, consideramos que ao longo desta dissertação surgiram dúvidas e interrogações que, no nosso entender criam espaço para que diferentes aspectos não aprofundados possam servir de ponto de partida para futuros estudos no contexto da organização da rede sanitária e de outras áreas afins.

II - Recomendações

1 - Embora não tenha sido nosso objectivo de partida estabelecer a comparação entre o sistema de saúde actual e o sistema colonial; mas tendo em conta as nossas constatações durante a visita de observação às infraestruturas de saúde, nomeadamente das plantas das antigas delegacias e/ou postos de saúde e Maternidades (ver as imagens fotográficas em anexo), verificamos que actualmente existem muitas disparidades na concepção arquitectónica, contrastando com o sistema quase uniforme que presidia as construções do período colonial.

Somos de opinião que a observância rigorosa de um padrão nas construções facilita imenso:

- A poupança dos materiais;
- A uniformização na aquisição dos equipamentos;
- A rápida adaptação do pessoal às condições físicas dos locais de trabalho;
- A adequação arquitectónica às condições físicas e climáticas da zona.

Nesse sentido, propomos que o GACOPI continue a envidar esforços no sentido de encontrar formas de uniformizar as construções. Por outro lado, pensamos ser oportuno propor ao MISAU que em coordenação com a UEM encontre formas de aliciar os jovens que terminam a engenharia para que se interessem pela área da "Engenharia sanitária", com vista a capacitar o MISAU na concretização

da ideia acima exposta.

2 - Que esforços sejam feitos para que a recente reintrodução da "Inspeção" nos diferentes níveis de prestação de cuidados seja mais alargada, sobretudo que seja dotada de técnicos técnica e profissionalmente exemplares.

A componente "inspeção" é fundamental não só como meio de uniformizar a implementação das decisões no seio das estruturas do MISAU, mas ela deve ser, à semelhança do que acontecia na fase do nosso estudo, incluir a realização de inspeções sanitárias rotineiras dos mercados, lojas, restaurantes, etc pois, estes e outros locais públicos devem garantir a preservação da higiene e saúde públicas.

3 - Finalmente, um problema quanto a nós bicudo deve ser colocado aos planificadores e gestores sanitários. O ponto é que durante o nosso estudo verificamos que as autoridades sanitárias coloniais não encontraram formas para estender a rede sanitária em zonas sobretudo de fraca densidade populacional.

A resposta pode ser encontrada através da concentração das populações. Ora parece-nos que esta proposta deve ser ponderada na medida em que ela pode significar a eliminação dos padrões culturais e criar ainda outros e graves problemas ecológicos, que podem redundar na degradação progressiva das fracas condições de vida das populações, especialmente as rurais.

Durante o nosso estudo não encontramos nenhuma evidência de uma proposta clara para resolver este problema. A própria OMS insiste no sentido de que cada estado, em função da realidade e das condições específicas, estude formas de solucionar o problema de saúde das populações.

Assim, o que podemos dizer é que o problema existe e necessita de solução que envolva todas as estruturas, em primeiro lugar as do Estado, mas com a participação de todas as forças da sociedade moçambicana.

BIBLIOGRAFIA

I - FONTES ORAIS

DADOS (IDENTIFICAÇÃO) DOS ANTIGOS TRABALHADORES DA SAUDE ENTREVISTADOS

EX - DISTRITO SANITARIO DE LOURENÇO MARQUES

Nº	IDADE (anos)	SEXO	NATURALIDADE	RESIDENCIA ACTUAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	ANOS DE SERVIÇO NA SAUDE	SITUAÇÃO ACTUAL	Data da Entrevista
1	56	M	Lisboa	Maputo/Cidade	Médio Esp. S.P.	28	Assessor Minist.	01.08.96
2	71	M	Lisboa	Maputo/Cidade	Méd. Malariaologista	46	Assessor	19 e 30.09.96
3	72	M	Lisboa	Maputo/Cidade	Dir. Nac. Adjunto	43	Aposentado	30.09.96
4	65	F	Magde	Facazisse/Magde	Servente	23	Aposentado	17.08.96
5	82	F	Magde	Facazisse/Magde	Servente	?	Doente (a)	17.08.96
6	56	M	Chonguene/Gaza	Ressano Garcia	Servente	31	No Activo	20.08.96
7	62	M	Matuine	Salamanga	Servente	41	No Activo	21.08.96

EX - DISTRITO SANITARIO DE GAZA (b)

8	58	M	Marracuene/Maputo	Massingir	Enfermeiro	28	No activo	12.06.96
9	69	M	Chibuto	Chókwè	Agente Med. Prevent	38	Aposentado	11.06.96
10	56	M	Manhiça/Maputo	Chókwè	Enfermeiro	37	No activo	11.06.96
11	59	M	Manhiça/Maputo	Chókwè	Enfermeiro	36	No activo	13.06.96
12	59	M	Chonguene/Gaza	Guijá	Técnico Medicina	35	No activo	11.06.96
13	80	F	Guijá	Guijá	Servente	?	Aposentado	13.06.96

EX - DISTRITO SANITARIO DE INHAMBANE

14	54	M	Vilankulo	Vilankulo	Servente	23	No activo	04.06.96
15	64	F	Nampula	Vilankulo	Parteira	45	Aposentado	04.06.96
16	48	F	Malamba/Massinga	Massinga	Enfermeira	24	No activo	06.06.96
17	47	F	Massinga	Massinga	Servente	27	No activo	06.06.96
18	50	F	Inhaloi/Massinga	Massinga	Enfermeiro (1)	29	No activo	06.06.96
19	72	M	Maxixe	Chicue/Maxixe	Marceneiro (2)	47	Aposentado	07.06.96
20	60	M	Morrumbene	Chicue/Maxixe	Enferm. Espec. (3)	35	No activo	08.06.96
21	59	F	Funhalouro	Chicue/Maxixe	Enfermeira SMI (4)	37	No activo	07.06.96
22	76	M	Chicue	Chicue	Enfermeiro (4)	?	Aposentado	07.06.96

(a) - Foi trabalhadora dos missionários Suíços e desde 1975 servente no hospital missionário de Antiocha - Magde. Não se lembra quantos anos trabalhou com os missionários.

(b) - Na fase de treino dos entrevistados, foram entrevistados 9 trabalhadores, que não constam nesta relação.

(1) - Ex - enfermeira do Hospital Metodista - Livre de Inhaloi (Massinga). Actualmente este hospital está encerrado por razões da guerra recentemente terminada.

(2) - Sempre trabalhou como carpinteiro no hospital Metodista - Unida - Chicue.

(3) - No período colonial trabalhou no hospital de Chicue, transferido a seu pedido para os S.S.A.. Actualmente exerce funções de Co - Administrador no mesmo hospital.

(4) - Enfermeiros que sempre trabalharam no hospital de Chicue.

**DADOS (IDENTIFICAÇÃO) DOS ANTIGOS UTENTES, AUTORIDADES LOCAIS
CURANDEIROS E EX - MINEIROS ENTREVISTADOS**

EX - DISTRITO SANITARIO DE LOURENÇO MARQUES

UTENTES							SITUAÇÃO ACTUAL	Data da Entrevista
Nº	IDADE (anos)	SEXO	NATURALIDADE	RESIDENCIA ACTUAL	OCUPAÇÃO ENTRE 1960/74	SITUAÇÃO ACTUAL	Data da Entrevista	
1	74	M	Mandlakaze/Gaza	Salamanga	Func. veterinário	No activo	21.08.96	
2	49	M	Salamanga/Bela Vista	Santaca	Agricultor	No activo	21.08.96	
3	55	M	Mandlakaze/Gaza	Bela Vista	Func. Agrícola	No activo	22.08.96	
4	50	M	Mandlakaze/Gaza	Bela Vista	Func. Público	No activo	22.08.96	
5	78	M	Bilene/Gaza	Ressano Garcia	Func. Wenela	Aposentado	19.08.96	
6	65	F	Inharrime	Ressano Garcia	Doméstica	Doméstica	19.08.96	
7	66	M	Xai - Xai	Ressano Garcia	Func. Alfândega	Aposentado	19.08.96	
8	60	F	Magude	Mapulanguene	Camponesa	Camponesa	16.08.96	
9	62	M	Magude	Mapulanguene	Camponês	Camponês	16.08.96	
10	71	M	Magude	Facazisse/Magude	Mineiro/camponês	Camponês	15.08.96	
11	55	M	Magude	Facazisse/Magude	Mineiro	Camponês	15.08.96	
12	49	M	Moamba	Mapulanguene	Mineiro	Camponês	16.08.96	
13	60	M	Magude	Magude	Mineiro	Camponês	15.08.96	
14	66	M	Magude	Magude	Mineiro	Camponês	15.08.96	
AUTORIDADES LOCAIS								
15	70	M	Mautuine	Salamanga	NDUNA	Camponês	21.08.96	
16	82	F	Magude	Facazisse/Magude	RAINHA	Camponês	15.08.96	
17	78	M	Magude	Magude	Chefe de Terras	Camponês	15.08.96	
CURANDEIROS								
18	65	M	Magude	Facazisse/Magude	Curandeiro	Curandeiro	16.08.96	
19	60	M	Gaza	Facazisse/Magude	Curandeiro	Curandeiro	15.08.96	
20	74	M	Magude	Mapulanguene	Curandeiro	Curandeiro	16.08.96	
21	55	M	Moamba	Ressano - Garcia	Curandeiro	Curandeiro	19.08.96	
22	45	M	Bela Vista	Bela Vista	Curandeiro	Curandeiro	22.08.96	
23	60	M	Matutuine	Salamanga	Curandeiro	Curandeiro	21.08.96	
24	80	F	Matutuine	Salamanga	Curandeiro	Curandeiro	21.08.96	

EX - DISTRITO SANITARIO DE GAZA (1)



UTENTES

Nº	IDADE (anos)	SEXO	NATURALIDADE	RESIDENCIA ACTUAL	Ocupação ENTRE 1960/74	SITUAÇÃO ACTUAL	Data da Entrevista
1	74	M	Massingir	Massingir	Mineiro	Func. Alfândega	12.06.96

AUTORIDADES LOCAIS

2	80	M	Mavoze/Massinga	Mavoze	Chefe de Terras	Camponês	12.06.96
3	51	M	Chitar/Massinga	Chitar	Trab.Minas/Régulo	Camponês	12.06.96
4	78	M	Guijá	Chókwè	Régulo	Camponês	14.06.96

CURANDEIROS

5	66	M	Chibuto	Chókwè	Curandeiro	Curandeiro	11.06.96
---	----	---	---------	--------	------------	------------	----------

EX - DISTRITO SANITARIO DE INHAMBANE

UTENTES

1	73	M	Chicuque/Maxixe	Chicuque/Maxixe	Mainata	Mainata	08.06.96
2	67	M	Homoine	Chicuque/Maxixe	Curandeiro	Aposentado	08.06.96

AUTORIDADES LOCAIS

3	80	M	Mabote	Mabote	Régulo	Camponês	05.06.96
4	60	M	Massinga	Inhaloi/Massinga	Missionário	Missionário	06.08.96
5	50	M	Massinga	Inhaloi/Massinga	Missionário	Missionário	06.08.96

CURANDEIROS

6	45	M	Inharrime	Inharrime	Curandeiro	Curandeiro	06.08.96
---	----	---	-----------	-----------	------------	------------	----------

II - FONTES DE ARQUIVO

ARQUIVO:

II.1 - FUNDO DO GOVERNO GERAL

- ASSUNTOS DIVERSOS 1969 a 1974. Caixas nº.s 6 a 19.
- ORÇAMENTO ECONÓMICO 1962/1963/1968/1970/71 e 73. Cxas. nº.s 2235 a 40.
- PRIMEIRO PROJECTO DE CÓDIGO CIVIL DOS POVOS INDÍGENAS DA PROVÍNCIA DO SUL DO SAVE. Cxª. nº.2203.
- REPARTIÇÃO CENTRAL DOS NEGÓCIOS INDÍGENAS. Monografia sobre usos e costumes dos indígenas da província do Sul do Save, cxa. nº. 2202.

II.2 - FUNDO DA SAÚDE

- REPARTIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA 1959 a 1972. Relatórios diversos, cxas nºs 2087/88/93/96, 2109/17 e 21031.
- *Idem* 1971/72/73 e 74. Relatórios mensais, cxa. nº. 2196.

II.3 - SECÇÃO ESPECIAL

- COMISSÃO TÉCNICA DE PLANEAMENTO E INTEGRAÇÃO ECONÓMICA 1965/67. Plano intercalar, S.E., a.I, p.1, nº.5.
- *Idem*. Relatório de execução, S.E., a.I, p.1, nº.s 5, 7 e 8.
- *Idem* 1966 e 1968/73. III Plano de Fomento, Vol.12, Tomo I, S.E., a.I, p.3, nºs 47, 72, 73, 86, 87, 88-97.

- **DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO E INTEGRAÇÃO ECONÓMICA** 1971. IV Plano de Fomento, diagnóstico da situação económica e social, Vol. único, S.E., a.I., p.4, nº.98.

- **Idem**, 1973. IV Plano de Fomento, Vol.12, Tomos 2 e 3, S.E., a.I., p.4, nºs 116 e 117.

- **DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA** [1968?]. Relação das formações sanitárias dos S.S.A., S.E., a.v., p.3, nº.115.

- **Idem**, 1964/67. Relatório de actividades, S.E., a.V., p.4., nº.181/2.

- **Idem**, 1969. Relatório de actividades de 1967, S.E., a.V., p.3, nº.111.

- **Idem**, 1968/69. Relatório de actividades, S.E., a.V., p.3, nº.208.

- **DIRECÇÃO PROVINCIAL DOS SERVIÇOS DE ESTATÍSTICA** 1960. III Recenseamento da população, Volumes I a III, S.E., a.I, p.5, nº.7.

- **Idem**, 1970. IV Recenseamento da população E.E., a.I, p.5, nº.8.

- **SECRETARIA PROVINCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA** 1964, Relatório de actividades, S.E., a.v., p.4, nº.169.

- **Idem**, 1974. Planos de trabalho para 1974 S.E., a.v., p.2, nº.90.

II.4 - PERIÓDICOS

- **ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE MOÇAMBIQUE** 1960/1974.

- **ANUÁRIO DE MOÇAMBIQUE** 1960/1974. Informações diversas.

- **ANUÁRIO TURÍSTICO DE MOÇAMBIQUE** 1963/64.

III - FONTES IMPRESSAS

III.1 - Livros, Brochuras, Artigos

- BRITO, R.S. de 1965. "Aspectos geográficos de Moçambique", In: Moçambique: Curso de extensão Universitária (Ano Lectivo de 1964-1965), Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina, Lisboa, Companhia editora Nacional:11-34.

- CAETANO, M. 1974. Depoimento, Rio de Janeiro; São Paulo, Distribuidora Record.

- CAMBOURNAC, F.J.C. 1973. "Serviços de Saúde em evolução no Ultramar", In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 1(1/4), Janeiro/Dezembro: 69-89.

- CARVALHO, S. 1983. (Coordenador): História de Moçambique, Vol.II: Agressão Imperialista (1886/1930), Maputo, Departamento de História/UEM, Tempográfica.

- COMISSÃO DE PLANEAMENTO REGIONAL DO SUL DO SAVE (CPRS) 1966. Volumes I-III, Lisboa.

- CORDEIRO, R. 1972. "Falta de socorro no Banco de Socorros [HCMB], In: Jornal <<Notícias>>, Ano XLVII, nº. 15.495, Lourenço Marques, 30 de Julho, p.24.

- CRUSH, J., JEEVES, A. e YUDELMAN, D. 1991. South Africa's Labor Empire: A history of black migrancy to the gold mines, Boulder; San Francisco; Oxford.

- FEIO, F.J.B. 1953. "Divisão sanitária e organização dos serviços de saúde em Moçambique", In: Anais do Instituto de Medicina Tropical, 10(4), Fascículo 1, Dezembro:2473-2516.

- FOLGOSA, J.M. 1956. A Arte de curar em Moçambique:povos, curandeiros, remédios e história dos hospitais da província, Lourenço Marques, ed. do jornal dos Farmacêuticos do Ultramar, nº77, Março.

- **FONSECA, E.D.** da 1953. "Breves apontamentos à cerca de alguns problemas médicos e da ocupação sanitária do Ultramar", In: Anais do Instituto de Medicina Tropical, 10(4), Fascículo 1, Dezembro: 2369-2383.

- **GONÇALVES, M.L.M.** 1960. Código Penal Português: na doutrina e na jurisprudência, 2ª. edição, Coimbra, Livraria Almedina.

- **HEDGES, D.** 1993. (Coordenador): História de Moçambique, Vol.III: Moçambique no auge do colonialismo (1930/1960), Maputo, Departamento de História/UEM, Imprensa da UEM.

- **KIRCHENER, G.A.** 1989. "Medicine tradicional" e o "papel da medicina tradicional na história de Moçambique", Maputo, Personal Files.

- **LAPEYSSONNIE, M.** [1972?]. "Les problèmes médico-sanitaires en zone rurale dans le pays en voie de développement". In: Afrique Contemporaine, [Paris], La documentation française:10-17.

- **LAURENTI, R.** [et. al] 1987. Estatísticas de Saúde, 2ª. edição, São Paulo, editora e gráfica, Lda.

- **MACHEL, S.M.** 1975. "No trabalho sanitário materializemos o princípio de que a revolução liberta o povo", In: A nossa Luta, 2ª ed., Maputo. Imprensa Nacional de Moçambique:47-63.

- **MARTINS, H.F.B.** 1985. Apontamentos de estatística sanitária e hospitalar, Maputo, Minerva Central.

- **MEDEIROS, L.** de 1973. "Instituto Provincial de Saúde Pública de Moçambique : Relatório anual referente a 1971", In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 1(1/4), Janeiro/Dezembro: 317-378.

- **NEVES, J.** 1971. "A doença do sono: Introdução, progressão e expansão da doença em Moçambique", In: Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, 5(3/4), Julho/Dezembro: 325-366.

- **NGOENHA, S.E.** 1992. Por uma dimensão moçambicana da consciência histórica, Porto, ed. Salesianas.

- **O MINEIRO MOÇAMBICANO** 1977. Um estudo sobre a exportação de mão- de- obra, Apêndice IV, Maputo, UEM/CEA.

- **PACHECO, A.** 1935. "A convenção com a união Sul Africana, encarada sob o ponto de vista médico", In: <<África Médica>>, Revista mensal de Higiene e Medicina Tropicais, (6), Lisboa, Março: 157-162.

- **PAULINO, A.J.** 1971. Rendimento e eficiência hospitalar: dois anos de trabalho, Lourenço Marques(dactilografado).

- **RITA-FERREIRA, A.** 1975. Povos de Moçambique:História e Cultura, Porto, Afrontamento.

- **ROSÁRIO, M.R** do 1972. Hospital da Universidade de Lourenço Marques: relatório de actividades do ano de 1972, Lourenço Marques, Universidade de Lourenço Marques.

- **Idem**, 1972. "Cobertura médica no Ultramar e desenvolvimento", In: Jornal <<Notícias>>, Ano XLVII, nº. 15.472, Lourenço Marques, 6 de Julho, p. 18.

- **SANTOS GARCIA, [Orlando][dos]** 1967. "Saúde e assistência em Moçambique", In:Ultramar,8(30), Lisboa[s.ed.]:114-29.

- **SHAPIRO, M.F.** 1983. Medicine in the service of colonialism: Medical Care in Portuguese Africa(1885-1974), Los Angeles; University of California.

- **SILVA, C.da** 1970. " Quem dá mais pela saúde". In: Jornal <<Notícias>>, Ano XLV, nº. 14.752, Lourenço Marques, 26 de Junho, p.3.

- **SILVA, Pe.,A.da** 1965. "Ocupação Missionária de Moçambique", In: Moçambique: Curso de extensão Universitária (Ano Lectivo 1964/65), Lisboa, Companhia Nacional editora: 683/85.

- **SOARES, T.** 1965. "Resultados da política de saúde em Moçambique", In:Moçambique: Curso de extensão Universitária(Ano Lectivo 1964-1965), Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina, Lisboa, Companhia editora Nacional:601-33.

III.2 - Periódicos

- A LA RECHERCHE D'UNE PHILOSOPHIE DE L'ACTION MÉDICO-SANITAIRE DE LA RÉGION AFRICAINE 1970. Cahiers Techniques nº.1, Bureau régional pour L'Afrique "AFRO", OMS, Brazaville.

- HEALTH PROGRESS IN AFRICA: 1968/73. Afro Technical papers nº.6, Regional office for Africa "AFRO", OMS, Brazaville.

- SOINS MÉDICAUX EN ZONES RURALES 1975. Cahiers techniques "AFRO", Bureau régional pour L'Afrique, OMS, Brazaville.

ANEXOS

ANEXO I

PRINCIPAL LEGISLAÇÃO COLONIAL COM IMPACTO NO SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE SANITÁRIA DA REGIÃO SUL DO SAVE

Séc. XIX

1878⁽¹⁾: Início da construção do edifício que viria a ser o primeiro hospital de Lourenço Marques, cuja inauguração viria ser feita anos depois. Este hospital era essencialmente destinado ao tratamento dos militares.

1845: Início do ensino da prática médica em Cabo Verde, Angola e Moçambique.

1896: É publicada a carta-lei que reconhece o facto de que os serviços de saúde no ultramar estavam organizados dentro das bases militares, coincidindo com a época em que Portugal procedia à ocupação militar de colónia através das chamadas "Campanhas de pacificação".

Séc. XX

1900: Início das obras de construção do Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB) actual Hospital Central de Maputo (HCM).

1907: O N.º 7 do Art. 37.º; do Decreto publicado em 23/05/1907, determina que <<a organização da assistência aos indígenas nas crises provenientes de epidemias, inundações e outras calamidades públicas, seria da responsabilidade da Secretaria dos Negócios Indígenas>>⁽²⁾.

1909: Portaria n.º 998, de 14/01/1909, submissão de todos os serviços sanitários civis à Repartição de Saúde da província. Neste mesmo ano é publicada a Portaria N.º 693, de 4/08/1909, que autoriza a abertura de Cursos de Enfermagem para indígenas junto dos hospitais de Lourenço Marques e de Inhambane.

Curiosamente, estipula-se que a esses enfermeiros ser-lhes-ia ministrados princípios rudimentares

¹ A autorização para a sua construção data de 1876, cujas infraestruturas eram constituídas por um conjunto de barracas trazidas de Portugal, inicialmente destinadas para servir de aquartelamento -- Cf. Lucas Gulube, *Resumo cronológico de alguns acontecimentos importantes do actual Hospital Central de Maputo (HCM) - I Parte (1895-1850)* Maputo, Cegraf. 1996, p.7/8.

² Este tipo de legislação só comprova, em parte, o carácter discriminatório do regime em relação à população negra. Por outro lado, importa saber que meios foram alocados a então Secretaria para o cumprimento desta determinação. Porém, os dados referentes ao sistema de organização dos Serviços de Saúde da época, são praticamente omissos em relação a este aspecto, excepto o que foi feito em relação às infraestruturas -- Cf. Pág.2 deste anexo (1917).

de terapêutica e profilaxia, o que lhes colocava à priori completamente dependentes dos seus colegas de raça branca.

1915: Passagem dos Serviços de Saúde da jurisdição militar para civil, determinação que já havia sido feita em 1909.

1917: Portaria Nº332, de 24/01/1917; o Cap. VIII, Art.198; estipula a necessidade de existência de uma construção adequada (edifícios apropriados) para prestar assistência aos europeus de ambos os sexos, enquanto que para os indígenas, ser-lhes-ia dispensada assistência compatível com os seus usos e costumes.

Para no Art. 200º determinar que para os indígenas deverão ser construídas palhotas em uso na terra onde se situa a delegacia de saúde, onde o indígena seria instalado provisoriamente com a sua família.

1918: Organizado em Lourenço Marques o primeiro Laboratório para a produção da vacina Antivariólica em todo o continente africano. (3)

1919: Neste ano, os serviços de saúde do ultramar, através de um novo Diploma, ganhavam o cunho civil, tendo sido integrados no quadro comum de assistência, recebendo a partir desta data técnicos com preparação especializada, à semelhança do que acontecia na metrópole.

1920: Portaria Nº1821, publicada no B.O. Nº14, I série, de 7/04/1921 (suplemento), aprovar o regulamento dos hospitais da colónia de Moçambique.

No Art. 1º desta Portaria, define-se que "os hospitais da Província de Moçambique, mantidos a custa do estado terão a denominação das localidades onde estiverem estabelecidos, com excepção daqueles a que fôr dada designação especial"(4).

Esta designação especial aconteceu por exemplo, com o Hospital de Lourenço Marques, que passou desde então a designar-se por Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB).

1920: Criada em Moçambique a campanha contra a variola (vacinação compulsiva), pois mesmo anteriormente era realizada mas não sob o forma de campanha.

1930: Decreto-lei Nº241, de 14/06/1930, que cria a delegacia de saúde de Lourenço Marques.

³ Cf. F.J.C. Cambournac, op.cit., p.73.
No entanto não há informação sobre o seu funcionamento.
Possivelmente esta tarefa terá sido incumbida ao Laboratório Farmacotécnico que funcionou em anexo ao HCMB!...

⁴ cf. a referida Portaria, p.115.

1945: Decreto Nº34.417, de 21/02/1945, aprova a organização dos serviços de saúde do império colonial português, com largas perspectivas na organização da rede sanitária da colónia de Moçambique, sobretudo no toca a uniformização das actividades a nível de todas as colónias.

De salientar que os objectivos dessa reorganização centravam-se fundamentalmente em:

1 - "(...) amparar, defender e aumentar a população indígena, onde haja, melhorando o seu cota do sanitário e o seu nível de vida";

2 - "(...) Facilitar a adaptação dos brancos nas regiões tropicais, quer assistindo preventiva e curativamente as pessoas, quer actuando para transformação do meio"⁽⁵⁾.

Este decreto teve igualmente o mérito de definir as categorias e/ou níveis de atenção de saúde, o que veio dar maior impulso na organização da rede sanitária. Por exemplo foi definida a criação de:

- a) - Hospitais Centrais - nas capitais das colónias;
- b) - Hospitais Regionais - nas sedes dos Conselhos Administrativos;
- c) - Centros de Saúde (e/ou Delegacias de Saúde);
- d) - Postos de Saúde.

Foi no quadro deste Dec. que foram criados o chamados serviços especializados e/ou de luta contra as grandes endemias, conforme a cronologia que se segue:

1945: Missão de combate às tripanossomíases;

1950: Serviço de combate à lepra;

1952: Serviço de luta contra a tuberculose;

1955: Missão de estudo e combate à bilharziose;

1958: Campanha de erradicação de boubas;

1959: Idem de paludismo (início dos trabalhos).

Foram ainda criados no seu âmbito os serviços especiais de transfusão de sangue (1951) e a criação do Instituto de Investigação Médica (I.I.M) --- 1955⁽⁶⁾ mais tarde transformado em

⁵ Cf. O referido Dec., p140.

Uma observação preliminar desta formulação, deixa transparecer que o regime tinha vontade implícita de criar condições sanitárias algo diferenciadas(vejamos o que diz o nº1 em relação ao nº2. Com efeito, "aumentar" a população indígena pode significar criar maior exército de mão-de-obra barata, uma vez terminado o conflito europeu - II Guerra mundial; enquanto que para os europeus, interessava ao regime criar condições de fixação efectiva...

⁶ Esta Instituição foi criada por força do Dec. nº40.078, de 7/03/1955 e organizado com base no Dec. 41.536, de 24/02/1958.

Instituto Provincial de Saúde Pública (IPSP)⁽⁷⁾, com as atribuições de:

- Realizar trabalhos de investigação nos domínios de Saúde Pública e nos ligados à Medicina Tropical;
- Colaborar no estudo de problemas de Saúde Pública da província e sugerir as medidas convenientes para a sua solução, além dos estudos que pretendem fazer, prestando todo o apoio laboratorial dos serviços provinciais de saúde e assistência;
- Contribuir para a difusão dos conhecimentos médicos que passam beneficiar a saúde e o bem-estar das populações ultramarinas a que pertença⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Com a introdução deste conjunto de medidas, somos levados a crer que o regime atingiu um nível considerável nas realizações que, em última análise, contribuíram para que os planos de desenvolvimento das actividades sanitárias tenham atingido os níveis de abrangência dos problemas de saúde pública, mormente a partir dos finais da década 60, como corolário da função organizativa introduzido pelo Dec. 45.541, de 8/02/64 e mais tarde reforçado pelo Dec. 49.073, de 21/06/1969, como veremos mais adiante.

1956: B.O. nº36, I série, publica o regulamento da OMS sobre a notificação obrigatória das doenças transmissíveis, com seguinte listagem:

- Peste
- Febre amarela
- Variola
- Tifo exantemático
- Febre recorrente - transmitida pelo piolho
- Cólera

1961: A Portaria nº15.072, de 3/6/1961, extingue a enfermaria regional de Chibuto e cria em sua substituição o Hospital Regional "Dona Maria Mouzinho de Albuquerque".

⁷ A alteração foi feita com base no Dec. 509/70, de 29/10/1970, com vista a adequar a instituição às exigências que a investigação no campo da Saúde Pública impunham. Entretanto devemos referir que em Portugal a trajectória do ensino de saúde pública obedeceu a seguinte cronologia:

- * 1902: Criação da Escola de Medicina Tropical
- * 1935: A transformação da primeira deu lugar ao surgimento do Instituto de Medicina Tropical
- * 1967: Surgimento da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical
- * 1972: Surgimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

FONTE: F.J.C. Cambournac, op. cit., p.79.

⁸ Cf. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Vol.I, N.ºs 1/4 Jan/Dez/1973, P.318

⁹ Após a independência as funções desta Instituição e outras foram acometidas ao Instituto Nacional de Saúde (INS).

1964: O Dec.45.541, de 8/02/1964, no espírito da reorganização introduzida em 1945, este novo Dec. visava dar maior flexibilidade às orientações ora traçadas (de âmbito geral), tomando agora em consideração as condições e/ou realidades de cada colónia.

As principais inovações introduzidas relacionavam-se com:

- Menção aos "problemas de saúde pública" nos quais se integravam as acções que visavam atingir o "habitat" das comunidades;
- A Observância do princípio do "bem-estar" integral, o que pressupunha a não ausência apenas da doença, mas criação de condições que permitissem aos indivíduos e à comunidade usufruir o bem-estar físico, mental e espiritual; sendo que a estruturação dos serviços de saúde fosse feita de forma hierarquicamente equilibrada, da base ao topo;
- Destaque para assistência especial que devia ser dispensadas à mãe e à criança, com vista a baixar a morbi-mortalidade materna e infantil.

Estas intenções encontraram eco na implementação da rede sanitária, em especial no sul do Save, como o demonstram as estatísticas e/ou realizações apresentadas no Cap.II deste trabalho.

Além disso, a nova dinâmica de funcionamento incluía a necessidade de coordenação assistencial com as entidades religiosas e/ou particulares, o que permitiu, no caso do Sul do Save, o alargamento das actividades para as zonas do interior, ou no mínimo a assistências às pessoas que não tinham acesso nos hospitais do Estado. Foi o que aconteceu com os hospitais da Missão Suíça, Nazareno, Metodista e outras, para não citar o caso dos hospitais pertencentes à empresas, sindicatos e municipalidades.

1968: DL. nº48.357, de 27/04/1968, promulga o estatuto hospitalar, e o Dec. nº48.358 da mesma data, promulga o respectivo regulamento geral.

1968: Dec.48.790, de 23/12/1968, determina que os Estudos Gerais Universitários de Angola e Moçambique (criados em 1962), passassem a designar-se respectivamente por Universidade de Luanda e de Lourenço Marques.

1969: O Dec. 49.073, de 21 de Junho de 1969, promulga o regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência (S.S.A), procedendo à revisão do regulamento de 1945 e de 1964, especialmente no que concerne ao reforço dado no âmbito da formação do pessoal técnico de todos os ramos. Por exemplo, a criação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lourenço Marques (ULM), que passou a garantir a formação de médicos na província⁽¹⁰⁾.

¹⁰ A faculdade de Medicina surge no quadro da organização da ULM, criada como vimos pelo Dec.48.790, de 23/12/68. Foi também neste contexto, que através do DL nº49.187 de 12/08/69, que foi criado o Hospital da Universidade de Lourenço Marques (HULM), instituição de apoio ao ensino e à investigação daquela faculdade.

Luanda e de Lourenço Marques.

1969: O Dec. 49.073, de 21 de Junho de 1969, promulga o regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência (S.S.A), procedendo à revisão do regulamento de 1945 e de 1964, especialmente no que concerne ao reforço dado no âmbito da formação do pessoal técnico de todos os ramos. Por exemplo, a criação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lourenço Marques (ULM), que passou a garantir a formação de médicos na província⁽¹⁰⁾.

As razões que motivaram a introdução do presente Dec. foram as seguintes:

- Acompanhar a evolução que se observava em toda a parte;
- Introduzir serviços, departamentos, especialmente os ligados à problemática de saúde pública, assistência na doença, invalidez, incapacidade e os serviços ligados à preparação e formação do pessoal técnico em todos os ramos⁽¹¹⁾.

¹⁰ A faculdade de Medicina surge no quadro da organização da ULM, criada como vimos pelo Dec.48.790, de 23/12/68. Foi também neste contexto, que através do DL. n°49.187 de 12/08/69, que foi criado o Hospital da Universidade de Lourenço Marques (HULM), instituição de apoio ao ensino e à investigação daquela faculdade.

¹¹ Cf. o relatório dos S.S.A (1968/69), AHM/ cota: S.E. a.V, P.5 n°208, P.5.

ANEXO II

TIPO DE FORMAÇÕES SANITARIAS E SUA DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITOS SANITARIOS⁽¹⁾(²)

I - Rede Geral⁽³⁾

1.1 - Hospitais Centrais

Estes asseguravam os cuidados médicos completos à população, servindo igualmente de campo de estagio, treino e aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores.

- No total da província existiam 3, designadamente:
- SUL DO SAVE: Hospital Central Miguel Bombarda, em Lourenço Marques.
- ZONA CENTRO: Hospital Central Rainha D. Amélia da Beira;
- ZONA NORTE: Hospital Central Egas Moniz de Nampula.

OBS: Em 1966 os três hospitais possuíam no total 1.822 camas, excluindo as camas das maternidades respectivas.

1.2 - Hospitais Regionais

Estabelecimentos hospitalares que por lei dispunham de um número mínimo de 200 camas, com os seguintes serviços:

- Medicina Geral
- Cirurgia
- Especialidades julgadas indispensáveis
- Maternidade
- Serviços auxiliares de diagnóstico, terapêutica e farmácia
- Serviços Sociais e Administrativos

¹ Organização baseada nas determinações do Decreto nº45.541 de 8 de Fevereiro de 1964, conjugadas com a Portaria 19.661 - B.O. nº34, de 1966.

² Fonte: III Plano de Fomento, Vol. 12, Tomo I - Estatística Sanitária, 1966 P.28 em diante.

³ Na rede geral estão incluídas as Unidades de internamento e de assistência ambulatoria pertencentes aos S.S.A. (75% de assistência) e poucas unidades pertencentes as entidades particulares.

No total da província existiam 6 e no círculo sanitário do Sul do Save apenas 2, nomeadamente:

- João Belo
- Inhambane

1.3 - Hospitais Sub-Regionais:

Estes eram pequenos hospitais, dispendo do mínimo necessário para o desenvolvimento das acções sanitárias de:

- Maternidade
- Condição mínima para hospitalização e meios de diagnóstico e terapêutica⁽⁴⁾.

No total da província existiam 60 pertences aos S.S.A., com um total de 1.396 camas.

No Sul do Save destacam-se os de:

- Bela Vista
- Manhiça
- Moamba
- Namaacha
- Macia
- Magude
- Manjacaze
- Pafuri
- Vila Alferes Chamusca
- Homoine
- Inharrime
- Mambone
- Massinga
- Morrumbene
- Quissico
- Vilanculos

OBS: Esta distribuição territorial corresponde e/ou coincide com a das delegacias de saúde.

Nesse sentido, podemos concluir que a nível da sede do Concelho ou da Circunscção, existia uma unidade deste tipo.

Entretanto, referir-se que os relatórios dos S.S.A. dos anos posteriores designam-nas por hospitais

⁴ Curiosamente verifica-se que não menciona as de farmácia, não se sabe por simples omissão ou porque não existissem farmácia para o público utente.

rurais⁽⁵⁾).

1.4 - Casas de Saúde e Clínicas

Estes tipo de unidades pertencia a entidades particulares e/ou estatais⁽⁶⁾, com equipamento para internamento dos doentes, nos ramos de:

- Medicina
- Cirurgia
- Obstetrícia
- Outras especialidades

1.5 - Postos Sanitários

Eram pequenas unidades de assistência, que funcionavam sob responsabilidade de um enfermeiro, dispondo de:

- Medicamentos
- Equipamento para tratamentos
- Pequena cirurgia
- Consultório com respectivo equipamento⁽⁷⁾

1.6 - Ambulâncias

No essencial constituíam unidades mais periféricas de assistência, possuindo medicamentos e material para primeiros socorros. O seu funcionamento estava a cargo de professores, catequistas, e irmãs religiosas, com conhecimentos rudimentares de enfermagem. A designação "ambulância" subentende-se, quanto a nós, o carácter provisório do seu funcionamento, destinada por isso a prestar unicamente assistência de urgência.

A foto 6 é ilustrativa não só do carácter provisório deste tipo de unidades, como deixa

⁵ Para mais detalhes, ver o mapa I, anexo à Pág. , que mostra a distribuição territorial da rede oficial dos S.S.A., da região Sul do Save.

⁶ Refere-se às corporações (sindicatos), Câmara Municipal, Companhia de Seguros, Missão dos Velhos Colonos e Correios Telégrafos e Telefones (C.T.T.).

⁷ Os postos de saúde constituíam, de parceria com as delegacias de saúde, que no fundo representavam aquilo que hoje se designa por Centro de Saúde, pólos de desenvolvimento sanitário de base, tanto a nível rural como urbano. Os postos sanitários recebiam visitas periódicas do médico, normalmente o delegado de saúde. Alguns destes postos possuíam 1 a 4 camas. A distribuição territorial (Sul do Save), pode ser vista no mapa III, Capítulo II deste trabalho.

transparecer tratar-se de unidades destinadas às zonas rurais e de carácter móvel⁽⁸⁾.

1.7 - Enfermarias

Eram pequenos estabelecimentos de internamento, que pertenciam geralmente às empresas particulares, destinadas a prestar assistência aos trabalhadores e/ou a unidades militares e estatais. Estavam equipadas para prestar assistência da medicina geral, pequena cirurgia.

Deduz-se que eram mais aperfeiçoadas qua as ambulâncias, mas não encontramos evidências do tipo de pessoal nelas afecto, embora passamos especular que não tivessem médico, portanto que estavam a cargo de enfermeiros.

Segundo a descrição de (Barrata Feio:2475), este tipo de unidades funcionava nas sedes das circunscrições administrativas.

Por aquilo que nos ilustram as fotos 1 e 2 , este tipo de estabelecimentos, quando situados nas sedes das delegacias, eram designadas "enfermarias regionais", o que pressupõe a existência melhores infraestruturas e capacidade técnica mais elevada que um simples posto sanitário. Contudo haverá diferença das existentes na zona rural (para indígenas) e as existentes nas povoações com ocupação colona, bastando comparar as imagens fotográficas 3 e 5

II - REDE ESPECIALIZADA

Para além das unidades que cosntituíam a rede geral (1.1 a 1.7), existia a chamada rede especializada, destinada a prestar assitência a certas patologias específicas (internamento),ou à assistência ambulatória dessa mesma patologia. Neste grupo estão integradas também as unidades que nas décadas 60/70 prestavam assistência materno - infantil.

Assim temos:

2.1 - Hospitais Neuropsiquiátricos

Destinavam-se para internamento de doentes mentais, com funções de tratar, recuperar e realizar a integração social dos mesmos depois de curados.

Existiam apenas 2 estabelecimentos deste tipo, ambos localizados na Zona Sul, nomeadamente:

⁸ Na organização da rede sanitária actual, este tipo pode ser equiparado ao posto de saúde da aldeia e/ou de local de trabalho. Em 1967/68 o Sul do Save possuía um total de 100 unidades deste tipo. Cf. Relatório dos S.S.A. (1967/68).

- a) - Hospital de Infulene, para homens, com 500 camas;
- b) - Hospital de Marracuene, para mulheres, 330 camas⁽⁹⁾

OBS.: Os dois estabelecimentos atenderam no total 1.122 doentes em 1965.

2.2 - Hospital Sanitário da Machava⁽¹⁰⁾

Unidade destinada ao internamento de doentes tuberculosos, com capacidade para 200 camas, disposta na altura com equipamento para medicina geral e cirurgia de especialidade, serviços de radiologia e laboratório de análises, para além de outros serviços.

2.3 - Hospital Dr. Firmino Santana (Lepra)⁽¹¹⁾

Hospital para leprosos, situado igualmente na então Lourenço Marques, com capacidade para 48 camas, disposta de equipamento médico e cirurgia reparadora, virando a restauração funcional e estética dos doentes. Possuía Também Laboratório de análises e serviços de administração.

2.4 - Hospitais - Granjas e Leprosarias⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Estabelecimentos destinados ao internamento de leprosos, mas apenas os contagiantes carecendo de medidas especiais. Dispunham de equipamento para assistência médica, material para diagnóstico e acção terapêutica para além do laboratório e serviços sociais.

⁹ Estas duas unidades estavam a cargo da missão religiosa (católica), criados com base no Art. 72º do Dec. 45.541, de 8/02/1964, e citamos: "sempre que seja julgado conveniente e mediante acordo apontado pelo governo da província em que ficarão previstas a intervenção e cooperação que devem ser reservados ao pessoal do serviço de assistência a prestar em 99 dos estabelecimentos referidos nas secções anteriores, incluindo ou não administração deles, poderá ser confiada a instituições de carácter laico ou religioso, as quais poderão receber para tal fim subsídios do Estado ou sob fiscalização deste, serem autorizadas a aceitar e aplicar donativos ou outras receitas destinadas aos mesmos estabelecimentos"-- Cf. Dec. acima, B.O. Nº6, I Série de 8/02/64, Pag.105.

¹⁰ Este Hospital, situado na então Lourenço Marques, foi inaugurado na década de 60.

¹¹ Este Hospital foi inaugurado em 17/10/1966, por Sua Excelência o Ministro do Ultramar, tendo custado ao Estado 6.500 contos. Para mais detalhes, ver a foto --Z----

¹² Os Hospitais - Granjas situavam-se todos no Norte da Província, nomeadamente Alto Molocue, Namaita, Dr. Aires Pinto Ribeiro e Montepuez. As Granjas tinham instalações para internamento de leprosos e para doentes não internados e Granjas Agro-pecuárias -- Cf. Anuário de Moçambique (1972/73).

¹³ No total da Província existiam 7 unidades, com capacidade para 967 camas.

No Sul do save existiam as leprosas de Massavelane (Gaza) e de Homoine (Inhambane).

2.5 - Hospitais Para Doentes de Sono

Estabelecimentos para internamento específico de doentes com doença do sono. Dispunham de equipamento destinado ao tratamento da doença e laboratoriais⁽¹⁴⁾

ESTABELECIMENTOS AMBULATORIOS

2.6 - Dispensário Antituberculosos

Estes possuíam instalações de radiologia, laboratórios bacteriológicos, serviços sociais e administrativos, para além do equipamento para as brigadas móveis.

Em 1965 só existia um dispensário deste tipo em Lourenço Marques, e um total de 3 em toda a Província.

2.7 - Dispensário Anti-Lepra⁽¹⁵⁾

Possuíam brigadas móveis e de dispiste de doentes, diagnóstico e terapêutica. Havia dois tipos de dispensários: Os regionais e os de circunscrição. Os primeiros possuíam apenas brigadas móveis, enquanto que os segundos localizavam-se em Centros de Saúde rurais.

2.8 - Postos Anti-Lepra

Eram basicamente postos de tratamento e localizavam-se junto dos postos sanitários dos serviços de saúde.

UNIDADES DE ASSISTENCIA MATERNO-INFANTIL

A - Com Internamento

¹⁴ Dada a alta incidência desta doença no Norte da Província, os dados recolhidos indicam que nesta zona existiam 8 Hospitais, com a dotação total de 81 camas (1966). significa que o Sul do Save não possuía nenhum.

¹⁵ O Sul do Save possuía 22 (28,9%) do total de 76 para a Província.

2.9 - Maternidades⁽¹⁶⁾

Estas eram unidades que funcionavam, mas adistritos a hospitais ou edifícios geminados (posto sanitário e maternidade). Estas últimas eram designadas rudimentares (destinadas às zonas rurais), com capacidade para 10/15 camas.

Em Lourenço Marques, junto ao HCMB existiu a "famosa" Maternidade indígena, inaugurada na década 40. Em anexo a esta Maternidade funcionava um dispensário pré-natal, também destinada aos indígenas.

Na generalidade as maternidades estavam equipadas para prestar assistência médica e cirúrgica de obstetria e pediatria.

B - Sem Internamento

2.10 - Dispensários Pré-natais

Estabelecimento de assistência à mulher grávida, dispendo de:

- Equipamento para dispiste da doença
- Equipamento para tratamento
- Equipamento para assistência obstétrica e ginecológica

Funcionavam em edifício próprio ou em hospitais.

Em 1965 o Sul do Save possuía 76 dispensário e postos pré-natais, ou seja 40,6% do total da província.

2.11 - Postos Pré-natais

Tratava-se do último escalão de assistência à mulher grávida. Possuíam infraestruturas e equipamentos para assistência de doenças ligadas à gravidez, diagnosticadas pelo médico nas suas visitas periódicas.

2.12 - Dispensários de Puericultura⁽¹⁷⁾

Estabelecimentos destinados à assistência às crianças nos primeiros meses de vida. Possuíam, por

¹⁶ Em 1965 existiam 232 em toda a Província, com uma dotação total de 2.189 camas. O Sul do Save possuía no mesmo período 89, ou seja 38,3% da rede total.

¹⁷ O Sul do Save possuía no total 76 unidades deste tipo.

isso, equipamento para assistência médica e social, instalados em unidades próprias ou em hospitais.

2.13 - Postos de Puericultura⁽¹⁸⁾

A semelhança dos dispensários, os postos funcionavam junto das maternidades e prestavam assistência à criança nos primeiros meses de vida.

O Sul do Save possuía em 1965, 76 unidades deste tipo.

¹⁸ Tudo indica que a diferença entre dispensário e posto, é que aquele funcionava nas maternidades urbanas, enquanto que o posto localizava-se nas rurais.

QUADRO I

EVOLUÇÃO DA REDE SANITÁRIA DOS S.S.A NA REGIÃO SUL DO SAVE ANEXO III

(1960/74)

Nº	DISTRITO/ACTIVIDADE	ANOS (ESCOLHIDOS)												
		1960	1961	1962	1963	1964	1965	1970	1971	1972	1973			
1.1	DISTRITO SANITARIO DE LOURENÇO MARQUES Estabelecimentos Com Internamento													
	- Delegacias de Saúde	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	- Hospitais Centrais	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	- Hospitais Gerais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospital de Neopsiquiatria (Manicómios) (1)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	- Hospitais Granjas e Leprosarias	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	- Hospitais para Doentes de Sono	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais para Tuberculosos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Maternidades	16	15	17	17	17	17	23	24	24	23	21	21	21
	- Enfermarias Regionais	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5
	- Postos Sanitários e/ou ambulancias	--	23	19	37	25	19	19	19	22	22	29	29	29
1.2	Estabelecimentos S/Internamento													
	- Dispensários e Postos de Puericultura	0	0	0	0	0	0	18	17	17	2	2	2	2
	- Dispensários e Postos Pré-Natais	0	0	0	0	0	0	18	17	17	2	2	2	2
	- Dispensários Anti-Tuberculosos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
	- Dispensários Anti-Lepra	0	0	0	0	0	0	7	7	7	1	1	1	1
	- Postos Médicos e/ou Ambulancias	0	0	0	0	0	0	75	73	73	73	76	76	81

FONTE: Anuário Estatístico (1960/65 e 1970/73)

- (1) - Estes hospitais estavam a cargo da missão católica (S. João de Deus)
- (2) - A partir deste ano passaram a designar-se por hospitais de psiquiatria
- (3) - Designava-se por hospital dermatológico (Firmino Saritana)
- (4) - Designados por hospitais rurais a partir de 1963
- (5) - Idem por hospitais gerais e a partir de 1964 por casas de saúde

OBS: Os dados referentes a 1973 não foram apurados. Factores circunstanciais decorridos em 1974 impossibilitaram em alguns casos a realização do trabalho normal, mormente no domínio da saúde

QUADRO I

EVOLUÇÃO DA REDE SANITÁRIA DOS S.S.A NA REGIÃO SUL DO SAVE

ANEXO III

(1960/74)

Nº	DISTRITO/ACTIVIDADE	ANOS (ESCOLHIDOS)												
		1960	1961	1962	1963	1964	1965	1970	1971	1972	1973			
3,1	DISTRITO SANITARIO DE INHAMBANE													
	Estabelecimentos Com Internamento													
	- Delegacias de Saúde	8	8	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	- Hospitais Centrais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais Gerais (Regionais)	1	1	1	(1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospital de Neopsiquiatria (Manicômios) (1)	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais Granjas e Leprosarias	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	- Hospitais para Doentes de Sono	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais para Tuberculosos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Maternidades	29	28	29	28	33	34	32	30	30	30	30	30	30
3,2	- Engermarias Regionais	7	7	7	(2)	7	9	10	11	11	11	11	11	11
	- Postos Sanitários e/ou ambulâncias	0	21	20	30	20	15	16	15	15	15	15	15	15
	Estabelecimentos S/Internamento													
	- Dispensários e Postos de Puericultura	0	1	0	0	30	31	1	1	1	1	1	1	1
	- Dispensários e Postos Pré - Natais	0	1	0	0	30	31	1	1	1	1	1	1	1
	- Dispensários Anti - Tuberculosos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Dispensários Anti - Lepra	0	0	0	0	9	10	1	1	1	1	1	1	1
	- Postos Médicos e/ou Ambulâncias	0	0	0	0	40	42	22	23	23	23	23	23	23

(1) - Integrados no item dos hospitais rurais e/ou gerais

(2) - Designados por hospitais rurais

(3) - Mudança da designação de "Rurais" para "Gerais".

QUADRO I

EVOLUÇÃO DA REDE SANITÁRIA DOS S.S.A NA REGIÃO SUL DO SAVE ANEXO III

(1960/74)

Nº	DISTRITO/ACTIVIDADE	ANOS (ESCOLHIDOS)												
		1960	1961	1962	1963	1964	1965	1970	1971	1972	1973			
2.1	<u>DISTRITO SANITARIO DE GAZA</u> <u>Estabelecimentos Com Internamento</u>													
	- Delegacias de Saúde	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7
	- Hospitais Centrais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais Gerais (Regionais)	1	2	2	2	2	(1)	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospital de Neuropsiquiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais Granjas e Leprosarias	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	- Hospitais para Doentes de Sono	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Hospitais para Tuberculosos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Maternidades	26	26	25	30	31	31	31	31	31	31	30	30	30
	- Enfermarias Regionais	6	4	5	(2)	9	11	11	11	11	11	10	10	10
2.2	- Postos Sanitários e/ou ambulancias	0	21	20	52	43	28	33	33	31	31	31	31	31
	<u>Estabelecimentos S/Internamento</u>													
	- Dispensários e Postos de Puericultura	0	1	0	0	0	29	28	2	2	28	2	1	1
	- Dispensários e Postos Pré - Natais	0	0	0	0	29	28	28	1	28	1	1	1	1
	- Dispensários Anti - Tuberculosos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- Dispensários Anti - Lepra	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6
	- Postos Médicos e/ou Ambulancias	0	0	0	0	50	75	67	57	57	57	57	57	58

FONTE: Anuário Estatístico (1960/65 e 1970/73)

- (1) A partir desta data foram incluídas no item dos Hospitais Rurais e/ou Gerais
 (2) Designados por Hospitais Rurais e Gerais a partir de 1964.

EVOLUÇÃO DA REDE SANITARIA

COMENTARIOS GERAIS EM RELAÇÃO AO QUADRO I

Ao observarmos o presente Quadro e confrontando-o com os relatórios dos S.S.A referente aos finais da década 50 e inícios de 60, podemos notar que o número das delegacias de saúde, sendo 21 no total da zona, se manteve até 1961, o que corresponde a 21,6% do total das delegacias existentes a nível de toda a Província⁽¹⁾. Essas delegacias estavam distribuídas pelo 1ª Círculo Sanitário (o do Sul do Save)⁽²⁾.

As Delegacias de Saúde, unidades de base da organização dos S.S.A, eram dirigidas por um médico de 1ª. ou 2ª Classe (delegado de saúde).

As unidades imediatamente abaixo daquelas eram os postos de saúde, cujo número também se manteve estável ao longo do período referido, exceptuando as maternidades rurais. Os postos de 1ª Classe⁽³⁾ eram dirigidos por um enfermeiro europeu, os de 2ª por um auxiliar (indígena), enquanto que as maternidades rurais eram dirigidas por uma parteira.

Em síntese, o esquema de ocupação sanitária da Província apresentava-se da seguinte forma:

- I Nível - Círculo de Saúde -- Chefiado por um médico - Inspector;
- II Nível- Distrito Sanitário -- Chefiado por um médico-chefe do distrito;
- III Nível- Delegacia de Saúde -- Chefiado por um delegado de saúde;
- IV Nível - Unidades Sanitárias, que integravam:
 - Hospitais
 - Postos de Saúde
 - Enfermarias
 - Maternidades
 - Dispensários
 - Leprosarias

1 A Província de Moçambique possuía no mesmo período 76 delegacias de saúde. Notar que estas estavam localizadas, regra geral, nas sedes dos Conselhos e Circunscrições administrativas, se bem que o Art. 5 do Dec.45.541 de 8/02/64 estipule que os S.S.A seriam independentes da Administração Civil, em termos da divisão administrativa.

2 De acordo com as determinações da legislação aprovada no âmbito do Dec.34.417, de 21/02/1945, sobre a reorganização dos S.S.A do Império Colonial, existiam no total 4 (quatro) Círculos Sanitários, nomeadamente:

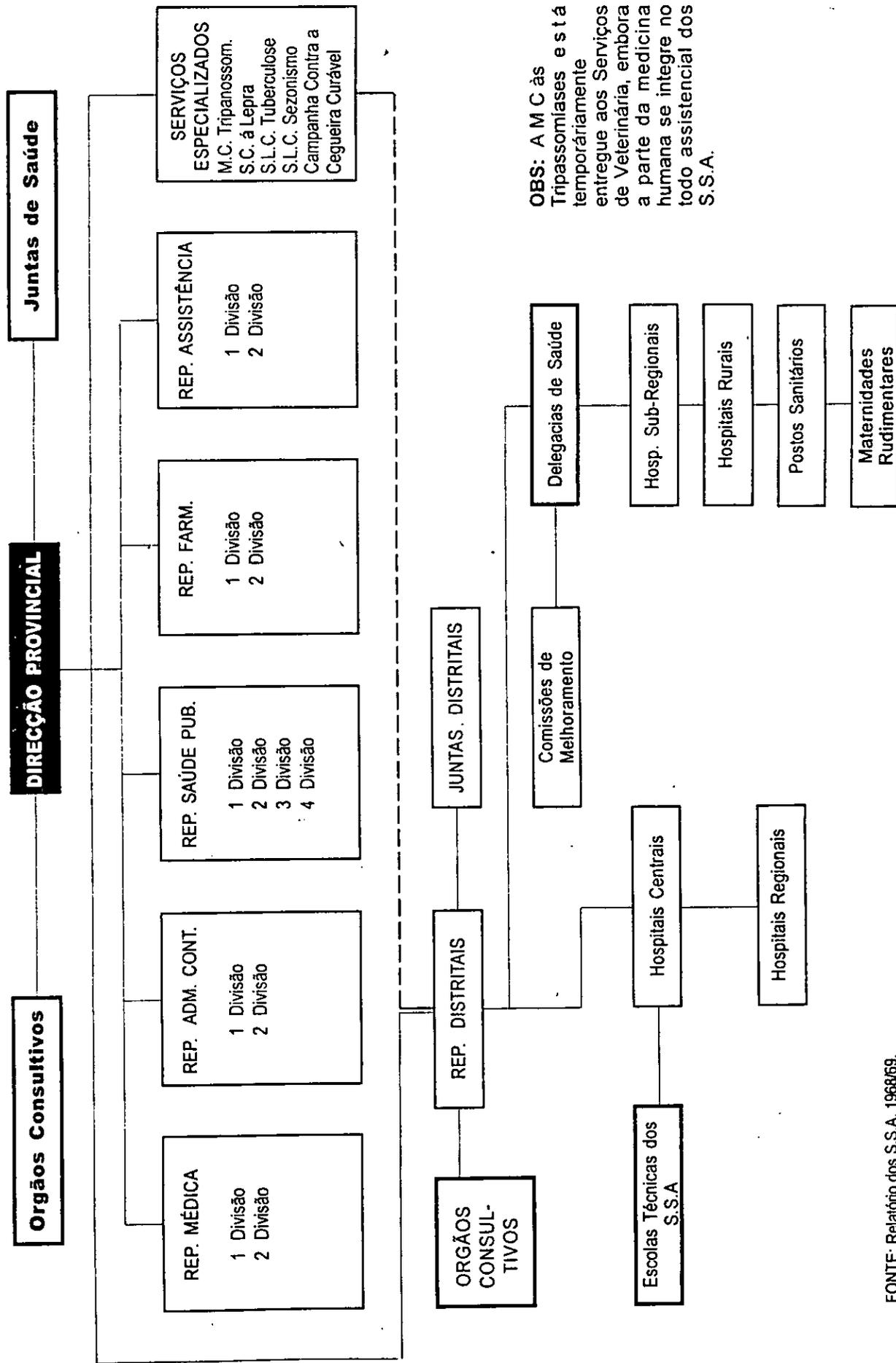
- I Círculo do Sul do Save
- II Círculo de manica e Sofal
- III Círculo da Zambézia
- IV Círculo do Niassa.

3 A classificação tinha em conta o número das infraestruturas existentes no local, o maior ou menor número de europeus aí residentes, Art. 44 - do Dec. 45.541 de 8/02/64. Assim, os postos de 2ª situavam-se mais para o interior, o mesmo acontecendo em relação às maternidades rurais.

No período correspondente a 1959/60, no âmbito dos Serviços de Saúde Estatais, funcionavam como estruturas e/ou unidades subordinadas as seguintes:

- Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB)
- Estação de Saúde do Porto de Lourenço Marques
- Dispensário de Puericultura
- Dispensário de Consultas Pré-natais
- Depósito Central de Medicamentos e Instrumentos Cirúrgicos
- Laboratório Farmacéutico
- Missão de Combate à Lepra
- Serviços de Inspeção e Assistência aos trabalhadores indígenas
- Delegacia de Saúde da Cidade de Lourenço Marques

ORGANIGRAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA



OBS: A M C às Tripanossomíases e está temporariamente entregue aos Serviços de Veterinária, embora a parte da medicina humana se integre no todo assistencial dos S.S.A.

QUADRO II

**PESSOAL MÉDICO E DE ENFERMAGEM DOS S.S.A. EM SERVIÇO NO SUL DO
SAVE (ANOS ESCOLHIDOS)**

ANO	Total colónia		Dist. San. de Lço. Marques		Dist. San. de Gaza		Dist. San. de Ibane	
	Médicos	Enfºs	Médicos	Enfºs	Médicos	Enfºs	Médicos	Enfºs
1960	183	1.046	88	503	6	62	9	64
1965	295	1.278	129	552	15	84	9	62
1966	320	1.406	130	510	18	120	10	82
1967	286	1.367	186	612	19	165	11	85
1968	298	1.385	191	619	16	177	18	90
1969	345	1.523	238	743	20	190	12	93
1970	197	946	100	347	7	72	5	52
1971	290	1.049	124	418	11	63	6	52
1972	289	1.046	124	418	11	63	6	52
1973	Sem dados							

FONTE: Anuário Estatístico (anos indicados)

QUADRO II. I

OUTRAS CATEGORIAS DE PESSOAL DE SAUDE EM SERVIÇO NO SUL DO SAVE

1 - Distrito Sanitário de Lourenço Marques

ANOS	CATEGORIAS						
	Farmacêuticos	Aj. Técnicos de Farmácia	Preparadores de Laboratório	Técnicos de Radiologia	Protésicos dentários	Médicos Especialistas	Enfªs Religiosas
1960	48	61	16	8	16	-	-
1961	48	61	16	8	16	-	-
1962	52	64	21	8	14	-	-
1963	52	26	21	8	14	-	-
1964	54	74	23	10	15	-	-
1965	60	74	26	10	15	-	-
1970	6	14	30	9	3	106 (a)	35

2 - Distrito Sanitário de Gaza

ANOS	CATEGORIAS						
	Farmacêuticos	Aj. Técnicos de Farmácia	Preparadores de Laboratório	Técnicos de Radiologia	Protésicos dentários	Médicos Especialistas	Enfªs Religiosas
1960	1	2	-	-	-	-	-
1961	1	2	-	-	-	-	-
1962	2	2	1	-	-	-	-
1963	1	2	1	-	-	-	-
1964	1	1	1	-	-	-	-
1965	1	1	1	-	-	-	-
1970	1	1	-	-	-	1 (b)	4

3 - Distrito Sanitário de Inhambane

ANOS	CATEGORIAS						
	Farmacêuticos	Aj. Técnicos de Farmácia	Preparadores de Laboratório	Técnicos de Radiologia	Protésicos dentários	Médicos Especialistas	Enf Religiosas
1960	5	1	1	1	-	-	-
1961	5	1	1	1	-	-	-

1962	3	1	1	-	-	-	-
1963	4	3	1	-	-	-	-
1964	4	3	1	-	-	-	-
1965	4	3	1	-	-	-	-
1970	-	1	1	-	-	-	-

FONTE: 1) - Os dados referentes a 1960/65, foram retirados do III Plano de Fomento, Vol.12, p. 40/45.

2) - Os dados de 1970 são referidos pelo IV Plano de Fomento, quadro nº.130, p.161.

Obs: Não nos foi possível encontrar dados posteriores a 1970.

LEGENDA: a) - As especialidades referidas são as de:

- Analistas
- Anestesistas
- Cirurgiões
- Cardiologistas
- Dermatologistas
- Estomatologistas
- Fisioterapeutas
- Gastroenterologistas
- Ginecologistas
- Hematologistas
- Leprologistas
- Malariologistas
- Neuro-Cirurgiões
- Neuro-Psiquiatras
- Obstetras
- Oftalmologistas
- Otorrinolaringologistas
- Ortopedistas
- Pediatras
- Pneumologistas
- Psiquiatras
- Radiologistas
- Urologistas
- Saúde Pública.

b) - O único especialista aqui referido foi um cirurgião.

QUADRO III

VACINAÇÃO EFECTUADA PELOS S.S.A. NO SUL DO SAVE, ENTRE 1965 E 1973 - ANOS ESCOLHIDOS

(ANEXO VI)

Anos	1965	1967	1969	1972	1973	Total
Designação						
Antivariólica	535.195	426.743	152.017	835.886	919.269	2.869.110
Antiamarílica	0	7.508	9.700	12.702	13.139	43.049 (a)
Anticolérica	1.310	987	3.170	42.008	137.419	184.894 (b)
Anticoqueluchoide	870	1.359	0	0	0	2.229
Antidiftérica	859	1.238	0	2.878	3.062	8.037 (c)
Antipoliomiéltica	16.694	1.587	26.095	13.100	14.717	92.193
Antirábica	1.510	2.325	2.193	0	306	6.334
Antitífica	365	13.864	18.509	0	0	32.738
Antituberculosa (BCG)	6.845	4.630	32.252	40.320	41.796	125.843
Trípila: Anticoqueluchoide, Difteria e Tétano	845	166	0	900	0	1.911
Antitífica e Paratífica (TAB)	0	0	9	0	0	9
Anti - Tetânica	110	3.084	6.241	5.640	6.533	21.608
Outras	0	187	0	0	1.119	1.306
Total Geral	564.603	483.678	250.186	953.434	1.137.360	3.389.261

Fonte: Anuário Estatístico referente aos anos mencionados no quadro.

Obs:

- a) A maior parte das inoculações (99,2%), foram realizadas no ex-distrito sanitário de Lourenço Marques.
- b) Até 1972/73, estas vacinas eram feitas apenas em Lourenço Marques. (*)
- c) Números referentes apenas a Lourenço Marques.

Por outro lado, devemos acrescentar que os números que acabamos de apresentar, confirmam a nossa hipótese no sentido de que acção preventiva era, em muitos casos, bastante limitada, exceptuando a da varíola que foi mais extensiva e em alguns períodos compulsiva.

QUADRO IV

MOVIMENTO NOSONECROLOGICO REGISTRADO NOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DOS S.S.A
(ANOS ESCOLHIDOS) (39)

(ANEXO VII)

Nº	CAUSAS	ANOS								
		1960			1965			1970		
		Casos	Óbitos	%	Casos	Óbitos	%	Casos	Óbitos	%
1	Ativaminoses e outros estados de carência	459	77	16,78	434	93	21,43	489	119	24,34
2	Anemias	821	114	13,89	1174	120	10,22	1038	140	13,49
3	Perturbações alérgicas, outras doenças de glândulas endócrinas do metabolismo e sangue	486	22	4,53	440	22	5,00	619	41	6,62
4	Psicose	556	4	0,72	685	8	1,17	1088	41	3,73
5	Psiconeuroses e perturbações psíquicas	347	4	1,15	343	1	0,29	535	6	1,12
6	Doenças inflamatórias do olho	354	1	0,28	0	0	0,00	638	2	0,31
7	Todas as outras doenças do sistema nervoso	778	21	2,70	558	25	4,48	934	51	5,46
8	Influenza	1848	60	3,25	1155	33	2,86	1105	31	2,81
9	Pneumonia lobar	880	65	9,56	531	43	8,10	661	45	8,02
10	Broncopneumonia	514	182	31,52	853	215	25,21	859	267	40,52
11	Bronquite aguda	940	6	0,64	858	13	1,52	1092	12	1,10
12	Apêndice	1148	0	0,00	902	1	0,11	626	3	0,48
13	Obstrução intestinal e hérnia	2850	29	1,02	1882	32	1,70	1987	49	2,47
14	Outras doenças do aparelho digestivo	1004	74	7,37	1006	83	9,24	1018	85	8,35
15	Outras doenças do aparelho genito-urinário	3446	16	0,46	2683	16	0,60	2710	31	1,14
16	Hemorragia da gravidez e parto	402	7	1,74	414	18	4,35	579	20	3,45
17	Aborto sem menção da causa	961	0	0,00	1157	1	0,09	1528	1	0,07
18	Tuberculose do aparelho respiratório	1462	373	25,51	1377	282	20,48	1928	324	16,80
19	Desinteria de todas as formas	835	79	9,46	577	73	12,65	588	65	11,44
20	Sarampo	362	4	1,10	545	7	1,28	834	24	2,88
21	Sezonismo ou paludismo	2463	103	4,20	1651	113	6,84	2879	127	4,41
22	Bilharzose	693	18	2,60	545	28	5,14	658	14	2,13
23	Outras doenças derivadas à helmintas	308	7	2,27	1209	0	0,00	200	7	3,50
24	Tumores maligno de todas as localizações	448	238	53,13	487	240	49,28	542	251	46,31
25	Tumores benigno e tumores de natureza não especificada	680	23	3,38	712	15	2,11	660	22	3,33
26	Tétano	10	0	0,00	302	179	59,27	405	206	50,86
27	Hepatite infecciosa	0	0	0,00	1517	82	5,41	756	48	6,35
28	Ancilostomíase	0	0	0,00	514	7	1,36	343	9	2,62

Fonte: Anuário Estatístico (1960, 1965, 1970)

Comentário: O quadro apresentado confirma as ocorrências (causas) mais frequentes, embora existam aqui outros

Casos epidemiologicamente significativos, mas não transmissíveis. (exemplo: avitaminoses, tumores, etc.). Todavia, existe patologia como aquela que causa mais mortes (o caso da lepra, boubas, úlceras e micoses, que não consta neste quadro pois, como dissemos anteriormente, este não contemplou todos os casos registrados na província

(39) Os números apresentados referem-se a totais gerais dos anos indicados.

Por outro lado, preferimos, devido à longa lista das patologias, selecionar aqueles dados com o número > ou = 300 casos.

(40) Com destaque para aqueles que apresentam maior percentagem de óbitos.

QUADRO V

REDE DE ASSISTÊNCIA MISSIONÁRIA E PARTICULAR

ENTIDADE RELIGIOSA OU PARTICULAR	DISTRITO SANITÁRIO	TIPO DE UNIDADE QUE POSSUIA E FUNÇÃO PRINCIPAL	OBS:
1) Igreja Católica	Distrito sanitário de Lourenço Marques	<p>* - Hospital S. José de Lhanguene</p> <p>* - Hospital Psiquiátrico de Infulene e de Marracuene;⁽¹⁾</p> <p>* - Postos para primeiros socorros - existentes em quase todos os Concelhos e Circuncrições, nomeadamente nas escolas rudimentares. Excepto o Hospital S. José de Lhanguene que tinha as características de clínica destinada às entidades e outros sectores da Igreja, as restantes unidades tinham a função de prestar assistência às populações em geral, geralmente a mais desfavorecida. Por isso tudo indica que a assistência nelas oferecida era grátis.</p>	

¹ Estas duas unidades recebiam apoio financeiro do governo colonial e funcionavam como unidades satélites do HCMB.

2) Missão Suiça	Lourenço Marques	<ul style="list-style-type: none"> * - Hospital de Chamanculo;⁽²⁾ * - Hospital de Antioca - Magude; * - Posto de Saúde de Calanga e Ricatla - Manhiça; * - Hospital da Lepra - Matutuine. * - Dispensário de Catembe <p>Todas estas unidades davam acesso aos crentes e à toda a população, especialmente a mais desfavorecida, daí que a assistência fosse praticamente grátis.</p> <p>As pessoas que entrevistamos em Gaza e ex-Lourenço Marques, referiram que na assistência ambulatória as importâncias cobradas eram as mesmas que as praticadas nos estabelecimentos do estado.</p>	
Idem	Gaza	<ul style="list-style-type: none"> * - Hospital de Chicumbane;⁽³⁾ * - Hospital de Mausse - Mandlakaze; * - Posto de saúde de Matsinhane. <p>Estas unidades eram destinadas aos crentes e à população em geral.</p>	
3) Missão Anglicana	Gaza - (Chonguene)	<ul style="list-style-type: none"> * - Hospital de Maciene, destinado aos crentes e população em geral. 	
4) Igreja Nazareno	Gaza - Mandlakaze	<ul style="list-style-type: none"> * - Hospital de Tavene, destinado aos crentes e população em geral 	

² Este hospital funcionou inicialmente nas actuais instalações do Covolhar (1906/7). Destinava-se a prestar assistência aos negros e indianos, com acções prioritárias de educação sanitária aos seus crentes e população em geral, acções de saúde materno-infantil. A assistência era totalmente grátis e o financiamento era na sua totalidade garantido pela Igreja, com sede na Suíça.

³ Era um dos mais importante desta missão e um dos mais antigos (fundado ao que tudo indica em 1908), mas a construção convencional só teve lugar na década 30 e na forma actual apenas na década 50.

5) Igreja Metodista Livre	Inhambane - Concelho Ad. de Massinga e Circunscri ção de Inharrime	* - Hospital de Inhaloi (Massinga); ⁽⁴⁾ * - Hospital de Inhamachafo (Inharrime), ambos destinados aos crentes e à população em geral. Também realizavam a função de treino/formação de pessoal para o consumo interno ou em intercâmbi com instituições análogas.	
6) Igreja Metodista Unida de Moçambique	Inhambane - Concelho de Maxixe e de Morrumbene	* - Hospital de Chicunque ⁽⁵⁾ ; * - Posto de saúde de Cambine, destinados aos crentes e população em geral. Em Chicunque era feita a formação de pessoal de enfermagem, tanto para os hospitais da Congregação como para as restantes igrejas protestantes	
7) Empresa Agrícola de Incomati ⁽⁶⁾)	Lourenço Marques	* - Hospital de Xinavane. prestava assistência aos trabalhadores da Fábrica.	

⁴ Fundado na década 40. Fica situado próximo da localidade de Hunguana - Estrada Nacional nº.1, a cerca de 4 Km desta, no sentido Oeste.

⁵ Fundado em 1913.

⁶ A assistência médica privativa era prestada segundo um critério estabelecido pelo Estado. Assim, a assistência aos trabalhadores devia abranger os familiares caso vivessem na sua companhia, e a forma de organização obedecia o seguinte escalão:

- Hospitais de 1ª.Classe, para as empresas que possuíssem mais de 2.000 trabalhadores;

- Hospitais de 2ª.Classe, quando a empresa tivesse menos de 2.000 e mais de 500 trabalhadores;

- Posto médico, quando a empresa tivesse menos de 500 trabalhadores. As empresas que tivessem menos de 100 trabalhadores não eram obrigadas a ter serviços médicos privativos, sendo a assistência prestada nos estabelecimentos do estado, como acontecia com qualquer cidadão normal, acontecendo apenas que em determinados casos as referidas empresas tivessem que pagar certa taxa. - Cf. Relatório dos S.S.A., 1967/68, P.13.

8) Caminhos de Ferro de Moçambique (⁷)	Lourenço Marques, Gaza e Inhambane	* - Estação de saúde do Potro de Lourenço Marques - o mais importante; * - Postos rudimentares em João Belo, Entrepasto da Matola, Goba, Moamba, Ressano Garcia, Magude, Mabalane e Malvéria. A função principal destas unidades era prestar assistência aos trabalhadores dos C.F.	A enfermaria de Lourenço Marques possuía 60 camas e a da Malvéria 22 camas.
9) Colonato do Limpopo(⁸)	Gaza - Limpopo	* - 10 Postos de saúde, situados um em cada aldeia, a uma distância aproximada de 10 kms de separação, localizados entre Bilene e ex-Vila Trigo de Morais, hoje Chókwè. Estes Postos tinham a função principal de dar assistência aos colonos e trabalhadores em geral do colonato.	

⁷ Os Caminhos de Ferro faziam parte dos Departamentos sob a tutela do Estado para a prestação de cuidados de saúde na colónia, obedecendo ao regulamento geral, aprovado pelo Decreto de 31/12/1864 e pela Portaria nº.9.056, de 1951.

Em 1963 estes serviços chegaram a empregar no total 23 médicos privativos, 13 avançados; 46 enfermeiros privativos, 9 avançados e 34 auxiliares também privativos. De salientar que no mesmo ano, o número de trabalhadores era calculado em mais de 25.000 - Cf. Rel. Da Administração dos C.F. e Transportes de Moçambique, p.139 - AHM/Cota:S.E.,A.II, P.6, Nº.47.

⁸ Este Colonato, localizada no território do ex-distrito sanitário de Gaza, hoje denominado regadio de Chókwè, foi criada em 1952, e possuía um Posto de saúde em cada aldeia do colonato. Aquele possuía um a dois médicos avançados. Os Postos de saúde pretavam apenas a assistência ambulatória, sendo o internamento feito no ex-hospital de Trigo de Morais. Os casos mais complicados eram assistidos em João Belo ou no ex- HCMB. Tanto a construção, o equipamento dos Postos e o salário dos trabalhadores eram suportados pela chamada "Brigada Técnica de Fomento e Povoamento do Limpopo", totalmente financiada pelo Plano de Fomento.

Curiosamente, um dos nossos entrevistados (agora reformado), disse-nos que o salário pago aos enfermeiros indígenas era igual a do Estado, mas os seus colegas de raça branca, nomeados desde a metrópole, podiam receber salário diferente. O argumento que lhes era apresentado (segundo ele) visava evitar que os colegas em serviço no estado reivindicassem o mesmo salário.

10) Correios, Telégrafos e Telefone (C.T.T.)	Lourenço Marques	* - Clínica privada, em princípio destinada exclusivamente aos trabalhadores dos C.T.T.	
11) Câmara Municipal de Lourenço Marques	Idem	* - Postos de socorro, para apoiar sanitariamente os trabalhadores municipais	
12) Sindicatos e/ou Associações ⁹	Idem	* - Idem, para dar assistência aos sindicalistas e/ou à massa associativa.	
13) Clínica de Maxaquene	Idem	* - Clínica privada, destinada sómente aos pagantes.	
14) Forças Armadas	Idem	* - Hospital militar, destinado à assistência sanitária dos militares em serviço na colónia e suas famílias.	

OBS: Estes dados foram elaborados com base na informação recolhida em relatórios governamentais entre 1960/74, mas principalmente com base nos dados obtidos durante a visita de observação e entrevistas efectuadas nos ex-distritos sanitários de Lourenço Marques, Gaza e Inhambane.

⁹ Podemos mencionar o caso de:

- Sindicato nacional dos empregados do comércio e indústria
- Idem, dos operários de construção civil e ofícios correlativos
- Idem, dos motoristas e ofícios correlativos
- Companhia de seguros império
- Missão dos velhos colonos
- Etc.

QUADRO VI

MOVIMENTO SANITARIO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DAS MISSÕES RELIGIOSAS (1970/73) (1)

ANOS	Distritos sanitários	Doentes tratados				
		Amarelos	Branco s	Indian os	Negros	Mistos
1970	Lourenço Marques	0	329	2447	189803	1985
	Gaza	0	180	18	35154	352
	Inhambane	0	835	0	122009	972
	TOTAL	0	1344	2465	346966	3309
1971	Lourenço Marques	0	78	1928	127452	5915
	Gaza	0	445	22	61887	320
	Inhambane	0	668	263	140036	1515
	TOTAL	0	1191	2213	329375	7750
1972	Lourenço Marques	0	3659	372	91001	907
	Gaza	0	738	22	81484	1296
	Inhambane	0	1399	669	127480	3584
	TOTAL	0	5796	1063	299965	5787
1973	Lourenço Marques	0	153	2550	140081	3581
	Gaza	0	0 (a)	0 (a)	0 (a)	(a)
	Inhambane	0	1463	455	134012	2516
	TOTAL	0	1616	3005	274093	6097

FONTE: Anuário estatístico (1970/1973)

(1) - Trata-se de missões religiosas católicas e protestantes.

a) - Dados não apurados.

OBS: Não foram apurados os dados referentes a 1974, por razões que se prendem com as perturbações ocorridas neste ano (golpe de estado de 25 de Abril de 1974 em Portugal).

COMENTARIOS:

Uma apreciação percentual dos dados apresentados, dá-nos a seguinte conclusão:

a) Que entre 1970/73 as missões religiosas atenderam nos seus estabelecimentos (Sul do Save) em média 97% de negros em relação ao total de doentes atendidos;

b) Que no mesmo período, a média de negros e mistos atendidos foi de 99%;

c) partindo da hipótese de que o maior número das referidas missões tinha a sua localização nas zonas rurais, justifica que a percentagem de doentes atendidos seja de negros e mistos provavelmente residentes e/ou utilizadores desse tipo de estabelecimentos, sem contar com os indianos, cujo o grupo também se mostra significativo.

QUADRO VII

ANEXO - X

MOVIMENTO SANITARIO DOS POSTOS MEDICOS DAS CORPORACOES, CORPOS E AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS E ENTIDADES PARTICULARES (1970-73)(1)

ANOS	DISTRITOS SANITARIOS	ACTIVIDADES						Doentes que Baixaram
		Total Consultas Homens/Mulheres	Curativos e outros Tratamentos	Injecções	Intervenções Cirurgicas			
1970	Lourenço Marques	281,247	431,627	317,239	3,271		3,530	
	Gaza	11,400	46,790	38,810	49		113	
	Inhambane	6,735	36,414	6,563	126		58	
	TOTAL	299,382	514,831	362,612	3,446		3,701	
1971	Lourenço Marques	366,996	561,482	389,998	1,242		5,387	
	Gaza	7,986	34,039	23,510	134		650	
	Inhambane	6,123	20,805	10,027	151		71	
	TOTAL	381,105	616,326	423,535	1,527		6,108	
1972	Lourenço Marques	324,349	522,905	413,774	2,099		5,204	
	Gaza	8,244	36,194	17,757	326		32	
	Inhambane	5,719	17,609	8,359	188		49	
	TOTAL	338,312	576,708	439,890	2,613		5,285	
1973	Lourenço Marques	279,883	454,695	350,072	1,742		4,707	
	Gaza	9,164	27,550	16,436	214		310	
	Inhambane	3,945	5,669	5,591	3		38	
	TOTAL	292,992	487,914	372,099	1,959		5,055	

Fonte: Anuário Estatístico, anos de 1970 a 1973;

OBS: Não foram apurados dados de 1974, por razões que se prendem com as perturbações políticas ocorridas neste ano (Golpe de Estado de 25 de Abril em Portugal).

(1) Refere-se a:

- Sindicato nacional dos empregados do comércio e indústria
- Sindicato nacional dos operários de construção civil e ofícios correlativos
- Sindicato nacional dos motoristas e ofícios correlativos
- Sindicato nacional dos ferroviários de Manica e Sofala e pessoal do Porto da Beira.
- Câmara municipal de Lourenço Marques
- Companhia de seguros império
- Missão dos velhos colonos

QUADRO VIII

MÃO-DE-OBRA MOÇAMBICANA E A DO SUL DO SAVE RECEBIDA NAS
MINAS SUL-AFRICANAS (1960-1974)

ANO	MOÇAMBIQUE	SUL DO SAVE	PERCENTAGEM
1960	101.733	79.065	78
1961	100.678	85.387	85
1962	101.092	78.118	77
1963	89.694	67.679	75
1964	87.418	79.920	91
1965	89.191	78.168	88
1966	88.949	84.911	95
1967	91.797	79.439	87
1968	90.580	81.583	90
1969	88.117	74.648	85
1970	93.203	93.773	101
1971	95.431	75.365	79
1972	82.487	73.936	90
1973	86.696	74.759	86
1974	85.489	86.324	101

FONTE: Jonathan Crush, Alan Jeeves and David Yudelman, South Africa's Labor Empire: A history of black Migrancy to the Gold Mines, Boulder; San Francisco; Oxford, Westview Press, 1991, p.232/235.



GUIAO DE ENTREVISTA PARA OS ANTIGOS TRABALHADORES E/OU DIRIGENTES DAS UNIDADES SANITÁRIAS E OUTRAS ENTIDADES

INTRODUÇÃO

Exmo/a. Senhor/a: Solicitamos e muito agradecemos que aceite esta nossa conversa, respondendo livremente as questões que lhe vamos colocar. Porém essas questões têm apenas carácter de guião da conversa, o que significa que pode-nos esclarecer sobre outros casos que eventualmente não colocaremos, mas que sejam do seu conhecimento.

A recolha destes dados vai enriquecer o trabalho que consta no título do tema que o autor se propõe estudar.

Mais uma vez os nossos antecipados agradecimentos.

ENTREVISTA Nº.-----DATA-----DE-----DE 199---

NOME DO ENTREVISTADO:¹-----

Idade-----anos

Categoria profissional-----

Situação actual-----

Anos de serviço na saúde-----

Naturalidade-----

Residência actual-----

Entrevistador-----

I - POLITICA SANITARIA

1.1 - Fale-nos do período 60/70 ou anterior a este, referindo-se aos aspectos que considera que foram marcantes, no âmbito da política colonial em relação ao sistema de saúde.

1.2 - Porque os considera importantes?

1.3 - Tem alguns nomes importantes ligados às principais mudanças na saúde em Moçambique colonial?

1.4 - Considera que o sistema de saúde era abrangente ou era discriminatório?

¹Manter o anonimato, caso o entrevistado queira

OBS: Perguntar ao entrevistado se aceita ou não gravar a voz.

a) - Por exemplo na localização das unidades sanitárias ou no funcionamento dessas mesmas unidades.

b) - Onde é que havia mais unidades: no litoral ou mais para o interior?

1.5 - As populações tinham ou não facilidade de chegar ao hospital ou Posto de saúde, em particular na zona Sul do Save?

a) - Se sim, ou não porquê?

1.6 - Houve alturas em que o regime colonial deu mais atenção à saúde das populações em Moçambique? Por exemplo com o desencadeamento da Luta de Libertação Nacional(1964/65).

a) - Acha que houve algum motivo especial para essa mudança?

b) - A mudança foi geral ou dedicada apenas a uma zona em particular?

1.7 - Nas zonas onde a assistência sanitária era escassa, que medidas alternativas a população usava para se tratar?

a) - Considera que essa forma de recurso diminuiu com a construção do hospital ou Posto? Se sim ou se não, porquê?

ASSISTENCIA PARTICULAR

1.8 - Conheceu algumas unidades que não pertenciam ao Estado? Se sim quais?

a) - Considera que elas foram importantes na assistência às populações da zona onde estavam instaladas?

b) - Quais são os aspectos que marcaram essa importância?

c) - Que espécie de colaboração havia entre essas unidades e as do Estado?

II - Organização da rede sanitária e de assistência às populações da zona Sul do Save

2.1 - Que tipo de construção apresentava a unidade/s sanitária/s onde trabalhou?

* Casas convencionais ou de construção local

a) - As unidades de hospitalização tinham camas suficientes? Como procediam em caso de superlotação?

b) - Nessas unidades onde trabalhou ou que conheceu, havia casas de construção local ao lado do edifício oficial? (Casas de espera *Como procediam para a elaboração da estatística de ocupação de camas? ou outras). Contavam por exemplo as esteiras?

c) - O que determinava a ocupação da cama hospitalar?

- * Raça?
- * Tipo de enfermidade?
- * Gravidade da doença?

2.2 - Quantos trabalhadores havia na sua unidade?

- * Médicos
- * Enfermeiros
- * Parteiras
- * Serventes
- * Farmácia
- * Laboratório
- * R.X.
- * Outro pessoal

RELACIONAMENTO TRABALHADOR/DOENTE/FAMÍLIA

2.3 - Como era o relacionamento entre os trabalhadores da saúde e os doentes, bem como com a população em geral?

a) - Havia manifestações que podem ser classificadas de suborno e/ou formas de pagamento pelo serviço prestado?

b) - No contexto sócio-cultural:

- Havia respeito mútuo trabalhador/doente?
- Respeito e reconhecimento dos hábitos e costumes dos utentes das unidades, independentemente do estatuto social?

c) - No contexto profissional:

- O pessoal de saúde era respeitado devido ao prestígio que tinha junto da população ou tratava-se de respeito de tipo administrativo?
- Respeito baseado no reconhecimento das capacidades técnicas do trabalhador;
- Respeito por medo de represálias;

d) - Pode citar casos em que o relacionamento era dificultado devido à forte ligação unidade sanitária/administração colonial;

e) - Casos em que a população tinha medo de ir ao hospital temendo denúncia de casos considerados "obscurantistas".

CUMPRIMENTO DE TAREFAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS

2.4 - Alguma vez se viu obrigado a ter que realizar tarefas para as quais não se sentia preparado? Se sim, porquê? Que tarefas realizou?

a) - Como é que esses casos eram analisados pelos responsáveis da saúde ou administrativos?

COLABORAÇÃO TRABALHADOR DA SAÚDE/AUTORIDADE LOCAL

2.5 - Nas zonas rurais como mantinham a colaboração com as

autoridades tradicionais?

a) - Como mobilizavam, por exemplo as populações para as campanhas de vacinação?

b) - Havia colaboração com as autoridades administrativas - ex.intervenção do administrador, dos cipaios, dos régulos e outros, realização das actividades da saúde? Se sim, dê exemplos.

2.6 - Como analisavam as questões que envolvessem curandeiros?

* Tem exemplos que ilustram a proibição da medicina tradicional?

a) - Conhece casos de doentes que pediam para deixar o hospital para ir ao curandeiro? Que atitude tomava? Por iniciativa própria ou por orientação das autoridades sanitárias?

b) - Que episódios conhece acerca do envolvimento de doentes em tratamentos tradicionais, à mistura com a medicina moderna?

c) - Alguma vez aconselhou o/os seu/s doente/s para procurar o curandeiro? Porquê?

APETRECHAMENTO DAS UNIDADES SANITÁRIAS

2.7 - O material médico cirúrgico que existia na sua unidade era suficiente, comparado com o volume das actividades a realizar?

a) - Como resolvia os casos em que a escassez fosse prejudicial para a sua actividade?

2.8 - Alguma vez viu uma unidade encerrada por falta de pessoal?

a) - Qual?

b) - Onde?

c) - Quando?

COBRANÇAS E/OU PAGAMENTO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.9 Como eram realizadas as cobranças nas unidades?

a) - Havia casos de pessoas que não podiam pagar? Que critérios havia para se ultrapassar esse problema?

* critérios da raça ou cor da pele?

* " de pobreza?

* Como é que o paciente provava ser ou não incapaz de pagar?

2.10 - Tem alguma opinião em relação ao funcionamento dos chamados serviços especializados, nomeadamente os de Combate às Tripanossomíases, Lepra, Tuberculose, Paludismo, Cegueira....?

III - PARA ANTIGOS GOVERNANTES E OUTRAS ENTIDADES

3.1 - No contexto do desenvolvimento das actividades sanitárias em Moçambique, que impacto especial teve a introdução das reformulações contidas no Decreto nº. 45.541, de 8/2/1964, que melhora o Decreto nº.34.417, de 21/2/1945., especilamente no que toca à aprovação do regulamento dos Serviços de Saúde do Ultramar?

3.2 - Que espécie de articulação(no contexto de assistência), existia entre os chamados Departamentos do Estado², Missões religiosas e Departamantos particulares?

3.3 - A mudança verificada na designação "**Serviços de Saúde e Higiene**" para "**Seriviços de Saúde e Assistência**", é apenas de carácter estrutural ou contém algo de conceito novo no desenvolvimento dos serviços de saúde na Província?

3.4 - A partir das determinações do Decreto de 1969, o Governo Geral passou a exercer controlo sobre as actividades sanitárias da Província.

De facto a quem cabia o controlo da **política** de saúde - aos Governadores Gerais, ou estes limitavam-se apenas a cumprir as ordens emanadas dos serviços do Ultramar?

Como era feita a articulação Governo Geral - Secretaria Provincial de Saúde - Governos distritais - Delegacias de Saúde até ao escalão do Concelho e/ou Posto Administrativo?

3.5 - Qual era o principal papel dos Delegados de saúde e dos Inspectores de saúde e como eram dirigidos os escalões mais baixos; por exemplo se atendermos à hierarquia dos círculos de saúde?³

3.6 - Como interpreta o seguinte slogan da política ultramarina portuguesa, datado dos anos 60, que dizia "**valorização do Homem pelo Homem, educando-o, intruindo-o, cuidando da sua saúde, dando-lhe condições para viver uma vida cada vez mais elevada**"⁴

3.7 - O referido relatório(1964), fala dos constrangimentos

² Incluía os Serviços de Saúde e Assistência(S.S.A.), com 75% do total das prestações na Província, Serviços de Saúde dos C.F.M., Serviços de Saúde dos C.T.T., idem das municipalidades, Missões de Combate e Forças Armadas.

³ No total existiam 4 círculos de saúde, designadamente o Círculo de saúde do Sul do Save, Manica e Sofala, Zambézia e Niassa. Por ex. o do Sul do Save integrava os distritos sanitários de Lourenço Marques, Gaza e Inhambane.

⁴ Cf. o relatório dos Serviços de Saúde, 1964, p.1

relacionados com a escassez de recursos financeiros, pessoal e eficiência dos serviços.

Como era isto sentido no quotidiano da prestação de cuidados de saúde?

Considera que os constrangimentos criados pelas lutas de libertação nas colónias tiveram algum impacto?

3.7.1 - O que significa para si a referência que se faz à necessidade de criar "autonomia financeira" de alguns serviços, especialmente a do então Hospital Central Miguel Bombarda e outros serviços dependentes dos S.S.A., por exemplo os chamados especializados?

3.7.2 - No âmbito de formação dos quadros de saúde para corresponder às necessidades da extensão da rede sanitária, que medidas específicas foram então tomadas pelo regime?

3.7.3 - Porque só em 1969 a referência à medidas específicas tomadas para a então Província de Moçambique, em matéria de reforço da força de trabalho à altura das necessidades de trabalho - Decreto 49.043, de 30/5/1969, que actualiza as linhas gerais de recrutamento do pessoal, a extensão da jurisdição da Ordem dos médicos ao Ultramar, a criação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lourenço Marques e a criação da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical, bem com a dependência directa dos S.S.A. ao Governo Geral.

a) - Acha que este "atraso" na tomada de medidas tão importantes para o desenvolvimento das actividades sanitárias, denotam dificuldades globais do regime na implementação de uma política sanitária coerente?⁵

O incremento nesta fase de medidas de carácter social teria algo a ver com o desenvolvimento das lutas de libertação nas ex-colónias?

b) - Na prática, o que significou o cumprimento do disposto no nº.4, da Portaria nº.292, de 17/7/1911, segundo a qual os enfermeiros indígenas que exercessem a sua profissão (por livre vontade) nas zonas do interior, poderiam receber dos indígenas da área uma remuneração "(...) conforme os costumes e usos cafreais dessas localidades" - Cf. o referido Decreto, p.205.

E a remuneração do Estado?

⁵ Dizer apenas que na década 70 há uma declaração taxativa exigindo que Portugal devia elevar os S.S.A. portugueses ao nível em que se encontravam os restantes países europeus.

Outro exemplo é de que em Moçambique, somente em 1942 foi aberta a primeira escola de parteiras indígenas, apesar da constatação e determinação feita em 1914 - Cf. a Portaria nº. 2.200 que cria a primeira escola e reforçada pela Portaria nº.272, de 9/9/1922.

A pergunta que se pode fazer é porquê este atraso de 20 anos?

c) - No que toca à extensão da rede sanitária, o Art.200º deste mesmo Decreto, estipula que para os indígenas deverão ser construídas palhotas em uso na terra onde se situa a delegacia de saúde...

Como terá sido implementado este princípio?

d) - O mesmo Decreto estipula que à medida que no interior fossem colocados enfermeiros indígenas, as autoridades administrativas locais deviam providenciar no sentido de evitar a influência dos curandeiros, proibindo inclusive a actividade destes.

Como é que as autoridades administrativas e sanitárias aplicaram esta determinação?

3.8 - Que impacto teve a criação a partir de 1969 de serviços privativos pertencentes a Sindicatos de trabalhadores e unidades sanitárias pertencentes a empresas particulares?⁶

3.9 - O que significou a criação em 68/69 do Serviço Médico Aéreo (SEMAR)?

Estará relacionada com a declaração da política sanitária adoptada posteriormente(1972), segundo a qual seria importante "assegurar a assistência médica em qualquer área do Estado impulsionando os meios de transporte sanitários aéreos e terrestres"? - Cf. o plano para 1974 da Secretaria Provincial dos S.S.A., p.9.

3.10 - Como acha que seria possível aplicar-se a política "reformadora", segundo a qual se devia modificar o comportamento dos indivíduos, passando-se da forma caritativa para a previdencial ?

3.11 - Como é que na prática o regime encarava os indicadores de saúde, nomeadamente:

- * Natalidade
- * Taxa de fecundidade
- * Taxa de crescimento da população
- * Dados demográficos gerais
- * Taxa de morbi-mortalidade
- * Mortalidade materno-infantil?

3.11.1 - Como é que estes dados eram compatibilizados com os níveis de desenvolvimento sócio-económico da Província?

3.11.2 - Que acções específicas foram realizadas no sentido de melhorar o conhecimento das patologias e as medidas a tomar em

⁶ Este tipo de serviços passou a controlar 45,48% dos 7.363 trabalhadores de saúde da colónia.

cada nível de atenção de saúde na Província?

3.11.3 - No contexto da política sanitária, o que interessa mais: - Estender a cobertura ou aperfeiçoar as actividades de saúde (torná-las mais eficientes), ou combinar ambas medidas?

O problema é talvez como conciliar tudo isso com os constrangimentos de ordem humana(recursos), económico-financeiros, tecnológicos, etc.

3.12 - Na área da Medicina Preventiva, que impacto teve a criação do "Serviço de Estudo e Combate às grandes endemias"?

3.13 - No âmbito da saúde pública, por exemplo no combate às doenças infecciosas, terá havido alguma colaboração com os territórios vizinhos, designadamente Tanganyika, Zâmbia, Rodésia, Malawi, África do Sul e Swazilândia; por exemplo na investigação médica e/ou desenvolvimento coordenado de actividades(troca de informações de carácter epidemiológico, etc)?

Se sim, quais?

3.14 - Fale, por favor de outros aspectos que julgar pertinentes no contexto da política sanitária colonial...

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA OS UTENTES DAS UNIDADES
SANITARIAS, AUTORIDADES LOCAIS (REGULOS, CABOS...), ANTIGOS
TRABALHADORES DAS MINAS E CURANDEIROS⁷

INTRODUÇÃO

Exmo/a. Senhor/a: Solicitamos e muito agradecemos que aceite esta nossa conversa, respondendo livremente as questões que lhe vamos colocar. Porém essas questões têm apenas carácter de guião da conversa, o que significa que pode-nos esclarecer sobre outros casos que eventualmente não colocaremos, mas que sejam do seu conhecimento.

A recolha destes dados vai enriquecer o trabalho que consta no título do tema que o autor se propõe estudar.

Mais uma vez os nossos antecipados agradecimentos.

ENTREVISTA Nº.-----DATA-----DE-----DE 199---

NOME DO ENTREVISTADO-----

Idade-----anos

Naturalidade-----

Residência actual-----

Ocupação entre 1960-1974-----

Ocupação actual-----

Entrevistador⁸-----

⁷ O entrevistado pode ou não solicitar o anonimato. Perguntar sempre se aceita ou não gravar a voz

⁸ Pede-se ao entrevistador que use a folha do guião para assinalar as respostas que contenham quadradinhos, bastando colocar o sinal (x) na/s resposta/s dada/s pelo inquirido.

Em caso de necessidade, pode acrescentar algo para completar e/ou esclarecer a resposta dada, a seguir ao quadradinho.

Para as restantes respostas deve usar o caderno de notas, bastando indicar o número ou alínea em causa.

I - Assistência prestada pelos Serviços de Saúde

REDE HOSPITALAR:

1.1 - Quantos hospitais existiam na sua zona?

1 2 3

a) - Que tipo de unidade existia:

* Hospital

* Maternidade

* Posto de saúde

* Hospital e Maternidade

* Nenhuma

b) - Ficava longe da sua residência?

* A uma manhã de viagem

* A um dia inteiro

* A um dia e meio

* A dois dias

* Mais

c) - Que meio utilizava para chegar ao hospital

* A pé

* De bicicleta

* Transporte público

* De carro ou tractor

* Outro meio

d) - As pessoas iam facilmente ao hospital ou Posto de saúde?

Se não, porquê?

* Distância

* Tipo de assistência prestada

* Desconhecimento da sua utilidade

* Outros motivos

1.2 - Quando é que sentia a necessidade de ir ao hospital?

ASSISTENCIA ALTERNATIVA

a) - Em que casos você optou por ir ao hospital em vez de ir ao curandeiro? Porquê?

b) - Qual era para si a diferença entre o tipo de assistência prestada nos hospitais e a aquela que era prestada pelos curandeiros?

c) - Havia muitos ou poucos curandeiros na sua zona?

d) - A actividade dos curandeiros era permitida ou proibida?

- * Permitida
- * Proibida

* Conhece alguns casos de conflitos entre as autoridades administrativas e curandeiros? De que tipo?

FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES SANITÁRIAS

1.3 - Quais eram as principais dificuldades no funcionamento do hospital ou Posto de saúde cplonial:

- * - Comportamento negativo dos seus trabalhadores
- * - Falta de medicamentos e outro tipo de material
- *) - Outros motivos

1.4 - Alguma vez teve que pagar alguma coisa para ser bem atendido?

- * Sim Não

a) - Quer contar algum episódio relacionado com este aspecto?

b) - Alguma vez sentiu-se discriminado?

- * Sim Não

1.5 - Sente que o pessoal da saúde(tempo colonial) tinha bom relacionamento com os doentes e/ou com a população em geral?

- *Sim Não

* Explique:

1.6 - Alguma vez baixou(ou seu familiar) no hospital entre 1960/74?

* Se sim, quantas vezes:

1 2 3 4 mais

a) - Lembra-se quantos dias ficou no hospital?

Sim Não

1 dia 2 dias 3 dias

1 semana 2 semanas 3 semanas 1 mês

b) - Tinha cama?

Sim Não

c) - Se não, porquê?

d) - Onde dormia?

* Esteira No chão

e) - E os restantes doentes?

f) - Pagou os dias da sua hospitalização ou os tratamentos efectuados? Lembra-se quanto? Se não pagou o que lhe foi dito?

SAUDE PÚBLICA (PREVENÇÃO DAS DOENÇAS)

1.7 - Considera que as autoridades coloniais tinham preocupação pela saúde das populações da sua região?

a) - Se sim, explique porquê?

b) - Se não, explique porquê?

c) - Comentários gerais.....

1.7 - Alguma vez foi vacinado?

Sim Não

a) - Se sim, quantas vezes?

* Uma vez

* Duas

* Três

* Quatro

* Mais

* Não se lembra

* Mesma vacina repetida

b) - Lembra-se de alguns nomes dessas vacinas?

* Contra a varíola

* Contra a tuberculose

* Contra-----

c) - Alguma vez levou os seus filhos a vacinar?

d) - Se sim, foi por iniciativa própria ou foi mobilizado por alguém?

* Médico

* Enfermeiro

* Outro pessoal de saúde

* Autoridade local(régulo, cabo,.....)

* Cipaio

* Outro

e) - Que tipo de vacina receberam:

* Contra a varíola

* Contra a tuberculose

* Outra

f) - Alguma vez participou numa reunião com o pessoal de saúde?

* O que se discutiu?

* Sente que isso foi útil?

* Porquê?

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

1.8 - Quando doente ou grávida, alguma vez recebeu a visita médica , do enfermeiro ou outro técnico da saúde na sua residência?

Sim Não

a) - Se sim, quantas vezes?

1 2 3 4 Mais

b) - Porquê o técnico de saúde teve que vir à sua casa?

c) - Quem chamou?

d) - Categoria profissional do trabalhador:

* Médico

* Enfermeiro

* Parteira

* Outro

1.9 - Alguma vez deixou de ir ao hospital porque não tinha dinheiro para pagar?

a) - Comentários-----

1.10 - Considera que a autoridade local ou administrativa tinha influência na assistência sanitária que era prestaada às populações?

Sim Não

a) - Porquê?

b) - Como?

Para as entrevistadas

1.9 - Teve algum parto na Maternidade?

a) - Se sim, quantos:

* Um

* Dois

* Três

* Quatro

* Mais

b) - Pagou?

Sim Não

Se sim, lembra-se quanto?

c) - Teve partos em casa?

Sim Não

1 2 3 4 mais

d) - Se sim, quem lhe assistiu:

- * Parteira visitadora
- * Mulher mais velha da casa
- * Massingalakate da vizinhança

Apenas para as autoridades locais

1.11 - O senhor como autoridade nessa época, sente que o seu papel influenciou o funcionamento da/s unidade/s sanitárias na sua zona?

Sim Não

a) - Porquê?

b - Como?

c) - Participavam por exemplo na mobilização da população para as vacinações ou outro tipo de assistência?

Sim Não

Se sim:

- * Quais?
- * Como?
- * Comentários

1.12 - Recebiam ordens expressas do administrador para colaborarem com as autoridades sanitárias?

Sim Não

a) - Se sim, como?

1.13 - Qual era a posição da administração colonial em relação aos curandeiros?

1.14 - Como é que as autoridades locais se relacionavam com os curandeiros?

Apenas para curandeiros

1.15 - No tempo colonial, alguma vez foi reprimido pelo facto de ser curandeiro?

Sim Não

a) - Que tipo de repressão?

b) - Foi obrigado a deixar de exercer a sua actividade normalmente?

c) - Como reagia a população em relação a isso?

d) - No tempo colonial tinha muitos ou poucos clientes?

e) - Comentários-----

1.16 - Havia alguma forma de contacto com os hospitais ou com os trabalhadores da saúde?

Sim Não

a) - Porquê?

b) Como?

c) Comentários-----

Apenas para os antigos trabalhadores das minas e/ou outros locais da África do Sul, incluindo outros países vizinhos

1.17 - Quanto tempo trabalhou nas minas

----- meses ----- anos

a) - No acto de selecção foi submetido a algum exame médico especial

Sim Não

Comentários:

b) - E na África do Sul?

Sim Não

Comentários:

c) - Durante o contrato, alguma vez baixou num hospital sul africano ou outro país vizinho?

Sim Não

d) - Se sim, porquê?

e) - Tinha muitos moçambicanos na sua companhia?

Sim Não

f) - Se sim, lembra-se quantos?

g) - Alguns desses moçambicanos foram assistidos no hospital?

Sim Não

h) - Se sim, lembra-se porquê?

i) - Conheceu algum moçambicano que deixou de trabalhar nas minas ou outro local por motivos de saúde?

Sim Não

j) - Se sim, que doença tinha?

k) - Na sua zona alguns moçambicanos costumavam ir à África do Sul ou outro país vizinho para receberem tratamento médico?

Sim Não

l) - Se sim, sabe porquê?

m) - Essas pessoas foram por iniciativa própria ou foram enviadas pelas autoridades sanitárias locais?

n) - Na sua zona há alguns trabalhadores que regressaram da África do Sul ou outro país vizinho por motivos de saúde?

Sim Não

o) - Se sim, quantos?

Comentários:

II - Assistência prestada pelas missões religiosas e particulares⁹

2.1 - Existiu este tipo de unidade na sua zona?

Sim Não

a) - Se sim, que tipo:

- * Hospital
- * Maternidade
- * Posto
- * Misto(hosp/Maternidade)

2.2 - Alguma vez foi tratado nessas unidades?

Sim Não

a) - Se sim, qual?

b) - Quantas vezes?

c) - Porquê recorreu a essa unidade?

d) Notou alguma diferença entre essa unidade particular e o hospital do Estado?

e) - Quanto pagou?

f) - Sente que esse tipo de unidades era útil?

Sim Não

* Se sim, porquê?

* Se não, porquê?

g) - Considero que o hospital particular tinha mais:

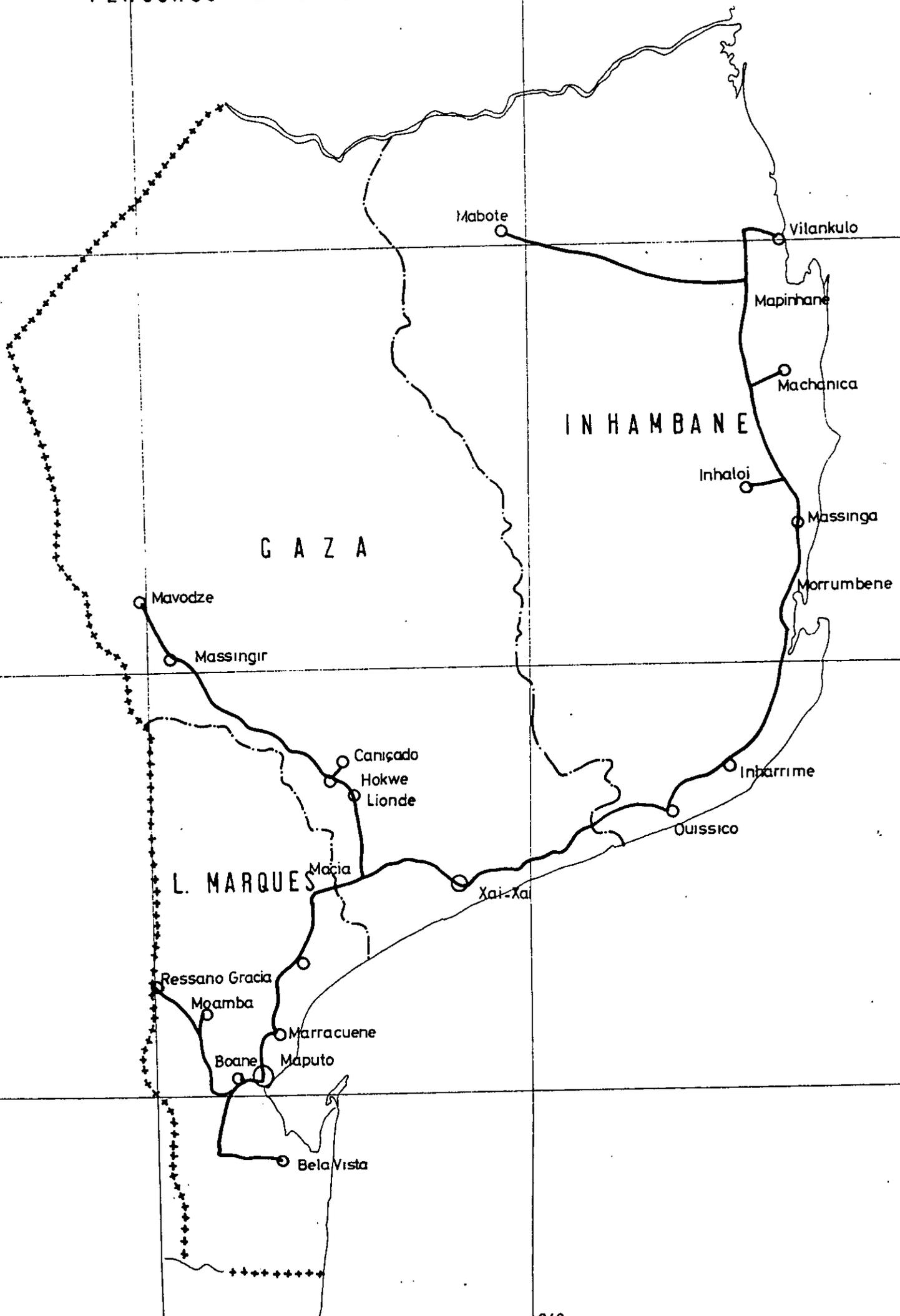
- * Recursos materiais
- * Custos favoráveis
- * Pessoal em número suficiente
- * Pessoal mais qualificado
- * Distância mais curta
- * O tratamento por eles dispensado era mais humanizado
- * Outros comentários-----

OBS: Incluir neste espaço outras questões que o entrevistado julgar pertinentes, mesmo as que não constem neste guião.

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!

⁹Refere-se a hospitais ou unidades que pertenceram às missões católicas, protestantes e particulares(por ex. C.F.M., C.T.T.....).

PERCURSO FEITO DURANTE A FASE DA PESQUISA



IMAGENS FOTOGRÁFICAS

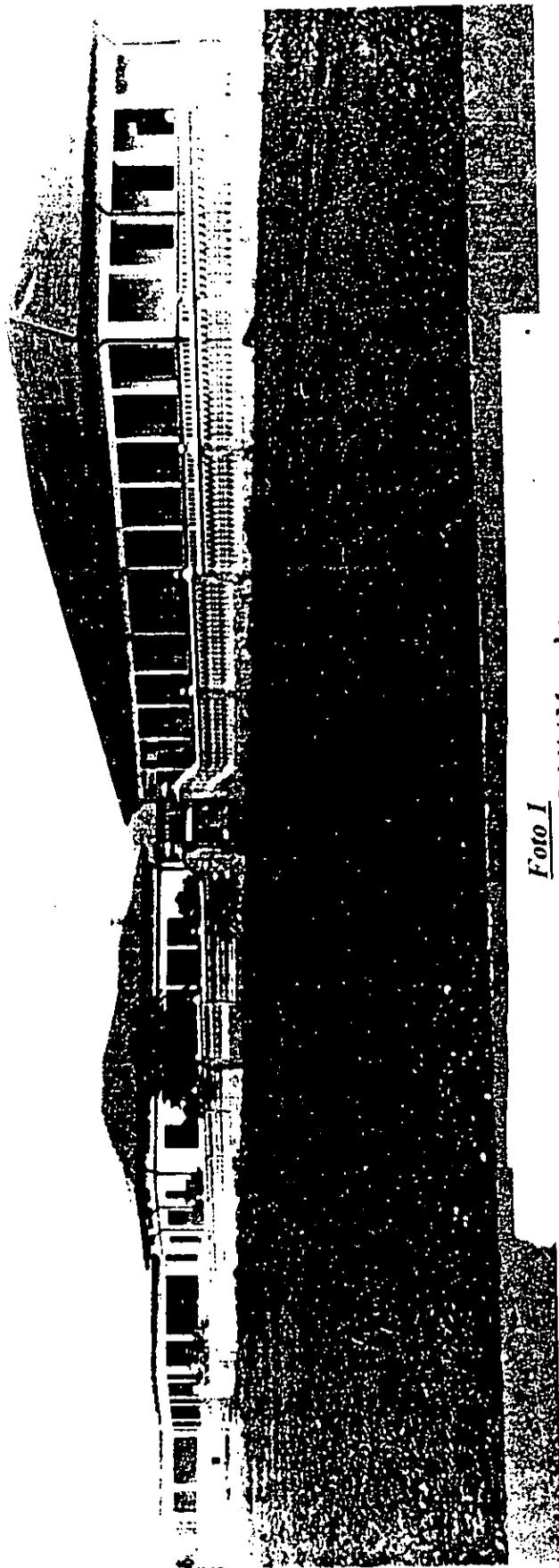


Foto 1

Enfermaria Regional - Sabié / Moamba
EX- Distrito Sanitário de Lourenço Marques

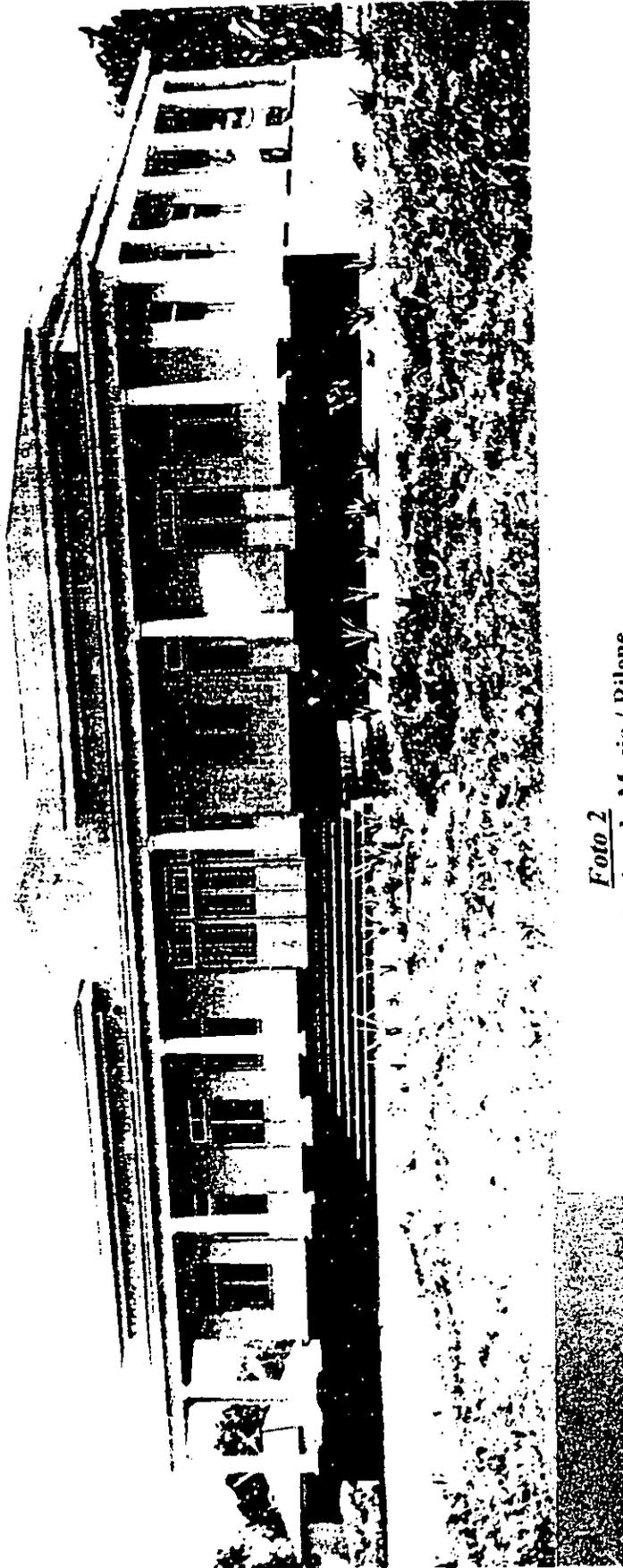


Foto 2
Enfermaria Regional - Macia / Bilene
Ex- Distrito Sanitário de Gaza

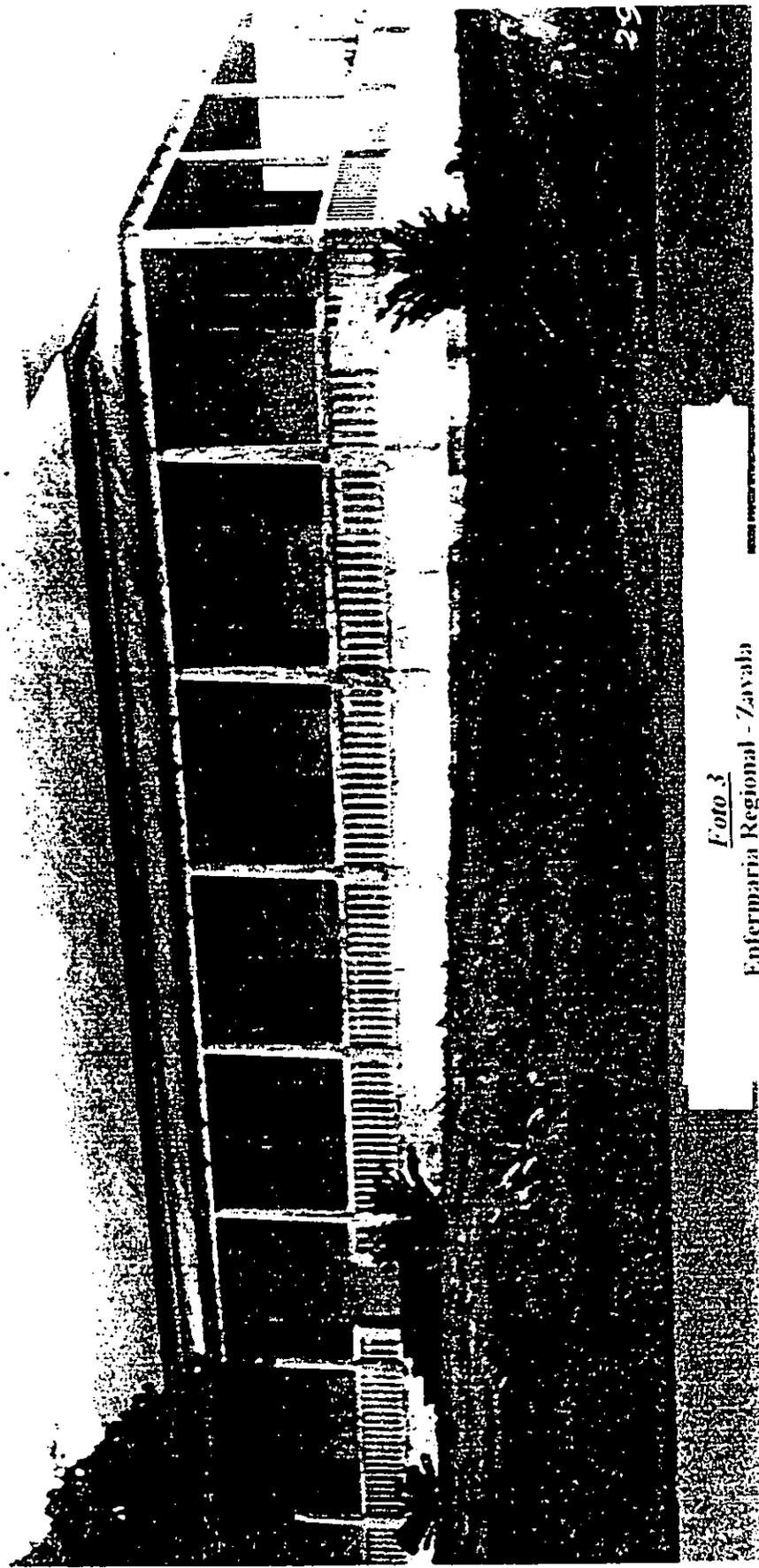


Foto 3
Enfermaria Regional - Zayala
Ex-Distrito Sanitário de Inhambane



Foto 4
Vista parcial do Hospital de Inhambane
Ex- Distrito Sanitário de Inhambane

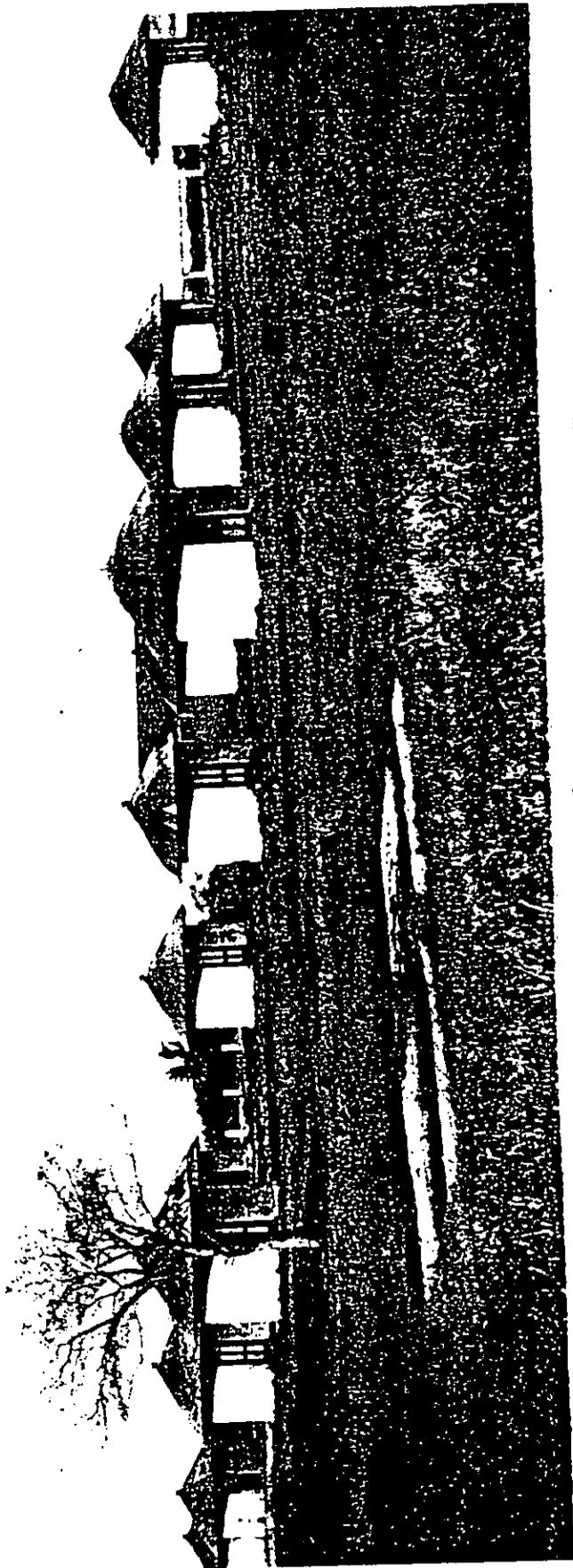


Foto 5
Enfermaria Regional para indígenas - Circunscrição de Maputo
Ex-Distrito Sanitário de Lourenço Marques

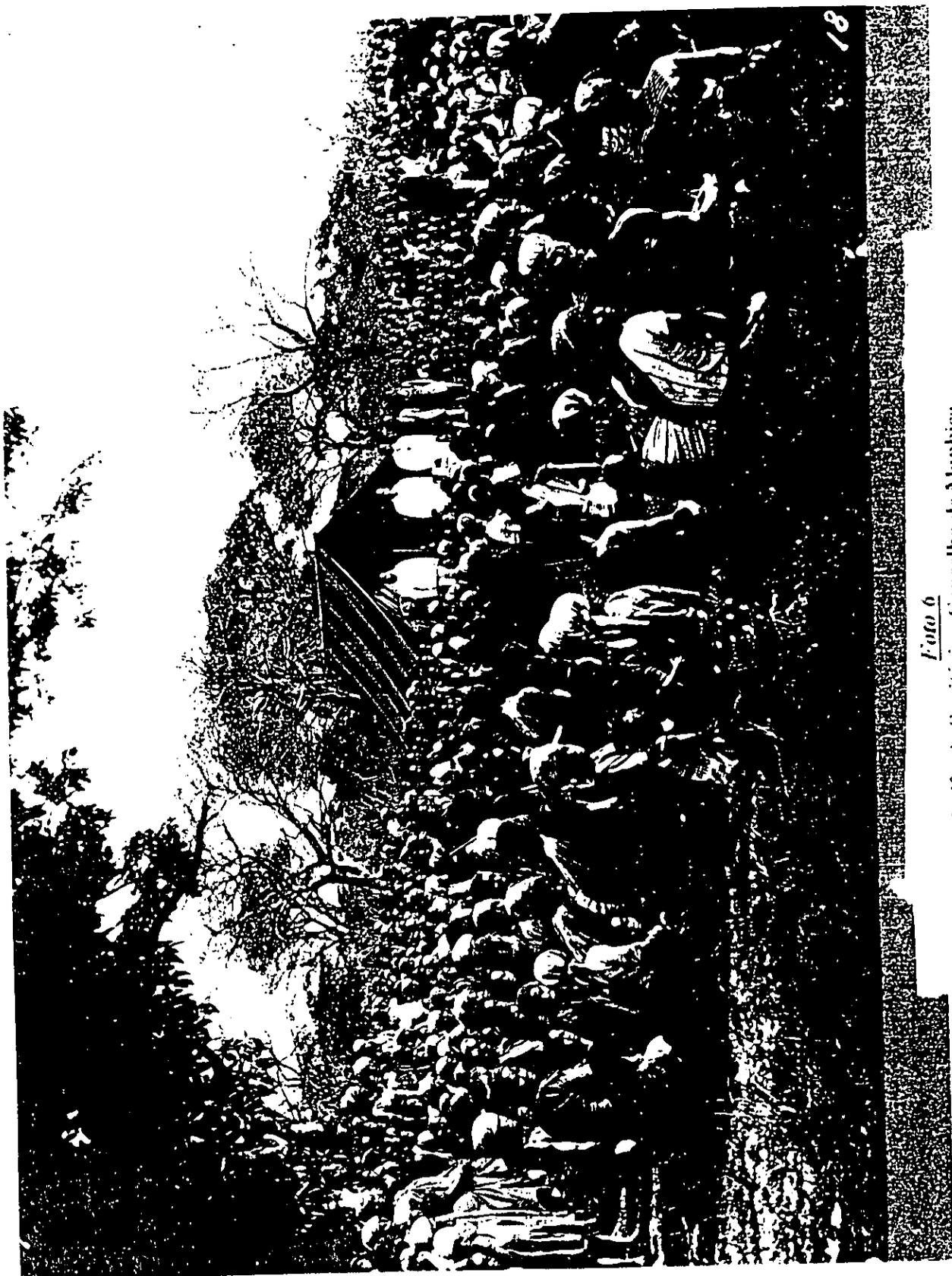


Foto 6

Ambulância Sanitária - Concelho de Manhica
Ex-Distrito Sanitário de Lourenço Marques



Foto 7

Vista de Frontal do Antigo Hospital de Leprosaria (Doutor F. Santana)
Ex- Distrito Sanitário de Lourenço Marques

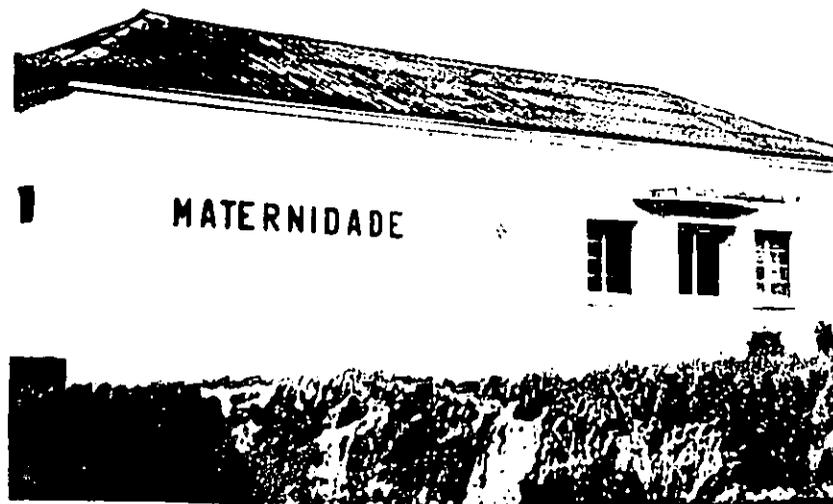


Foto 8

**Maternidade Rudimentar de Machaniça - Ex- Delegacia de Saúde de Vilanculos
Ex- Distrito Sanitário de Inhambane**



Foto 9

**Vista parcial da Maternidade de Cumbana
Ex- Distrito Sanitário de Inhambane**

Observação:

**Ao longo da estrada nacional n.1 existem muitas maternidades deste tipo.
(veja a nossa observação sobre este tipo de unidades inserida no texto)**

GLOSSÁRIO

AGENTES PATOGENICOS: São aqueles que ao penetrar no corpo do homem funcionam como parasitas desencadeando a doença.

DOENÇA: Segundo (CLARK:1965), o conceito de saúde e doença pode ser sintetizado em três pontos:

1 - A doença resulta dum desequilíbrio entre as forças do hospedeiro susceptível e o agente causal ou associação causal;

2 - O grau ou tipo de desequilíbrio vão depender da classe e as características do hospedeiro susceptível e dos factores causais;

3 - As características do agente causal e do hospedeiro e a sua interacção e interdependência estão relacionadas com o meio ambiente, o qual interactua com ambos através de seus elementos ou factores fisiográficos, biogeográficos e sociográficos.

A doença, pois, é a resultante dum desequilíbrio de adaptação bio-social do homem numa inter-relação com o complexo ecológico de associações causais dependentes do hemisistema ambiental.

O processo da saúde e a doença constituem uma parte da ecologia humana, pois ambos momentos vão ser a resultante do impacto entre o hemisistema do meio ambiente que o rodeia, donde o homem está imbuido e do qual, em último extremo, forma parte integrante.

DOENÇA INFECCIOSA: É a doença do homem ou dos animais que se produz como resultante final duma infecção.

ENDEMIAS: É o momento da história natural das doenças nas colectividades humanas, caracterizado pelo aparecimento dum número de casos que se afasta da cifra esperada ou habitual segundo os cálculos do canal endémico, num território determinado e durante um período de tempo indefinido (todo o tempo), como resultado duma interacção

parasita-hospedeiro que se mantém mais ou menos constante e uniforme no tempo e no espaço.

EPIDEMIA: É o momento da história natural das doenças nas colectividades humanas, caracterizado pelo aparecimento dum número de casos que se afasta significativamente da cifra esperada segundo cálculos do canal endémico, num território determinado e durante um tempo definido como resultado da introdução súbita dum novo agente ou do aumento brusco do número de agentes em relação ao equilíbrio habitual anterior, ou da baixa dos níveis da resistência inespecífica e específica habituais na colectividade por diferentes causas.

EPIDEMIOLOGIA: Etimologicamente, "epi" significa "alrededor" (em volta de) e "demos" significa povo. Portanto, no sentido restrito, epidemiologia significa a ciência que estuda ou trata o "alrededor" de tudo o que acontece nas populações.

Existem muitas definições de epidemiologia:

(**ANDERSON:1938**) diz que era o estudo da distribuição na população da doença e dos factores que a determinam.

(**BRIAN MAC MAHON E DUNCAN W CLARK**), dizem que é o estudo da distribuição das doenças nas populações humanas e dos factores que determinam essa distribuição.

(**COLE:1979**), diz que é o estudo das causas ambientais da doença humana extrapolando das observações aparecidas nos seres vivos

(**MARCHI: 1982**), diz que é o estudo da distribuição e das causas determinantes, os riscos e danos na saúde humana.

(**MIETTINEN: 1985**), diz que é a disciplina de como estudam a aparição dos fenómenos de interesse no campo sanitário.

O conceito, como vemos vai mudando ou, melhor dito, ampliando-se, já que fixam as bases da epidemiologia nas doenças transmissíveis sobre as que foram feitos seu estudo; no conceito actual não só para aquele tipo de

doença, assim como as doenças não transmissíveis, e que constituem hoje a primeira causa de mortalidade nos países desenvolvidos.

A epidemiologia ocupa-se - na comunidade ou em grupos humanos-, da ocorrência de doenças. As doenças constituem eventos. Ou, melhor exprimido, representam um epifenómeno, a cresta das ondas numa categoria de eventos cujo resultado final é a ocorrência dum doença. Portanto, a epidemiologia é uma ciência complexa que se ocupa de estudar com minuciosidade (escudrinhar), entre outros, os seguintes componentes do quadro da vida:

Categorias de eventos;

- Características destes eventos;
- Fenómenos que os integram;
- Processos envolvidos;
- Problemas de saúde associados;
- Factores que os integram;
- Variáveis componentes dos factores;
- Distribuição temporal, espacial e segundo as pessoas;
- Parâmetros para situar todo o anterior.

HOSPEDEIRO SUSCEPTÍVEL: É a pessoa ou animal vivo (inclusive pássaros e artrópodes) que em circunstâncias naturais permitem a subsistência ou alojamento dum agente infeccioso ou agente causal da doença.

Existem dois tipos de hospedeiro:

a) - **Hospedeiro definitivo:** O ser vivo onde o parasita chega à maturidade ou passa por sua fase sexual. Exemplo: Mosquito **anopheles** para os plasmódios.

b) - **Hospedeiro intermediário:** O ser vivo onde o parasita se encontra na sua forma larvária, imatura ou sexual. Exemplo o homem para os plasmódios.

INFECÇÃO: É a entrada, desenvolvimento ou multiplicação e disseminação dum agente biológico no organismo dum ser humano ou animal.

INFESTAÇÃO: É a presença, alojamento, desenvolvimento ou reprodução de artrópodes na superfície corporal ou nas vestes dos homens. Por extensão também se aplica este termo a qualquer artigo ou local que albergue ou sirva de alojamento a artrópodes, roedores ou outros animais.

MORTALIDADE: Risco da população sadia de morrer.

PATOGENICIDADE: É a capacidade potencial de um agente biológico ou microorganismo para produzir um processo infeccioso específico (doença) num hospedeiro susceptível. Não significa severidade ou gravidade das lesões produzidas, mas simplesmente habilidade ou capacidade para produzir lesões.

PREVALÊNCIA: Proporção duma população que está afectada por uma doença num ponto dado de tempo. O termo prevalência pontual é usado às vezes para significar a mesma coisa.

Prevalência = Incidência x Duração média da doença

$$P = I \times D$$

RESISTÊNCIA: É uma das variáveis primárias do hospedeiro susceptível, e é o conjunto de mecanismos de defesa que possuem os seres vivos para defender-se da penetração, invasão e multiplicação dos agentes biológicos patogénicos ou dos efeitos de seus produtos tóxicos.

SUSCEPTIBILIDADE E RESISTÊNCIA: Constituem os dois graus, extremos duma variação biológica, existindo entre eles toda uma gradação intermédia. A susceptibilidade e resistência absoluta são difíceis de encontrar na natureza, embora a mais difícil de encontrar é a



resistência absoluta.

TAXA DE MORTALIDADE OU INCIDÊNCIA: risco de adoecer geralmente por 100.000 pessoas e durante um ano.

TAXA DE LETALIDADE: mede a gravidade do processo

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA:

- 1- Rolando Armijo Rojas: Epidemiologia Básica em Atenção Primária de Saúde. Edição Diaz de Santos, S.A., 1994
- 2- Keneth J. Rothman: Epidemiologia Moderna. Edição Diaz de Santos, S.A., 1986.
- 3- António Noya Chaveco: Comunicação verbal