



# Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique

## *Leprosy: disease, isolation, and segregation in colonial Mozambique*

**Valdemir Zamparoni**

Professor, Departamento de História, Programa Multidisciplinar de Pós-graduação em Estudos Étnicos e Africanos/Universidade Federal da Bahia.

Praça Inocêncio Galvão, 42  
40060-055 – Salvador – BA – Brasil

posafro@ufba.br

Recebido para publicação em maio de 2014.  
Aprovado para publicação em novembro de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016005000028>

ZAMPARONI, Valdemir. Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/hcsm>.

### Resumo

A partir de documentação produzida entre a primeira metade do século XIX e a primeira metade do século XX, prioritariamente relatórios médicos, o artigo aponta as concepções vigentes na comunidade médica colonial e entre as populações locais sobre a lepra, suas manifestações e seu enfrentamento. Enfoca as tensões quanto à prática de segregação dos leprosos e suas implicações sanitárias e sociais. Para compreender as raízes dos discursos e estratégias no meio médico português e colonial, recupera-se a trajetória das definições de isolamento, segregação, lepra e suas aplicações, ou ausência de referência, na literatura de missionários, cronistas e médicos em Angola e Moçambique a partir da segunda metade do século XVII.

Palavras-chave: lepra; medicina; colonialismo; segregação; práticas de cura.

### Abstract

*Drawing on documents produced between the early nineteenth and mid-twentieth centuries, mainly medical reports, this paper indicates the prevailing conceptions in the colonial medical community and local populations about leprosy, its manifestations, and how to deal with it. It focuses on the tensions concerning the practice of segregating lepers and its social and sanitation implications. To comprehend the roots of the discourses and strategies in the Portuguese and colonial medical environment, the trajectory of the definitions of isolation, segregation, and leprosy are traced, as are their use in or absence from the writings of missionaries, chroniclers, and doctors in Angola and Mozambique as of the second half of the seventeenth century.*

*Keywords: leprosy; medicine; colonialism; segregation; healing practices.*

## Das origens

Dicionários informam que os termos *ayslado* e *aislhado* tiveram seu primeiro registro escrito em língua portuguesa em 1557 e que a etimologia de “isolar”, com o sentido de “tomar a forma de ilha”, é de 1653; “afastar-se da multidão” é de 1697; e “afastar um corpo do contato com outro”, de 1758. Deriva do latim *insula*, do italiano *isolato*, *isola*, com o sentido de “recôndito”, “solitário”, “construído em ilha”, “separado”. Por seu turno, o termo “segregado” apareceu pela primeira vez na forma escrita de nossa língua em 1563 e provém do latim *segregare*, com o sentido que se mantém até nossos dias de “separar”, “apartar”, “afastar”, “isolar”, “arredar”, “repelir”, “tirar”, “tomar”, “subtrair” e “privar” (Bluteau, 1720; Carvalho, Deus, 1890; Houaiss, 2001). Não é coincidência que, embora de antiga origem, os dois termos tenham se tornado correntes em língua portuguesa justamente nos séculos XVI e XVII, quando os europeus, em particular os portugueses, estavam envolvidos numa intensa jornada além-mar, encontrando-se e defrontando-se com paisagens, seres e culturas exógenas e exóticas ao seu olhar. O exercício do pensamento sobre si, diante do múltiplo, do distinto, do extremo, tornava os termos úteis e necessários para a demarcação identitária que se impunha em tal contexto (Todorov, 1989).

O crescente contato e conhecimento desses distintos ambientes, e seres animais e humanos, poderia ter levado à naturalização das diferenças, e os termos, conseqüentemente, caído em desuso. Não foi, entretanto, o que se passou. A expansão por mundos distantes paulatinamente construiu e consolidou, ao longo dos séculos, os demarcadores de vária ordem entre o “nós” – europeus – e o “eles”, todos os demais. Em relação à África, os séculos de tráfico de pessoas escravizadas e, depois, o colonialismo, desempenharam papel fundamental no engessamento dessas perspectivas, que acabaram por levar não só às teorias como às práticas de isolamento e segregação social. O exemplo histórico mais contundente é o do *Apartheid* na África do Sul; entretanto, o sistema colonialista como um todo pode ser perfeitamente definido como a “arte” de “separar, apartar, escolher; afastar, isolar, arredar, repelir, tirar, tomar, subtrair e privar”. Os discursos, as teorias e os efeitos dessa “arte”, na dimensão social do cotidiano, são razoavelmente bem conhecidos da historiografia sobre Moçambique (Capela, s.d., 1977; Penvenne, 1982, 1995; Zamparoni, 1998, 2007).

Os estudos sobre a medicina e suas práticas na Europa têm dedicado bastante atenção aos aspectos relacionados ao isolamento, sobretudo após os trabalhos pioneiros de Foucault (1961, 1963). Sobre África em geral, embora seja crescente a produção em torno do impacto da medicina ocidental, só indiretamente esses estudos tratam do viés que aqui interessa (Comaroff, Comaroff, 1992; Feierman, Janzen, 1992; Vaughan, 1991, 1995; Ranger, Slack, 1995; Bado, 1996; Horton, 1997; Hunt, 1999). Contudo, para as colônias portuguesas da África, como é o caso de Moçambique, o cenário não é tão animador. Alguns estudos acadêmicos apontam com competência para os significados da presença médica ocidental ao longo dos séculos (Shapiro, 1983; Bastos, 2007; Rodrigues, 2011). Porém, o tema do isolamento e da segregação dos doentes é praticamente ignorado, seja no que tange às teses e práticas gestadas pelo meio médico local, seja sobre a maneira como os saberes endógenos das populações locais lidavam com o assunto.

A doença que mais atenção recebeu nos debates médicos acerca do isolamento e segregação foi a lepra. Por muito tempo foi vista como *sui generis*, uma vez que é exclusivamente humana e, como lhe chamava Avicena, “doença universal” e “cancro universal” (Bluteau, 1716). Dela se tem notícias desde a Antiguidade em vastas regiões do mundo. Convictos da unicidade entre corpo e espírito, os homens da Idade Média europeia viam as deformidades físicas como sinal de punição divina e inequívoca da presença do pecado e do mal. Os portadores de lepra espalhavam o pânico por onde passavam; temidos e odiados, eram acusados de envenenar poços, águas e rios; de articular complôs visando tomar o poder para si e dominar campos e cidades. Diante de tamanha ameaça, real ou imaginada, foram duramente perseguidos, estritamente segregados ou cruelmente torturados e mortos: queimados vivos em praças públicas ou trancados nas próprias casas (Pinto, 1995; Ginzburg, 2007). Moore (1987) afirma que a implacável perseguição aos leprosos estava integrada num movimento mais amplo, que tinha como alvo todos os desviantes – prostitutas, hereges, judeus, sodomitas – apontados como inimigos da fé e dos novos Estados em formação, cujos poderes nela se assentavam.

Há quem defenda que as imagens medievais da lepra se consolidaram num imaginário que, *grosso modo*, transitou para os tempos modernos e atuais (Brody, 1974, p.197), e há quem a isso se oponha, afirmando que o estigma contemporâneo é um fenômeno estritamente ligado à expansão colonialista do século XIX, quando se descobriu que a lepra era endêmica em áreas-alvo da cobiça colonial. Foi nesse período, então, que a doença teria passado a ser vista como “tropical”, própria de povos selvagens e inferiores (Gussov, 1989, p.201 e s.; Obregón Torres, 2002, p.120). Não vejo, entretanto, contradição em ambas as teses, pois, embora a lepra, a partir do século XVI, já não parecesse ser endêmica, tendo paulatinamente desaparecido das tradições sociais e culturais de parte da Europa (Obregón Torres, 2002, p.48), os medos, fantasmagorias, imagens, reações e procederem a elas associados podem ter hibernado nos substratos profundos do subconsciente coletivo europeu e ressurgido conforme as novas circunstâncias culturais da Europa imperialista dos séculos XIX e XX (Ginzburg, 2007).

Espalhando-se sobretudo em momentos de forte movimentação de pessoas, no passado mais longínquo foram as guerras de conquista romana, cruzadas, expansão islâmica e outras migrações que disseminaram a lepra (Pinto, 1995). A partir do século XV, a expansão marítima, ao promover acelerada circulação de marinheiros e comerciantes envolvidos no tráfico de mercadorias – escravos, sobretudo –, fez a doença atingir as Américas, até então imunes. A sua presença entre os africanos parece ter passado despercebida dos cronistas portugueses dos séculos XVII e XVIII. Cavazzi (1965), que viveu em Congo, Matamba e Angola entre 1654 e 1677, dedicou páginas às “doenças e seus tratamentos”, nas quais afirma que os naturais estavam sujeitos a muitas enfermidades inerentes ao clima, apontando-as – nenhuma referência fez à lepra. O mesmo se passou com Cadornega (1972), que, na sua *História geral das guerras angolanas* (primeira edição de 1680), produziu dezenas e dezenas de páginas para tratar das “doenças da terra”, das artes de cura da população local, das qualidades curativas das plantas locais, somente se refere à lepra para falar de seu caráter tido como hereditário entre os reis de Espanha (p.372). Nenhuma palavra sobre essa doença ou qualquer outra que com ela pudesse ser confundida, presente no meio local. Luiz António de Oliveira Mendes (1812), em seu pioneiro e incisivo discurso sobre as doenças que mais frequentemente

acometiam os “pretos” recém-tirados da África – mais propriamente de Angola –, proferido em sessão pública na Academia Real das Ciências, em 1793, no qual descreveu com detalhes tais doenças, suas causas, seus sintomas, os meios de as evitar e seus tratamentos, não mencionou a lepra. Qual seria a razão para tal silêncio? Seria decorrente do processo de “esquecimento” da doença operado na memória de europeus, acima mencionado? Seria um mal de presença insignificante no quadro nosológico local de tal modo que não atraía a atenção de tão atentos observadores? Haveria conhecimento africano sobre as várias fases da doença, que teria orientado os traficantes – africanos e europeus – a excluírem, na origem, os escravizados portadores da moléstia, mesmo sem os evidentes sinais? Ou, mais ainda, haveria conhecimento africano local para tratar a doença com tal eficiência que a sua própria existência nem fosse notada pelos olhares estrangeiros? O certo é que não era exclusiva da África; nem uma das doenças tropicais “exóticas” que muito atraíram a atenção de médicos em terras africanas. No presente, talvez pelo mesmo motivo, parece merecer pouca atenção dos estudiosos das doenças na África.

Relatórios médicos constituem privilegiado conjunto documental crescentemente explorado, que permite estudar a produção médica gestada *in situ*, tendo-se em conta as assimetrias de poder e diversidade cultural em contexto colonial. Relatórios de médicos que atuaram em Moçambique no final do século XIX e no início do século XX, publicados pela Repartição de Saúde de Moçambique, além de um conjunto de documentos do Fundo de Saúde, sob a guarda do Arquivo Histórico de Moçambique (AHM), apontam para a preocupação constante com a lepra na época colonial. Neste artigo, pretendo acompanhar os distintos vieses das opiniões e propostas elaboradas por tais agentes da medicina ocidental – quer no que tange a identificação, dimensão epidemiológica ou a estratégias para seu combate –, bem como a compreensão que tinham sobre os nativos, seus pacientes; e encetar primeiros passos na apreensão das concepções das populações locais sobre a lepra e o isolamento, não só de doentes, mas da população “indígena”.

## Das definições

Ainda sem os instrumentos e métodos da bacteriologia, a variedade de sintomas da lepra levava no passado a numerosas confusões na identificação da doença. No início do século XVIII, Raphael Bluteau (1716), no dicionário que leva seu nome, definiu-a como “mal contagioso”, de “aspecto venenoso”, decorrente de “depravada sanguificação” e que corrompia o “estado natural do corpo”. O dicionarista, entretanto, não se deu por satisfeito e, seguindo o espírito enciclopedista do seu tempo, procurou reunir o incerto conhecimento médico sobre a doença acumulado até o princípio do século XVIII. Avicena, Plínio, Cornélio Celso, Vossius, Duarte Madeira Arrais e outros tiveram seus argumentos alinhados. Todavia, logo se instalou confusão pelo uso do plural *Lepræ*, como fazia Plínio, ou do singular *Lepra*, como preferiu o autor, “à imitação dos gregos, dos autores eclesiásticos e muitos médicos doutíssimos” (Bluteau, 1716, p.83). Maior era a confusão quanto à identificação da sua etiologia: segundo Bluteau, Duarte Madeira Arrais (1600-1650), por exemplo, afirmava que a lepra “convém com o *Morbo Gallico* em grau genérico” (p.83), podendo se transformar neste e este naquela. Bluteau informava que outros médicos chamaram a lepra de *Leontisis*, ou “doença do leão”, porque

tornava os olhos dos doentes “cintilantes e a testa cheia de rugas” (p.84), como ocorre ao rugir esse animal; outros lhe chamavam *Satiriasis*, em razão do priapismo que causava; e outros, finalmente, pela dificuldade que tinha a medicina em “domar e vencer esse mal” (p.84), lhe chamavam *Morbus Herculeus*.

A dificuldade maior, contudo, estava em discernir a lepra da elefantíase, supondo muitos que se tratava de uma única doença. Segundo Bluteau (1716), Jeronymo Mercurial (1530-1606), assente em Plutarco, afirmava que os médicos árabes chamaram a lepra de *Elephantiasis*. Essa confusão entre a “elefantíase dos árabes” (doença do elefante ou filariose linfática) e a “elefantíase dos gregos” (que corresponde efetivamente à lepra) remontava à Antiguidade (Bado, 1996, p.59). Bluteau, contudo, procurou alinhar-se com Gerardus Johannes Vossius (1577-1649) – que já invocara Cornélio Celso –, e que em seu *De Vitiis Sermonis* afirmara que ambas eram males muito diversos, sendo a elefantíase dos árabes o que os latinos chamavam de “vitiligo”, que seriam “nódos brancas com desigualdade e aspereza na pele, como na do elefante, e, por essa razão, os gregos a chamaram *Elephantiasis*” (Bluteau, 1716, p.83). Entretanto, o mesmo Vossius, em seu livro sobre as etimologias das línguas latinas, diz que esta última era um tipo de lepra. Diante desse emaranhado, Bluteau (1716, p.84) optou por “conciliar essas opiniões”, afirmando que a elefantíase dos árabes era uma espécie de lepra, “muito mais hedionda e horrível do que a lepra comum, tanto assim que se tem observado que os feridos desta horrível lepra, tem o sangue cheio de corpúsculos brancos e luzidios a modo de grãos de milho, que ficam separados do mesmo sangue depois de lavado e filtrado”. Infelizmente, a edição da obra de Bluteau feita por Antonio de Moraes Silva no final do século XVIII (Bluteau, Silva, 1789, p.16) empobreceu-a sobremaneira, suprimindo toda a polêmica, ao definir lepra como “espécie de sarna, que cobre a pele com crostas muito feias, brancas, e pretas, a qual vai comendo a carne, com estranha comichão”.

No século XIX e mesmo no XX, persistiu a confusão etimológica e etiológica. Jacques de Salis di Celerina (1846), que, durante nove anos, atuou em Moçambique como físico-mor, a serviço da Coroa portuguesa, e clínico privado, elaborou, sob demanda do Conselho de Saúde Naval, estudos para uma “topografia médica” que resultaram no seu “Esboço sobre as moléstias da Costa Oriental d’África”. Dedicado, por ordem de importância, a febres, disenterias e doenças pulmonares, a seus sintomas e tratamentos, não deixa de falar a respeito das dermatoses e, muito sucintamente, das “elefantíases”. Se, por um lado, distinguiu a *Elephantiasis* escrotal – “muito comum entre os indígenas”<sup>1</sup> –, por outro, confundia a *Elephantiasis* dos “árabes” com a dos “gregos”. Afirma que era doença bem conhecida em Moçambique e que só atacava “mouros, árabes, mujojos, e negros”, sendo, ordinariamente, incurável (p.70). Talvez por não se tratar de doenças próprias do “país”, foco das topografias médicas de seu tempo, nem afligirem europeus, Celerina não lhes dedicou atenção nem descreveu a terapêutica empregada quer por ele, quer pelos “curandeiros” nativos, como o fez para o caso da *matuniça* ou *mapute* (afeção da boca, da laringe e da faringe), epidemia que, entre 1837-1839, assolou a região do então “presídio” de Lourenço Marques (p.68), ou da febre do carrapato, existente na região dos Rios de Sena, ambas patologias que considerou exóticas. Entretanto, o médico Luís Vicente de Simoni, que antecederia Celerina no cargo de físico-mor (1819 e 1821), atuando no Hospital Civil e Militar da ilha de Moçambique, então capital da colônia, no espírito do neo-hipocratismo em voga nessa época, pretendeu identificar as causas

que produziam as doenças da terra, os métodos para curá-las e evitá-las e sua relação com o clima e o ambiente social (Rodrigues, 2005; Wagner, 2012), tendo reunido suas observações no *Tratado médico sobre clima e enfermidades de Moçambique* (Simoni, 1821). Nele dedicou atenção, sobretudo, às febres e a algumas práticas de cura da “medicina doméstica” urbana da ilha – um misto de saberes de origem asiática, africana e europeia –, mas não fez uma única referência à lepra. Mais tarde, no contexto de sua atuação no Rio de Janeiro, onde se tornou um dos fundadores da Sociedade de Medicina, tratou do tema (Araújo, 1946, p.386-387).

Para a costa ocidental, Porfirio Teixeira Rebello, em seu “Relatório médico militar da cidade de Benguela...”, realizado em 1886, apontou que, entre as doenças endêmicas ali predominantes, era de destacar a chamada elefantíase dos gregos, às vezes caracterizada por simples “dermatose hipertrófica”, outras aliando-se a “hipertrofias extensas e profundas ulcerações”, e concluiu: “Estes processos mórbidos, sempre peculiares aos indígenas e particularmente à raça preta, são num período mais ou menos longo a causa da morte” (Rebello, 1890, p.26). Certamente, essa “etnização” e “racialização” sinalizava a inexpressiva presença “branca” em tais terras e o fato de o pensamento dos autores estar marcado pela crescente consolidação do racismo “científico” e pela afirmação do campo disciplinar da topografia – ou geografia – médica, já iniciada no século XVIII.<sup>2</sup> Essa disciplina médica procurava compreender a razão pelas quais certas patologias eram singulares a determinadas áreas e povos tropicais ou por que outras doenças tinham neles impactos diferenciados ou surpreendentes (Edler, 2011, p.183-184), sobretudo tendo em vista os projetos imperiais de fixação de comunidades de origem europeia em “territórios exóticos”. A destacar que, nesse contexto português do final do século XIX, no ápice da corrida imperial, um dos médicos mais militantes da causa da “higiene colonial e aclimação” dos colonos em África foi Manuel Ferreira Ribeiro (1871, 1887, 1890a, 1890b), que produziu várias obras a respeito, nas quais não há a mínima referência à lepra ou a suas inúmeras e imprecisas designações, mesmo nas obras publicadas após Hansen ter identificado o *Mycobacterium Leprae*, em 1873.

Em terras portuguesas, os portadores de lepra receberam designações distintas. Na edição de Bluteau, feita por Moraes Silva (Bluteau, Silva, 1789), os portadores da doença eram adjetivados como “leprosos”, “lazarentos” e “gafos”. O primeiro termo vem da Antiguidade, o segundo incorporou-se da fonte bíblica à tradição europeia. Interessa mais o último dos termos, que aparece nos primórdios (1177) da língua portuguesa (Leão, 1606; Machado, 1953) e que, em princípios do século XVII, Duarte Nunes de Leão considerou como palavra “antiquada”. Da mesma maneira Frei Joaquim de Santa Rosa de Viterbo (1799) a incluiu em seu *Elucidário...*, que reunia as palavras antigas que haviam caído em desuso e eram mesmo ignoradas na época em que a obra foi composta. A palavra aparece na primeira edição de Bluteau (1713, v.4) equivalendo a leproso ou a enfermo de certo tipo de lepra – que não só corrompia e roía as carnes, mas também deixava os dedos das mãos “revoltos”, como as garras das aves de rapina. Parece que, de fato, na metrópole, os termos “gafo” e “gafaria” caíram em desuso por volta do século XVI. Ao menos a literatura que estuda a doença em Portugal não aplica o termo para séculos posteriores (Conde, 1988; Beirante, 2008; Rocha, 2014). Entretanto, continuou a circular nos séculos seguintes na vizinha Espanha (Obregón Torres, 2002, p.71.), e não deixa de ser curioso que, em terras coloniais portuguesas, tenha permanecido em uso corrente até o século XX, como registra a documentação analisada.



## Dos conhecimentos nativos

Nas décadas iniciais do século XX – e em alguns casos no final do XIX –, em terras africanas, a lepra atraiu frequentemente a atenção dos missionários e médicos mais atentos, que se davam conta de que era conhecida pelas populações africanas com as quais mantinham contato. Um dos mais perspicazes foi o missionário suíço Henri Junod.<sup>3</sup> Em sua meticulosa e famosa etnografia, elaborada entre a última década do século XIX e os primeiros anos do século XX, sobre os povos que denomina de *tsonga*, do sul de Moçambique, afirmou que a lepra (*nihokonyo*), referida como *nhlulabadayi*, ou “a doença que vence os médicos” (Junod, 1996, p.397, 409), era bem conhecida entre tais povos, que a tinham como uma das duas doenças contagiosas mais temidas; a outra era a tuberculose pulmonar (*lifiva*) (p.408). Um quarto de século mais tarde, o médico Ferreira dos Santos (1923, p.60) afirmava que, embora a lepra constituísse endemia atenuada, se manifestava com relativa frequência e era identificada pelos “nativos” nos seus estágios “mutilante, tuberculoso e ulcerativo”. Para enfrentar esse temido mal, havia entre eles especialistas em seu tratamento que eram, dentre a gama dos que Junod (1996, p.389) classificava como “médicos indígenas” (*n’angas*), considerados os mais hábeis de todos.

Na descrição de Junod (1996, p.407) “com respeito às causas das doenças”, os *tsonga* estariam “mergulhados na mais profunda superstição”, e seus médicos atuavam consoante. Em termos de prática, como quaisquer outros médicos, procuravam diagnosticar as causas, mas os *n’angas* quase não levavam em conta os sintomas físicos nem faziam “auscultação, nem palpação, nem exame de secreções, sangue, saliva ou urina – pois estas coisas são repugnantes e devem ser tapadas com areia o mais depressa possível!” (p.407). O principal e quase universal meio de diagnóstico das doenças era por meio do jogo de ossículos, que, segundo a posição em que caíssem, revelavam a presença, as circunstâncias e quais causas tinham atuado: os espíritos dos deuses, os deitadores de má sorte, o *makhumu*, ou seja, a poluição causada pelo contato com mortos e pessoas impuras e, menos comum, o Céu. Apontada a causa, os tratamentos seguiam caminhos diferentes.<sup>4</sup>

Junod (1996, p.409) afirmou ainda que, embora a lepra fosse muito temida, os leprosos não eram segregados e viviam na aldeia com todos os outros habitantes. Entretanto, a ideia do contágio por contato não lhes era estranha: os leprosos tomavam as refeições em comum, mas comiam depois dos outros; podiam participar das chamadas “festas de cerveja”, mas deviam “munir-se com copo próprio, ao passo que os demais convidados recebiam o seu do dono da aldeia”. Em partes da África Ocidental, algo semelhante ocorria. Exceto pelas medidas draconianas presentes no Daomé pré-colonial, onde os leprosos eram confinados em áreas específicas, impedidos de sair e penalizados com a morte caso entrassem numa aldeia ou cidade (Bado, 1996, p.136), nas regiões do Sudão saheliano, as populações pouco se importavam em viver na companhia de leprosos. Essa postura se explicaria pela concepção da doença como comandada por forças sobrenaturais ou por homens com poderes maléficos extraordinários, e que, para se proteger do contágio, se podia recorrer a uma “blindagem mágica” (p.138). Na Costa do Marfim, em particular na área de Assinie, onde eram comuns os casos de lepra mutilante, a população acreditava que a doença resultava de feitiço (*cocobé*), que roubava-lhe

os dedos, os quais supunha-se serem aqueles que apareceriam em pessoas com dedos a mais (apêndices que parecem ser dedos) (p.146).

Todavia, entre os *tsonga*, a noção do contágio também impunha regras específicas para o sepultamento dos leprosos: as pessoas pertencentes à família do morto poderiam se reunir na praça da aldeia, mas não ousavam, “sequer, assistir ao enterro” (Junod, 1996, p.409). Isso era dever dos parentes por aliança ou amigos. A cova era aberta ao lado da “palhota” onde o doente falecera, e o cadáver era retirado por abertura na parede feita a propósito e depositado diretamente na cova, sem que se realizassem quaisquer das cerimônias fúnebres habituais. Todos os utensílios do morto eram quebrados e atirados para muito longe, na parte mais densa da floresta, com medo de que algum membro da família os tocasse e, por consequência, morresse. Em certos casos, podiam ser deixados na palhota, mas com a condição de que toda a aldeia dali se mudasse imediatamente (Junod, 1996, p.409). Forças sobrenaturais incomuns estavam de tal modo associadas aos leprosos mortos que a gordura deles extraída ou o pó feito com seus ossos calcinados entravam como ingredientes nos ordálios mais poderosos, cuja função era identificar os criminosos e, sobretudo, os temidos feiticeiros, deitadores de má sorte (p.455).

Junod (1996, p.389, 397) afirma que os *n'angas* especialistas em tratar da lepra eram extremamente ciosos da importância de seus conhecimentos e se recusavam terminantemente a revelar os seus segredos, o que talvez explique o fato de o missionário suíço não ter apontado quais os tratamentos levados a cabo para enfrentar essa doença, diferentemente de muitas outras cujos procedimentos curativos são minuciosamente descritos.

Os médicos coloniais atuando nas primeiras décadas do século XX, sem a preocupação etnográfica de Junod, pouco acrescentaram informações sobre as formas e os tratamentos dados localmente à lepra. Alguns, entretanto, tinham a sensibilidade para buscar, entre a população “indígena”, suas percepções sobre a doença. Um deles foi Mário Andrade e Silva, médico que em investigação levada a cabo no sul de Moçambique, nos anos 1940, apurou com os velhos, “seus informantes”, que a lepra era considerada doença muito má, mandada por Deus ou, segundo alguns, adquirida em circunstâncias de pouca sorte. Para outros, resultava de malefício feito por outrem (*xicuembo*); muitos ainda disseram que a lepra resultava da ação de uma cobra (*nhoca*) que o doente trazia na barriga e que provocava os nódulos, úlceras e demais efeitos da doença. Em algumas áreas da mesma região, o consumo de peixe de origem lacustre era apontado como causador da lepra (Silva, 1943, p.9). A tese não era original e nem exotismo local. Tem origem bem antiga e pode estar ligada à tradição talmúdica que fazia essa associação e impunha certas restrições ao consumo de determinadas variedades de peixe no judaísmo e, depois, no islamismo. Para essas religiões somente é permitido consumo de peixes vindos do mar, de lagos de água salgada ou de “águas frescas”. Estavam, assim, vedados os oriundos de lagoas de água doce ou paradas, que não atendem tais requisitos. A restrição a certos tipos de peixes – e por vezes seu consumo com leite – estava também presente no Egito antigo, e sua associação com a lepra foi difundida por inúmeros sábios muçulmanos, entre eles Avicena (980-1037), Al-Damiri (1341-1405), Ibn Ajurum (?-circa 1323). Modernamente, o teólogo e orientalista alemão Johann David Michaelis (1717-1791) estabeleceu paralelo entre a diminuição da lepra e a do consumo de peixe entre os judeus. Segundo Bado, a adesão a esse argumento foi bem ampla, e leprólogos, no século XIX, defenderam-na e recomendaram



a exclusão do peixe da alimentação de seus pacientes (Bado, 1996, p.61; Gomes, 1815, p.11-12). Um dos adeptos dessa tese foi o médico britânico, especialista em lepra, Jonathan Hutchinson (Silla, 1996, p.618), contrário à hipótese do contágio que, em volumoso estudo, enfaticamente afirmava que a causa da doença estava em algum ingrediente ou parasita gerado ou introduzido nos peixes. Silla aponta para a multiplicidade de lugares e meios – populares, religiosos e científicos – mundo afora onde essa crença está difundida, o que demonstraria que, ao longo dos milênios, as ideias circularam livremente como oxigênio – foram absorvidas, rearranjadas, repensadas, incrementadas e dispersadas a longas distâncias, sem que se deva atribuir sua origem a uma única fonte (p.614).

Mário Andrade e Silva (1943) apurou ainda, junto aos velhos, que “antigamente” havia poucos casos de lepra, e que, nas raras ocorrências, o portador era expulso da povoação para qualquer recanto do mato, em que lhe construía palhota e onde teria de viver. “Era-lhe dada água e comida, todos os dias, que era deixada numa panela, à entrada da *palhota*, colocada lá para esse fim. Havia, portanto, isolamento forçado e grande repugnância ao contato de qualquer leproso” (p.8; destaque no original).

Em depoimento mais atual (entrevista realizada em Chicucue, em 2013), Marcos Nhantumbo, ex-enfermeiro e crente da Igreja Metodista Evangélica instalada em Inhambane, confirma a prática, que conheceu por volta dos anos 1940:

Nem com a família não podia estar junto, devia estar muito isolado da família. Devia estar num lugar em que podiam construir uma cabana no mato ali; levavam comida, iam deixar e voltar a correr para casa. Ele ficava ali a comer de qualquer maneira, e a pessoa que ia deixar a comida parecia que ia roubar alguma coisa, não podia estar em contato com ele (entrevista realizada em Chicucue, 4 de junho de 2013, reproduzida em Jaime, 2015, p.157).

Contudo, ainda que o portador da lepra fosse separado espacialmente do coletivo, não se tratava de uma prática isolacionista, pelo menos não com o caráter compulsório, uma vez que os doentes não estavam submetidos à restrição absoluta de livre trânsito – era de esperar, no entanto, que houvesse alguma forma de pressão social para que não se misturassem aos saudáveis. Silva (1943, p.27) apurou que aquelas medidas foram paulatinamente sendo abandonadas, pois, com o crescente uso do vestuário ocidental, os leprosos pareciam ser menos repugnantes, já que as feridas e úlceras, antes expostas com o uso da tanga, já não estavam à vista, e o contato direto com as lesões era diminuto. O estigma, que em sua acepção original se referia a sinais corporais com os quais se procurava “evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava” e cujos símbolos “caracterizam-se por estarem continuamente expostos à percepção” (Goffman, 2008, p.11, 112), perdia aqui terreno posto que, estando cobertos, os sinais corporais já não eram evidentes, já não estavam expostos, já não repugnavam ao olhar e, portanto, já não motivavam a exclusão.

Em caso descrito também por Silva (1943, p.28), os leprosos se recusaram a respeitar as regras do comportamento e o lugar social que lhes era destinado e desempenharam papel ativo no sentido de forçar as circunstâncias de sua exclusão, testando os limites da coletividade em busca de sua reinclusão no meio social (Goffman, 2008, p.132). Cientes de sua condição contaminante, usaram de estratégias para “poluir” bens e produtos e torná-los interditos aos demais. Segregados, impedidos de participar da festa comunitária anual do caju – cercada de

significados simbólicos em várias regiões de Moçambique –, um dos leprosos aparecia sub-repticiamente e mergulhava um membro em alguns dos recipientes onde o sumo da fruta estava sendo fermentado. Poluída, para horror dos sadios, a bebida ficava disponível aos leprosos, que, tal como os demais membros da comunidade, acabavam por poder usufruir da libação festiva. Voluntária, aberta e deliberadamente se recusavam, assim, a aceitar o lugar social que lhes era destinado e agiam, segundo as normas sociais, de “maneira irregular e, sob um certo aspecto, rebelde” (Goffman, 2008, p.153). Explicitavam, dessa forma, que o estigma que os excluía da festa podia ser socialmente mobilizado para que promovessem a sua autoinserção, senão no grupo dos “normais”, ao menos no momento social representado pela libação do caju, tão importante para a comunidade. É possível que alguns desses excluídos de então tenham, no passado, desfrutado de pleno direito às festividades, e a exclusão do presente poderia soar para eles como mais pesada e injusta, apesar das marcas que traziam no corpo.

Pavor semelhante em relação à poluição causada pela lepra é magistralmente descrito, em 1944, pelo escritor Miguel Torga, pseudônimo do médico Adolfo Correia da Rocha, contemporâneo de Mário Andrade e Silva, ao falar da pequena aldeia de Loivos, não na África, entre “primitivos”, mas no Portugal cristão: ao se descobrirem como consumidores de azeite supostamente contaminado pelo leproso Julião, os aldeões ficavam “petrificados, invadidos de nojo, agoniados ... queriam arrancar o estômago, as entranhas, purificar-se da peçonha, vomitar no mesmo instante a lepra de que já se sentiam contaminados” (Torga, 1967, p.76). Da noite para o dia, Julião, “encontrou-se só, danado, excomungado, olhado como inimigo repelente”. Recusavam-se mesmo a dar-lhe esmolas, não queriam admitir que em sua terra “cresciam tão negros males” (p.75-76). Era o tempo da “solidão forçada”, segundo Delumeau (1989, p.123), que permite refletir sobre a validade do argumento de Mary Douglas (1976, p.23) de que as “regras primitivas<sup>5</sup> de sujeira dariam atenção às circunstâncias materiais de um ato e julgam-no bom ou mau de acordo com as mesmas”, mas não as regras cristãs. Talvez mais prudente seja pautar-se por outra conclusão sua: “O idioma de poluição adequa-se a uma álgebra complexa que leva em consideração as variáveis de cada contexto” (p.21).

O certo é que, em determinado momento da sua investigação, Silva (1943, p.8) pôde constatar que a população deixara de ter medo e permitia que os leprosos vivessem nas aldeias em palhotas próprias, e mesmo com a família, e participassem do cotidiano comunitário. Mesmo os doentes em fase mutilante, alvos de maiores cuidados por serem mais repulsivos, não eram isolados, o que podia levar a situações de grande tensão, sobretudo no que se referia às relações matrimoniais. Tanto homens quanto mulheres tinham repulsa em manter relações com parceiros leprosos, e a doença geralmente levava à separação dos cônjuges. Entretanto, no sul de Moçambique, patrilinear e patriarcal, em razão de estritas regras matrimoniais, a fuga das mulheres podia trazer disputas (*milandos*) ligadas ao *lobolo*, e elas eram, muitas vezes, obrigadas a regressar para dar assistência aos maridos doentes.

Ainda sobre a não existência de segregação radical entre a população desse território, outro médico, delegado de saúde de Manjacaze, na mesma região investigada por Mário Andrade e Silva, afirmara, uma década antes, que lhe dava “dó” e causava “repugnância” ver “seres com feridas infectas amamentando crianças ou comendo com outros indígenas”, pois era “crença entre eles só se dar o contágio quando alguém espanca ou maltrata um destes leprosos” (Seixas, 1930, p.187).

Mesmo sem suficiente conhecimento sobre o “pensamento dos indígenas”, sua cosmogonia, suas doenças e práticas de saúde, era recorrente no meio médico colonial afirmar que esse pensamento era inerentemente irracional e que seu cotidiano era lastreado na superstição. Comunicação apresentada no primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental (Luanda, agosto de 1923) sublinhava que há um grande feitiço, um tabu, que torna a vida do indivíduo perigosa pela presença ou pelo contato de qualquer objeto, de determinada pessoa, ou pela prática de qualquer ato, os quais devem ser evitados, e se a prática dos exorcismos vai além das atribuições familiares, é chamado o advinho ou curandeiro para os pôr em ação (Santos, 1923, p.49).

Mesmo convencido de que, “desde o período da gestação até à morte, a superstição preside a todas as particularidades da vida do indígena”, partilhava com Junod a convicção de que “alguns curandeiros tinham conhecimento das drogas de efeitos medicinais, sabendo usar dos purgativos e adstringentes nas afecções intestinais, dos emolientes nos catarros agudos das vias respiratórias, não lhes sendo também desconhecido o emprego da ventosa por sucção e escarificada, nos casos congestivos, servindo se de um chifre de boi” (Santos, 1923, p.49). A maioria de seus colegas, entretanto, não reconhecia habilidades nos curadores africanos (*n’angas*), e alguns nem mesmo capacidade intelectual nos povos africanos em geral.

### **Dos preconceitos, das reações**

Em pleno século XX, formados no espírito do racismo científico, imbuídos da arrogância imperial e afinados com o projeto colonial, os médicos coloniais geralmente consideravam os nativos como selvagens a serem adequadamente tutelados. No mesmo Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental de 1923, Firmino Sant’Anna (1924, p.73), um dos colegas de profissão de Ferreira dos Santos, afirmou categoricamente que a assistência médica “bem organizada e efetivada” aos “indígenas” não só estava entre as principais responsabilidades dos colonizadores, em sua condição de “mentores das raças inferiores”, mas também um dos meios mais frutíferos para a “infiltração, aquisição de prestígio e garantia de predomínio”.

Vivendo os “aborígenes” em meio impregnado de doenças de difícil controle (enumera: doença do sono, paludismo, febre recorrente, dengue, filariose, varíola, peste, lepra) e outras que resultavam da “sua ignorância, dos seus hábitos defeituosos e da sua indolência” (Sant’Anna, 1924, p.74), tais como as infecções intestinais, anquilostomíase, lesões parasitárias da pele, acrescidas “da imprevidência e o desleixo, conjugados com a adversidade de uma natureza ingrata”, que tornavam “precária e incerta a vida”, devia o médico agir no sentido de, ao mesmo tempo, derruir tais hábitos seculares e minorar os “numerosos males” que os afligiam, prolongando-lhes a vida e numerosa progênie. Ações nesse sentido “se gravariam perduravelmente no seu espírito” e constituiriam um dos maiores benefícios que “os povos selvagens” obteriam a partir de sua sujeição às “raças superiores, cujo valor eles não teriam dificuldade em compreender” (Sant’Anna, 1924, p.72-73). Imbuído de autoridade científica, por ser médico, Firmino Sant’Anna sentiu-se livre para emitir opiniões autorizadas, e autoritárias, sobre temas que iam além de seu conhecimento científico (Bourdieu, 1983). Em contexto colonial, a fronteira entre o campo da ciência e o da opinião subjetiva foi aqui ultrapassado sem o menor pudor.

Procurando intervir em tal contexto, o chefe dos Serviços de Saúde de Moçambique afirmava, em 1930, que a disseminação de instalações sanitárias pelo interior da colônia era essencial para atrair “o indígena rebelde e aferrado às suas credences tradicionais”, que, assim, se afeiçoaria à “nossa técnica científica” e que o êxito da empreitada ao mesmo tempo elevaria o conceito da ação colonial portuguesa diante daqueles que, por “todos os meios”, procuravam “deprimir a nossa ação civilizadora” (Santos, 1930, p.XVIII). Não se pode dizer que houve tal disseminação, e não cabe aqui avaliar se a ação colonial teve elevado o seu prestígio, o certo é que, nem o Estado colonial assegurou assistência médica bem organizada, nem os “indígenas” acorreram docilmente agradecidos aos médicos coloniais. Os “indígenas”, pelo contrário, pareciam tomar atitudes conscientes diante da oferta da medicina ocidental. Conhecendo seus benefícios e limites, manejavam com essas informações num hábil jogo de aproximação e distanciamento. O relatório do delegado de saúde do Chinde, Luís Soromenho, de 1927, é bastante ilustrativo do

senso prático dos ‘indígenas’ na escolha do tratamento que há-de dar aos seus males. Quando ele verifica, por observação directa, que o branco tem remédio ou processo terapêutico superior ao usado pelos seus curandeiros na cura das enfermidades que o afligem, vem espontaneamente sujeitar-se a esse tratamento, apresentando-se nos postos, ambulâncias, enfermarias ou hospitais, onde a medicação lhe possa ser aplicada (Soromenho, 1930, p.CLI).

O relatório também aponta que os “indígenas” repudiavam veementemente qualquer tentativa de internação quando sofriam de lepra, de febres ligeiras ou outras doenças para as quais eles não reconheciam superioridade no tratamento oferecido pelos médicos em relação àquele dos *n’angas*. Mesmo os “indígenas” com estreito contato com “brancos” somente procuravam os “médicos brancos” nas situações em que os *n’angas* se mostrassem impotentes (Soromenho, 1930, p.CLIII-CLIV). Em se tratando da lepra, mal para o qual nem os médicos ocidentais nem os “indígenas” conheciam “remédio algum curativo”, esses não apareciam nem nas consultas nem nos hospitais à “procura de qualquer remédio para alívio do seu sofrimento” (p.CLI), e o internamento em tais casos só ocorria à força.

Mesmo quando os médicos usavam da estrutura administrativa – leia-se o recurso à força dos *cipaios* a serviço dos administradores das circunscrições – a fim de conseguir reunir os leprosos para os submeter às triagens, o “diálogo” entre as partes não era fácil. Barreiras culturais mais amplas, além das linguísticas, se interpunham. As diferentes maneiras de conceber o que fosse saúde e doença existentes entre o mundo ocidental, e o dos praticantes da ciência médica em particular, e o mundo dos seus pretensos pacientes geravam mal-entendidos difíceis de contornar.<sup>6</sup> Um deles ocorria logo no primeiro contato, e os médicos diziam que era “muito difícil” e “muito confuso” realizar a anamnésia. Às vezes, o doente se referia a longínquo antepassado leproso em sua família alargada; outras, a um leproso em sua povoação. Outra era a prática da negação, quando, na maioria das vezes, diziam que jamais conheceram algum portador da lepra, quando, “certos deles, que negavam contato com doentes, tinham presente, no momento do exame, um leproso seu parente, com quem vivia” (Silva, 1943, p.8).

Esse médico considerava que os “indígenas” davam informações propositadamente falseadas e não entendia os motivos que os levavam a esconder o fato de que na família

havia “hansenianos”,<sup>7</sup> pois, embora conhecessem alguns “remédios cafreais” para usar nas lesões, eles próprios não tinham “fé na droga” (Silva, 1943, p.8-9). Escapava ao médico que a noção de etiologia entre eles era muito diferente da seguida pela biomedicina. A recusa dos doentes não só em se assumir como tal, mas também em apontar familiares supostos parceiros de infortúnio, tinha razão de ser. Sendo a doença interpretada como de origem metafísica e atribuindo-se a seus portadores supostos poderes ocultos, era melhor se abster de denunciá-los aos agentes das autoridades administrativas e médicas, sob pena de consequências desconhecidas (Honwana, 2002, p.207-241). Os próprios doentes procuravam esconder-se, e contavam, para isso, com ajuda de familiares e amigos que os informavam sobre a movimentação e a intenção dos agentes médicos. Não lhes era estranha também a péssima fama das “gafarias” da colônia.

### **Do isolamento**

Na virada para o século XX, Moçambique contava com uma única “gafaria” situada na ilha dos Elefantes, na baía de Lourenço Marques. Fora construída para acolher exclusivamente os “indígenas” que perambulavam pelas ruas da capital e dos distritos do sul da colônia, pois, numa sociedade profundamente marcada pelas hierarquias raciais, misturas eram inconcebíveis. Os poucos leprosos brancos, já que essa era uma comunidade numericamente pequena, eram enviados para tratamento no Transvaal, cujas autoridades, por sua vez, deportavam, ao primeiro sinal da doença, os mineiros moçambicanos negros que para lá eram recrutados. A exclusão insular dos doentes era a reemergência, agora lastreada e justificada por saberes médicos de caráter bacteriológico, da ancestral tradição medieval do isolamento dos leprosos. No contexto local estava articulada com política mais ampla de “higienização social” do espaço urbano laurentino, pensado como “espaço branco”, no qual a presença dos “indígenas” deveria ser limitada e estritamente regulamentada.<sup>8</sup> Sucessiva legislação e códigos de posturas diversos atuavam nesse sentido (Penvenne, 1995; Zamparoni, 1998, p.250-332).

A ilha dos Elefantes é um pequeno ilhéu que se encontra a cerca de 35km da capital. Conta com poucas centenas de metros e com terra imprópria para a agricultura, além ser carente de água adequada ao consumo, tornando extremamente difícil a vida das duas centenas de homens e mulheres que lá estavam isolados. O ambiente inóspito acentuava o clima de miséria e abandono, e a tensão por vezes tomava formas violentas. Em abril de 1909, um grupo de leprosos esteve envolvido em alguma “desordem”, que ainda não pude apurar, e, segundo as fontes, permaneceram algemados por inacreditáveis seis meses, até o final de outubro (Secretaria..., 26 out. 1909). A correspondência trocada entre as diversas repartições da administração colonial indica que a responsabilidade pela gestão da ilha, e dos internos, não cabia ao órgão de saúde, como poderíamos imaginar, nem mesmo à Secretaria dos Negócios Indígenas (SNI). O fato de um sargento ser o encarregado da gafaria bem aponta o caráter prisional atribuído ao local (Azevedo, 5 out. 1909). Assim, a gafaria da ilha dos Elefantes era percebida muito mais como espaço de exclusão dos socialmente indesejáveis que como locus de tratamento médico. Na pele e no corpo os internos sentiam a manifestação concreta das definições dicionarizadas para isolamento.

Mas esses leprosos não sucumbiam ao seu estado e manifestavam descontentamento por meio de diversas petições. A maioria delas se referia a reclamações de valores não recebidos quando foram repatriados do Transvaal. Centenas e centenas de páginas de correspondência sobre o assunto circularam por várias repartições públicas envolvidas: Saúde, Negócios Índigenas, Curadoria em Johannesburgo, Fazenda e circunscrições administrativas. Depois de verdadeira via crúcis, alguns poucos afortunados recebiam o devido, mas a maioria já estava morta ou completamente inválida por ocasião do desenlace burocrático (Secretaria..., 30 maio 1918).

Em junho de 1918, estavam internados na ilha dos Elefantes 203 leprosos, dos quais 143 homens e 60 mulheres. O intendente dos Negócios Índigenas, em razão da “promiscuidade de ordem moral” e pelo risco do contágio que podia atingir os recém-nascidos, propôs que as mulheres leprosas fossem internadas em outra ilha, o que nunca ocorreu. Já antes (1909), a Repartição de Saúde havia sugerido à SNI que seria conveniente separar dos pais as crianças não leprosas e entregá-las a parentes, “subtraindo-as assim a um contágio de consequências fatalmente perigosas” (Azevedo, 18 nov. 1909). A sugestão parece ter sido esquecida até 1918, quando novamente circulou a proposta de que as crianças com mais de 2 anos não portadoras da doença deveriam ser retiradas da ilha e entregues a familiares. Caso isso não fosse possível, os administradores das várias circunscrições administrativas deveriam conseguir famílias indígenas que as criassem – “como seus filhos adotivos” – até a maioridade (Secretaria..., 13 maio 1918). Como se vê, o foco era retirar as crianças do contato com os doentes e inseri-las no meio social “saudável”, dotá-las de família, mesmo adotiva, socializá-las. Muito diferente do modelo dos “preventórios” brasileiros, que as separava dos pais e as segregava em instituições sanitárias e educacionais sob o nome de educandários (Monteiro, 1998; Curi, 2002; Alvarenga, 2013). Na colônia de Moçambique, profundamente marcada pela ideia de segregação social, o modelo brasileiro sequer foi cogitado. Talvez a falta de recursos tenha desempenhado algum papel. Mas a medida de afastar as crianças dos pais parecia estar inspirada no que fora praticado desde 1865 no Havaí, onde os pais reagiram violentamente a tal prática (Benchimol, Sá, 2004, p.63).

O administrador da circunscrição do Maputo, mais atento às complexas regras de parentesco e aos temores associados à doença no meio local, respondeu que seria muito difícil conseguir famílias que quisessem adotar tais crianças (Administrador..., 16 maio 1918). O certo é que, apesar das objeções, 15 crianças foram arrancadas dos braços de suas mães e distribuídas pelas circunscrições do distrito de Lourenço Marques. Delas, quatro do sexo masculino, ficaram no hospital Miguel Bombarda, que se encarregaria de sua alimentação em troca de serviços prestados no mesmo hospital e seu aproveitamento para futuros enfermeiros do quadro da Repartição de Saúde. Se algum deles efetivamente veio a se tornar enfermeiro, as fontes não permitiram apurar. Às famílias que os adotassem estava previsto incentivo monetário único de £10, para ser empregue nos “cuidados e dispêndios que com elas têm de fazer” (Secretaria..., 30 maio 1918). Não há registros de que alguma família o fez.

Anos antes, em 1910, Augusto Cabral (1910, p.131), então governador do distrito de Inhambane, dizia que era enorme o número de leprosos de ambos os sexos, que estimava em 1% da população total daquele distrito, e apelava para a necessidade de imediata criação de um posto administrativo para isolar os leprosos, sob pena de aumento daquele percentual. Na



constatação de que o número de leprosos da província era enorme<sup>9</sup> e que a ilha dos Elefantes não atendia às necessidades, foi cogitada, em 1914, a criação de outra leprosaria insular na ilha de Inhamafo, Angoche, no norte da província, para servir aos indígenas leprosos dos distritos de Quelimane e Moçambique (Secretaria..., 1914b) mas, ao que consta, nunca se transformou em realidade.

O próprio Mário Andrade e Silva (1943, p.10) bem conhecia as condições em que eram mantidos e tratados os leprosos de Moçambique, pois, em fins de 1938, na condição de subdelegado de Saúde de Manjacaze, contara com a “boa colaboração do administrador” – leia-se, uso da força dos cipaios – para que todos os 580 leprosos por ele diagnosticados fossem internados na ilha de Massavelene, situada na lagoa de Inhampavala. Um único enfermeiro “indígena” foi mandado prestar assistência aos leprosos somente em princípios de março de 1939, e, nesse entremeio, muitos fugiram, outros morreram, tendo restado 335, que foram internados.

Essas são evidências da aplicação em terras coloniais, em extremo, do termo “isolar”: “isola”, “ilha”. Desconectados do mundo, na ilha, os internos eram quase abandonados à própria sorte; faltava alimentação, e o fornecimento de medicamentos era parco e incerto. Em Massavelene, os doentes que não estavam incapacitados eram obrigados aos trabalhos agrícolas, mas, por diversas razões, entre elas as climáticas, as colheitas eram insuficientes, e a escassa e pobre alimentação que o Estado provia não chegava no momento devido nem era suficiente para atender às necessidades.

Também não recebiam regularmente vestuário, utensílios para a agricultura e para a pesca, sementes para as suas *machambas* (lavouras) e sabão. O posto de curativos era uma “miserável palhota”, igual às demais que serviam de habitação aos gafos, e a medicação, limitada ao “óleo de *chaulmoogra* em fricções, à pincelagem de chagas com soluto de azul metileno, e, raras vezes, ao uso de ampolas de ginocardato de sódio”,<sup>10</sup> não dava resultado (Silva, 1943, p.10). Crianças viviam junto às mães, e o médico reconhecia que era impossível tirar à força as crianças. Abandonados pelo governo do distrito, os doentes eram eventualmente visitados por seus familiares – rompendo, assim, o isolamento, e, diante da falta de recursos, era difícil proibir as visitas. Informa que eram justamente esses familiares, ou raramente um missionário protestante americano, os únicos que, além de prestar certo conforto moral aos internados, forneciam alimentos e “alguns medicamentos, vestuário e outras ofertas” (p.10). Em resumo, afirmava o autor, os “indígenas” internados na ilha viviam em “muito más condições”, e lhe causava “dó o estado desses desgraçados, hipoalimentados, duma miséria de vestuário que confrange” (p.11). Julgava que era “dever e obrigação” do Estado fazer mais e melhor; “olhar por eles e de lhes dar, pelo menos, o nível de vida que tinham cá fora, junto dos seus” (p.10). Apesar desse quadro, o autor não punha em causa o modelo de isolamento compulsório e concluía que a iniciativa “era interessante se não escasseassem os recursos mais elementares” (p.10).

Fácil de entender, portanto, o medo que os leprosos tinham de ser descobertos e mandados compulsoriamente para a ilha. O pavor era tal que mesmo indivíduos com lesões mutilantes escondiam ao máximo a sua condição e preferiam pagar o pesado “imposto de palhota”<sup>11</sup> que declarar sua condição e ficar isento do tributo (Silva, 1943, p.9). Já antes, colegas médicos haviam salientado o pavor que o isolamento compulsório causava entre a população. Um

deles, Manuel Monteiro (1930, p.CLXXIII), em “Inquérito sobre a lepra”, levado a cabo em 1927, apontara dificuldades em estabelecer o número exato de leprosos, não só pela “bem embaraçante dúvida” em que se encontrara diante das variadas formas de boubas, úlceras crônicas e lesões dérmicas em presença, mas, sobretudo, porque os portadores de lesões avançadas, fugiam “com medo que os isolássemos longe das suas terras e lhes dessem carne de cão (*sic*) a comer!”.

O sucesso da política “democrática” aplicada na Noruega, com isolamentos parciais, que havia levado à quase extinção da lepra no país, parecia indicar que esse seria o melhor método a seguir (Obregón Torres, 2002, p.121). Entretanto, a prática do isolacionismo absoluto levado a cabo em contexto colonial, sobretudo a experiência do Havaí (Obregón Torres, 2002, p.138-158; Benchimol, Sá, 2004, p.35-116),<sup>12</sup> tornava o assunto polêmico. O meio médico estava dividido (Pandya, 2003). No cerne estavam posições diferentes acerca dos métodos de transmissão; de um lado, os que defendiam o fator hereditário, de outro, os contagionistas. O primeiro Congresso sobre Lepra, ocorrido em Berlim, em 1897, não chegou a conclusões unânimes, embora tivessem predominado as teses da transmissão por contágio e, portanto, de medidas mais radicais para seu controle, preconizando a notificação obrigatória, a vigilância e o isolamento compulsórios dos leprosos, uma vez que se considerou a lepra como praticamente incurável e os leprosos como um perigo real (Obregón Torres, 2002, p.154-155; Benchimol, Sá, 2004, p.29). Essas conclusões foram ratificadas no segundo congresso, realizado em 1909, em Bergen, na Noruega, sob a presidência de Hansen. Contudo, havia um importante grupo que discordava da tese de que a transmissão interpessoal desempenhasse papel essencial. Nomes como Henry Leloir, Mouritz, Hallopeau, Chantemesse, Sommer, Leboeuf, Noc, Scott, Joly, Carrasquilla, Muñoz Rivas, Blanchard e o brasileiro Adolpho Lutz defendiam que a lepra se disseminava mediante agentes externos, sobretudo mosquitos (Benchimol, Sá, 2004, p.72-73). O segundo congresso aprovou uma recomendação de que essa via fosse mais bem estudada. Diante da abertura de novos caminhos e hipóteses, o isolamento passou – a partir do terceiro congresso, ocorrido em Estrasburgo, na França, em 1923, presidido por Edouard Jeanselme – a ser recomendado somente para situações específicas, não mais universal e obrigatório, e, quando efetuado, deveria ser de maneira humanitária (Maciel, 2007, p.201-211).

Em Moçambique colonial, a comunidade médica também se dividia entre os adeptos do isolacionismo absoluto e do relativo. Os motivos para as opções nem sempre eram de ordem científica. Entretanto, como os próprios médicos locais admitiam – no começo dos anos 1920 – que não havia na colônia plano definido para a profilaxia da lepra, e como os vários trabalhos realizados pela comunidade médica divergiam quanto à maneira de se obter resultados concretos no combate à doença, mantinha-se a prática de isolar precariamente os leprosos na ilha dos Elefantes e – até o final dos anos 1920 – também em Rivane (Inhambane). Cogitou-se ampliar o número das gafarias insulares, considerado pelos higienistas como a melhor solução para isolar os portadores de lesões abertas – quase todos os recenseados –, mas essa opção encontrava obstáculo: não existiam ilhas costeiras, de fácil acesso, que reunissem as condições necessárias para a manutenção desse tipo de estabelecimento. Além disso, ponderava Ferreira dos Santos (1930, p.62), era preciso atender à “diversidade étnica das diferentes tribos”.

Sobre a questão das diferenças entre os métodos, os médicos locais julgavam, em consonância com a tendência mundial da época, que a assistência ao leproso “indígena” deveria ocorrer em estabelecimentos parcelares, no máximo de âmbito regional. As leprosas centrais, que serviam a grandes áreas ou mesmo a uma província inteira, podiam ser vantajosas em termos administrativos, mas eram execradas pelos indígenas, que viam nelas “não asilos acolhedores, mas prisões abomináveis” (Sant’Anna, 1924, p.115). Aconselhavam rigoroso inquérito científico e, após a eliminação dos bacilos e do perigo de contágio apresentado pelos casos mais graves, propunham a implantação do sistema parcelar em áreas de população “racialmente homogênea” (p.115), onde os leprosos pudessem “viver dos recursos da região e habitar segundo os seus usos e costumes” (Ferreira dos Santos, 1930, p.62), e pudessem receber visitas das pessoas de família e dos amigos sem excessivas dificuldades, sendo, entretanto, objeto da necessária assistência e vigilância. Estavam, pois, alinhados com as orientações que emanaram do terceiro congresso, de Estrasburgo (Maciel, 2007, p.2009).

Apesar desses argumentos em defesa dos aldeamentos parcelares, em finais dos anos 1920 se planejou uma grande leprosaria a ser edificada nas ilhas do Bazaruto, orçada em £36.000 para a edificação e £17.000 anuais para manutenção e sustento de 1.400 doentes internados. Se em toda a colônia fossem construídos estabelecimentos semelhantes para abrigar todos os leprosos, os custos estimados pelo projeto saltariam a £375.000 para instalações, com a verba anual de £140.000 para mantê-las em funcionamento. Somente com semelhantes custos seria possível o “internamento dos leprosos em condições idênticas às que se adotam em outros países coloniais” (Direção..., 1930, p.28).

A vizinha União Sul-Africana, “onde todos os problemas de defesa social se resolvem sem restrições”, havia construído uma gafaria em Pretória, na qual eram mantidos cerca de dois mil doentes “sob o regime de isolamento rigoroso e, obrigatório para todas as formas de lepra” (Direção..., 1930, p.28). Era estabelecimento considerado “modelar”; mas para que se edificasse algo semelhante em Moçambique seria preciso aplicar “capital correspondente a quatro anos de rendimento do imposto privativo cobrado [dos ‘indígenas’] em toda a Colônia, e se dispusesse anualmente de metade da receita da assistência indígena para a sua manutenção” (Direção..., 1930, p.28-29). Como as verbas do fundo de assistência aos indígenas não suportavam nem de longe tal iniciativa, o projeto nunca saiu do papel.

### **Dos aldeamentos lepróticos**

Os debates médicos sobre os melhores métodos para tratar os doentes e impedir a disseminação da doença acabaram por sucumbir diante das limitadas condições orçamentarias da colônia. Prevaleceu, pois, de maneira absoluta, a tese dos aldeamentos lepróticos. Surgiram, então, receituários propondo modelos e regras de funcionamento. Pensados como obra de engenharia social perfeita, ao Estado caberia sua implantação e disciplinar cuidadosamente seu funcionamento. Modelo bem detalhado foi apresentado por Monteiro (1930, p.CLXXIII-CLXXIV), cujos argumentos alinho a seguir. Os estabelecimentos deveriam estar situados em terras boas para a agricultura, com abundância de água – que fossem suficientemente vastas, para não dar a impressão de que se tratava de isolamento. Neles deveriam ser construídas “palhotas confortáveis” para habitação, segundo o “uso da terra”; uma “palhota-enfermaria,

para os tratamentos antileproso; outra para curativos, outras ainda para isolamento dos portadores de lesões abertas com excreções bacilares e, por fim, outras para os mutilados e ulcerosos”. Previa-se ainda uma palhota para habitação de “um enfermeiro indígena ou de um chefe da aldeia que vigiasse pela ordem e disciplina”, e “outras comodidades”, como creche e escola.

O Estado distribuiria terrenos agrícolas aos válidos, fornecendo-lhes utensílios, sementes e animais domésticos. O preciosismo da proposta era de tal ordem que utensílios e animais foram cuidadosamente relacionados, e os deveres dos doentes, meticulosamente distribuídos: os portadores de lesões leves, sem excreções bacilares – os mais válidos, portanto –, trabalhariam nas terras e criariam os animais domésticos. Os válidos que, entretanto, já apresentassem excreções bacilares seriam hospitalizados e tratados até que elas secassem. Os inválidos seriam hospitalizados em recintos separados dos anteriores e alimentados e vestidos à custa do Estado. Os custos, entretanto, seriam diminutos, porque os leproso válidos colheriam não só o suficiente para seu sustento, mas venderiam o excedente para o Estado, que os forneceria aos inválidos. Com o dinheiro obtido, os válidos custeariam suas vestimentas e despesas correntes. Aldeados próximos dos equipamentos sanitários poderiam receber facilmente visitas regulares do médico e do enfermeiro e tratamento eficaz. As crianças deveriam ser entregues a famílias sãs, “convenientemente vigiadas pelo médico” ou, preferencialmente, enviadas para uma creche dirigida por “indígena meio civilizada”, diante da inexistência de “enfermeiras indígenas especializadas” (Monteiro, 1930, p.CLXXIV).

Longe de poderem ser considerados estabelecimentos carcerários regidos por normas que interditavam o contato com o resto da população, os aldeamentos idealizados desse tipo, embora não pudessem garantir o isolamento preconizado pelos médicos, com a desejada barreira contra a disseminação de contágio, pareciam estar de acordo com as aspirações da população quanto aos procedimentos referentes à gestão da doença. No Relatório da Delegação de Saúde do Niassa, de 1931, afirmava-se, por exemplo, que os ajaua e os angune não estranhariam esse tipo de estabelecimento, pois tinham o hábito de isolar distante da povoação todos os portadores de determinadas doenças, e o leproso estava entre eles. Havia, entre os angune, por iniciativa própria, uma povoação de leproso que reunia doentes das povoações vizinhas (Direção..., 1933, p.27).

Convencidos por motivos médicos, financeiros ou de “politica indígena” que os aldeamentos eram solução ideal, rapidamente ocorreu sua instalação. Em 1931, já estavam em construção cinco aldeamentos: em Chibuto (distrito de Lourenço Marques), Homóine (distrito de Inhambane), Pebane (distrito de Quelimane), Angoche (distrito de Moçambique) e outro em São Paulo de Maate (distrito de cabo Delgado). Este último resultara da desativação de uma gafaria mantida pela Companhia do Niassa e recebida pelo Estado, quando aquela transferiu seu espólio para este. Situada ao norte da ilha do Ibo, a gafaria estava instalada na ilha de Molandulo, sem fonte de água potável nem terrenos agricultáveis. Diante dessas circunstâncias, os leproso foram transferidos para a terra firme, a uns 10 quilômetros de Porto Amélia, em área da Missão de Maate. Ali os leproso praticavam agricultura e viviam em “perfeita liberdade” sob a vigilância de um único servente indígena, com “prática de curativos”, obtida no hospital de Porto Amélia. Diariamente esse servente distribuía as rações

e fazia os curativos necessários. Segundo os registros, apesar da “fraca vigilância”, raras eram as fugas, e havia “entradas voluntárias” de leprosos dos arredores, “mostrando assim que não lhes repugna submeterem-se ao regime que ali vigora, embora as condições de funcionamento da gafaria sejam ainda muito rudimentares e deficientes”, pois tinha que se manter com “bem magros recursos” (Direção..., 1933, p.92-94). Assim, agrupados nessas espécies de Shangri-lá sanitários, os leprosos desfrutariam de “certo conforto, vestuário, alimentação”, e, devidamente tratados clinicamente, “se daria um grande passo para uma profilaxia, justa, racional, humana e para a diminuição de tal flagelo” (Monteiro, 1930, p.XXVII).

Para além desse consenso idealizado, um olhar mais atento às fontes indica que motivos bem diferentes fizeram convergir as opiniões médicas e a das populações locais na oposição ao isolamento absoluto. Se essa não era a melhor solução para evitar contágios, evitava conflitos e, com certeza, era extremamente conveniente à administração colonial pelo baixo dispêndio, em face das agruras dos cofres públicos.

Fora do âmbito oficial da administração colonial, a Methodist Episcopal Church (MEC – Igreja Metodista Episcopal, IME), norte-americana, também mantinha um pequeno leprosário em Moçambique. Nessa, como em outras missões espalhadas pela África, o trabalho médico estava a serviço da catequese (Comaroff, Comaroff, 1991, 1992; Ranger, Slack, 1995; Ranger, 1996; Jaime, 2015), e os missionários deixavam isso bem explícito. Charles John Stauffacher, o primeiro médico missionário da IME, abriu uma pequena gafaria tão logo chegou em Inhambane, em 1913, e embora as doenças mais comuns na área fossem bilharzia, elefantíase, pneumonia, diarreias e sífilis, sua atenção se concentrava na ajuda aos leprosos, no intuito de “curar suas almas” (Methodist..., 1913, p.475). Anos depois, a tuberculose foi incluída entre as prioridades: “O nosso sonho, a nossa esperança e a nossa oração concentram-se no campo da lepra e da tuberculose. Em muitos centros onde há a luz da cura para o corpo e a alma também se encontram espalhadas as duas enfermidades” (Jaime, 2015, p.124).

Segundo os missionários, a “peste branca” existente nos EUA não poderia ser comparada àquela de Inhambane, uma vez que a “falta de cuidados e condições anti-higiênicas” (Stauffacher, 14-20 jun. 1917, p.33) levavam centenas à morte anualmente. Ofereciam tratamento com óleo de chaulmoogra, que acreditavam curar tanto pacientes em isolamento quanto em domicílio. Muitos leprosos procuravam voluntariamente o atendimento em busca de tratamento e de serem ali albergados, mas não havia como fazê-lo. Lamentava Stauffacher (14-20 jun. 1917, p.33): “A parte difícil do nosso trabalho é recusar estes doentes abandonados sem lugar para se albergarem, mas colocando-os com outros pacientes, nós sentimos que seríamos criminosos”, embora fosse “inconsistente falar-lhes do amor de Cristo e depois mandá-los para a rua”. Apesar disso, o número de atendidos era restrito: em 1924, somente cinco mulheres, um homem e um jovem estavam acolhidos. Propunha-se a transferência e ampliação da pequena colônia que estava junto à estação de evangelização de Chicuque – para a qual representava “um grande perigo” – e, para isso, contavam com a verba inicial de USD5,000.00, com a perspectiva de reforço adicional de USD20,000.00 (Jaime, 2015, p.124).

As novas instalações tinham casas de pedra com camas que não chegavam para todos. As luvas eram reservadas aos missionários-médicos, brancos. As enfermeiras, negras, nas palavras de uma delas, tinham que confiar em Deus para as proteger durante o atendimento cotidiano

que prestavam a pacientes em diferentes estágios da doença. Apesar dessas condições, houve casos de pacientes que, mesmo com os dedos amputados, tiveram as feridas cicatrizadas, foram considerados curados e mandados para casa (Isabel Álvaro Zucule, em entrevista realizada em Mazambanine, Maxixe, em 20 de junho de 2013, reproduzida em Jaime, 2015, p.158).

Um depoente afirma que os leprosos a serem internados não eram selecionados somente entre os crentes; já outra afirma que não aceitavam qualquer pessoa. Assim, mesmo se alguém fosse “pagã”, podia se dizer crente para poder ser recebida, mas a maior parte já vinha convertida (Jaime, 2015, p.157). De qualquer modo, a ação evangélica entre eles era permanente, tendo, além de médicos e enfermeiros, também evangelistas que os assistiam cotidianamente.

Apesar de os leprosários se constituírem em isolamentos, os depoentes – relatando experiências a partir dos anos 1940 – concordam em dizer que a IME tomava medidas no sentido de ensinar a sua comunidade de que os leprosos podiam conviver de alguma maneira com os demais: “Então, como a igreja vinha trazer a unidade e salvação, não podia continuar com aquela cultura de separar os doentes de lepra, tinha que criar um hospital para isso” e “havia casas próprias para os leprosos, mas convivíamos com eles, sobretudo nos cultos religiosos, sentávamos com eles nos mesmos bancos e assistíamos ao mesmo culto” (depoimentos de Marcos Nhantumbo e Isabel Álvaro Zucule reproduzidos em Jaime, 2015, p.157).

Assim, tal como nos aldeamentos lepróticos idealizados por Monteiro, o isolamento proposto pela IME não era pensado para ser absoluto, permitindo aos doentes contatos eventuais com a comunidade dos crentes de todas as “raças”. Nem todos, entretanto, eram tão liberais na matéria. Firmino Sant’Anna (1924) defendia que a aplicação da tese da constituição de agrupamentos “racialmente homogêneos” deveria ultrapassar a comunidade dos leprosos e estender-se a toda população colonial, sobretudo nos meios urbanos. Argumentava ele que a “comunidade absoluta de raças” podia se afigurar como a “mais elevada expressão dum espírito de justiça e de equidade para com os dominados”, mas constituía “erro de desastrosa repercussão”. Além de razões de ordem moral e social, havia “oposição das adaptações mórbidas, as diferenças consideráveis de faculdades de resistência e de condições de susceptibilidade a certas doenças”, que justificariam “delimitação rigorosa das áreas de habitação permanente, mantendo quanto possível à parte, na sua vida doméstica, os grupos étnicos representados na população fixa destes centros heterogêneos”. Assim, os “indígenas e europeus, incluindo nesta última designação os grupos assimilados”, deveriam “viver em bairros próprios separados pela interposição de uma zona livre, vedada a construções, de algumas centenas de metros de largura” (p.138). Nessa justificativa de extremado higienismo social, os componentes de ordem moral e cultural preponderam sobre os de ordem biológica, na medida em que os “assimilados” – um estatuto sociocultural – estariam agrupados com os europeus, e não com seus congêneres raciais. Não resta dúvida de que se tratava não de simples proposta de medicalização da vida social, mas clara adesão – adaptada à realidade das colônias portuguesas – a ideais e práticas segregacionistas levados a cabo na vizinha União Sul-Africana.



## Considerações finais

Desde há muito, o significado da lepra ultrapassou a dimensão dos sofrimentos individuais e por séculos pareceu representar um fardo de miséria e sofrimento ao qual a humanidade deveria se submeter. Os efeitos deformantes, mutiladores e desfiguradores, causados pelas formas avançadas da doença, faziam de seus portadores uma categoria de seres sub-humanos, anormais, cujos corpos não se adequavam aos padrões sociais e cuja presença incomodava os demais. Imagens, mitos, rituais de purificação e procedimentos de várias ordens foram postos em marcha em todas as partes, mas o isolamento, a segregação física e psicológica, o ostracismo de indivíduos e famílias pareceram, desde sempre, constituir o denominador comum para lidar com os doentes, quer para evitar contágios, quer para poupar os olhos de seres cujos corpos pareciam ofender a natureza.

Nos anos iniciais do século XX, embora o bacilo já fosse conhecido, não havia concordância absoluta sobre as terapêuticas e a metodologia de sua aplicação, gerando tensões entre a comunidade médica e, mais ainda, grande desconfiança por parte das populações africanas a quem elas eram dirigidas. Tais populações conheciam e temiam a doença. Tinham para ela suas próprias explicações – que não se distanciavam muito daquelas que a comunidade médica e a população ocidental partilhavam havia não muito tempo. Desconfiavam vivamente dos métodos empregados pela biomedicina ocidental no tratamento de todas as doenças, mas temiam em particular as estratégias de extremo isolamento social propostas por médicos cujos discursos estavam eivados do racismo cientificista que marcara a comunidade acadêmica do século XIX.

Estes últimos, embora partilhassem origem, formação médica, contexto ideológico e estivessem integrados na mesma estrutura colonial, como indivíduos agiam subjetivamente.<sup>13</sup> Não eram sujeitos passivos da ordem colonial ou do conhecimento científico obtido em suas universidades, mas partes ativas na constituição de ambos em um processo derivado das condições concretas com que se defrontavam nas terras coloniais.

Contudo, se as abordagens propostas eram divergentes, concordavam em duas premissas: a primeira era que a lepra, não sendo a principal doença a afligir os africanos, parecia ser a que continuava a atormentar, com os fantasmas milenares do passado, a mentalidade da comunidade médica, que a via como um problema de higiene social a ser enfrentado com destemor e pulso forte; a segunda era a convicção de que, onde houvesse alguma presença significativa de europeus, era preciso limpar o meio social, excluindo homens e mulheres negras – e não só os doentes –, criando territórios sociais segregados. Tal estratégia se inseria em um conjunto de medidas higienistas que foram tomadas pela administração colonial, cujos diligentes mentores e agentes eram médicos, desde o final do século XIX, com o fito declarado de tornar salubres os espaços urbanos coloniais e que tinham como alvo as comunidades não brancas.

Essa estratégia, entretanto, não se deu de maneira linear nem deixou de encontrar resistência por parte dos atingidos, quer porque não partilhassem das mesmas concepções sobre o significado da doença, quer porque não aceitassem as terapêuticas propostas, embora, por vezes e por razões distintas, tenham convergido em soluções práticas, como foi o caso dos aldeamentos.

## NOTAS

<sup>1</sup> Sobre os sentidos e definições do termo no vocabulário colonial português ver, entre tantos, Moutinho (2000); Zamparoni (1998, 2008).

<sup>2</sup> Não cabe aqui fazer um balanço da longa trajetória do “racismo científico” e sua fortuna crítica. Remeto a algumas poucas obras da época que influenciaram o pensamento colonialista português: Cuvier (1798); Morton (1839, 1844); Le Bon (1910, 1927); Lapouge (1896); Martins (1893, 1920).

<sup>3</sup> Sobre a trajetória pessoal e intelectual de Henri Alexandre Junod, ver Harries (2007); Gajanigo (2006). Os documentos dele se encontram nos Junod Archives, disponíveis em: <http://uir.unisa.ac.za/handle/10500/3407>.

<sup>4</sup> Para uma análise das percepções atuais entre a população *makhuwa* do distrito de Namaíta, província de Nampula, norte de Moçambique, ver Palhota (2012). Registro o latente perigo de anacronismo que pode nos tornar tributários de uma perspectiva antropológica eurocêntrica, hoje minoritária, segundo a qual os povos africanos não teriam história, valendo o passado pelo presente e este por aquele.

<sup>5</sup> Registro que o autor não pactua e não opera com classificações dessa índole, frutos de uma antropologia gestada no âmbito do empreendimento colonial, do qual Douglas e seus principais interlocutores foram agentes.

<sup>6</sup> Para situação similar, mais contemporânea, na África do Sul, ver Ngubane (1992). Ver também nota 4.

<sup>7</sup> Mário Andrade e Silva, que correntemente recorre aos termos “lepra” e “leproso”, surpreende ao usar, de maneira que julgo pioneira em terras coloniais, ainda que uma única vez, o termo “hanseniano”. Depois de longo debate iniciado nos anos 1940 em torno da tentativa de minimizar o estigma, em 1976, o Brasil substituiu o termo “lepra” por “hanseníase”. Sobre o assunto, ver artigo do grande responsável por tal mudança: Rotberg (1975).

<sup>8</sup> Tratando de um contexto diferente, mas também racialmente definido, ver Henrique (2012).

<sup>9</sup> Em 1914, somente no distrito de Inhambane havia 671 leprosos registrados, de acordo com o “Mapa estatístico do número de leprosos, tuberculosos e aleijados existentes nas circunscrições do distrito de Inhambane referente ao ano de 1914” (Secretaria..., 1914a). Em 1923, Ferreira dos Santos (1923, p.60) indicava que na província havia cerca de cinco mil leprosos recenseados e que a ilha dos Elefantes não comportava mais de 150 internos.

<sup>10</sup> Trata-se de sal solúvel e injectável, extraído do óleo de chaulmoogra. Sobre o uso do óleo da semente dessa fruta indiana no tratamento da lepra, ver, entre outros, o contemporâneo Madeira (1924) e Santos, Souza, Siani (2008).

<sup>11</sup> Principal e pesado imposto que recaía sobre os chamados “indígenas”, arrecadado com base nas unidades habitacionais. Seus significados fiscal, econômico e impacto social podem ser mais bem entendidos em Capela (1977) e Zamparoni (2007).

<sup>12</sup> Sobre a curta experiência do brasileiro Adolfo Lutz naquelas paragens, ver Benchimol e Sá (2004, p.35-116).

<sup>13</sup> Embora médicos goeses e formados na Escola Médica de Goa atuassem em Moçambique (Bastos, 2011), os documentos consultados para este artigo não permitiram identificar sua origem e, portanto, apurar possíveis comportamentos diferentes em função de sua origem.

## REFERÊNCIAS

### ADMINISTRADOR...

Administrador da Circunscrição do Maputo. Telegrama 3906. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 16 maio 1918.

### ALVARENGA, Antónia Valtéria Melo.

*Nação, país moderno e povo saudável: política de combate à lepra no Piauí*. Teresina: EdUFPI. 2013.

### ARAÚJO, Heráclides César de Souza.

*História da lepra no Brasil, períodos colonial e monárquico (1500-1889)*. v.1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1946.

### AZEVEDO, José de Oliveira Serrão de.

Of.762. Repartição de Saúde à Secretaria dos Negócios Indígenas. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 18 nov. 1909.

### AZEVEDO, José de Oliveira Serrão de.

Of.657. Repartição de Saúde ao Secretário dos Negócios Indígenas. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 5 out. 1909.

- BADO, Jean Paul.  
*Medicine colonial et grandes endemies en Afrique*.  
Paris: Karthala. 1996.
- BASTOS, Cristiana.  
Corpos, climas, ares e lugares: autores e anônimos nas ciências da colonização. In: Bastos, C. e Barreto, R. (Org.). *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. p.25-58. 2011.
- BASTOS, Cristiana.  
Medical hybridisms and social boundaries: aspects of Portuguese colonialism in Africa and India in the nineteenth century. *Journal of Southern African Studies*, v.33, n.4, p.767-782. 2007.
- BEIRANTE, Maria Ângela.  
A gafaria de Évora. In: Beirante, Maria Ângela. *O ar da cidade: ensaios de história medieval e moderna*. Lisboa: Colibri. p.235-251. 2008.
- BENCHIMOL, Jaime L.; SÁ, Magali Romero.  
Adolpho Lutz e as controvérsias sobre a lepra. In: Benchimol, Jaime; Sá, Magali Romero (Org.). *Adolpho Lutz: hanseníase = leprosy*. v.1, livro 2. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.27-116. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/74ph9>. Acesso em: 9 mar. 2015. 2004.
- BLUTEAU, D. Raphael.  
*Vocabulário português e latino*. v.7. Lisboa: Paschoal da Silva. 1720.
- BLUTEAU, D. Raphael.  
*Vocabulário português e latino*. v.5. Lisboa: Paschoal da Silva. 1716.
- BLUTEAU, D. Raphael.  
*Vocabulário português e latino*. v.4. Lisboa: Paschoal da Silva. 1713.
- BLUTEAU, Rafael; SILVA, Antonio de Moraes.  
*Dicionário da Língua Portuguesa*. t.2. Lisboa: Simão Thaddeo Ferreira. 1789.
- BOURDIEU, Pierre.  
O campo científico, In: Ortiz, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática. p.122-155. 1983.
- BRODY, Saul Nathaniel.  
*The disease of the soul: leprosy in medieval literature*. Ithaca: Cornell University Press. 1974.
- CABRAL, Augusto.  
*Raças, usos e costumes dos indígenas do distrito de Inhambane: acompanhado de um vocabulário em shitsua, guitonga e shishope*. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. 1910.
- CADORNEGA, António de Oliveira de.  
*História geral das guerras angolanas*. Anotado e corrigido por José Matias Delgado. Lisboa: Agência Geral do Ultramar. 1.ed. 1680. 1972.
- CAPELA, José.  
*O imposto de palhota e a introdução do modo de produção capitalista nas colônias*. Porto: Afrontamento. 1977.
- CAPELA, José.  
*O movimento operário em Lourenço Marques, 1898-1927*. Porto: Afrontamento. s.d.
- CARVALHO, António José de; DEUS, João de.  
*Dicionário prosódico de Portugal e Brasil*. Porto: Lopes & Companhia. 1890.
- CAVAZZI, João António.  
*Descrição histórica dos três reinos do Congo, Matamba e Angola*. v.1. Lisboa: Junta de Investigações do Ultramar. 1965.
- CELERINA, Jacques de Salis di.  
Esboço sobre as moléstias da Costa Oriental d'África. *Annaes Marítimos e Coloniaes*, 6ª série, v.1. Lisboa: Imprensa Nacional. 1846.
- COMAROFF, John; COMAROFF, Jean.  
*Ethnography and the historical imagination*. Boulder: West View Press. 1992.
- COMAROFF, John; COMAROFF, Jean.  
*Of revelation and revolution: christianity, colonialism and consciousness in South Africa*. v.1. Chicago: University of Chicago Press. 1991.
- CONDE, Manuel Sílvio.  
Subsídios para o estudo dos gafos de Santarém (séculos XIII-XV). *Estudos Medievais*, v.8, p.99-170. 1988.
- CURI, Luciano Marcos.  
*Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil (1920-1940)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2002.
- CUVIER, Georges.  
*Tableau elementaire de l'histoire naturelle des animaux*. Paris: Baudouin. 1798.
- DELUMEAU, Jean.  
*O medo no Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras. 1989.
- DIREÇÃO...  
Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. *Relatório e Estatística dos Serviços de Saúde, ano de 1931*. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. 1933.
- DIREÇÃO...  
Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. *Relatório dos Serviços de Saúde, 1928 e 1929*. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. 1930.
- DOUGLAS, Mary.  
*Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva. 1976.

- EDLER, Flávio Coelho.  
Pesquisas em parasitologia médica e circulação do conhecimento no contexto da medicina colonial. In: Bastos, Cristiana; Barreto, Renilda (Org.). *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. p.173-198. 2011.
- FEIERMAN, Steven; JANZEN, John M. (Ed.).  
*The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press. 1992.
- FOUCAULT, Michel.  
*Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: PUF. 1963.
- FOUCAULT, Michel.  
*Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon. 1961.
- GAJANIGO, Paulo Rodrigues.  
*O sul de Moçambique e a história da antropologia: os usos e costumes dos bantos, de Henri Junod*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.
- GINZBURG, Carlo.  
Leprosos, judeus, muçulmanos. In: Ginzburg, Carlo. *História noturna*. São Paulo: Companhia das Letras. p.43-67. 2007.
- GOFFMAN, Erving.  
*Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC. 2008.
- GOMES, Bernardino Antonio.  
*Memória sobre as boubas: memórias da Academia Real das Ciências de Lisboa*. Lisboa: Academia Real das Ciências. 1815.
- GUSSOV, Zachary.  
*Leprosy, racism and public health: social policy in chronic disease control*. Boulder: Westview Press. 1989.
- HARRIES, Patrick.  
*Butterflies and barbarians: Swiss missionaries and systems of knowledge in South-East Africa*. Athens: Ohio University Press. 2007.
- HENRIQUE, Márcio Couto.  
Escravos no purgatório: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.19, supl., p.153-177. 2012.
- HONWANA, Alcinda Manuel.  
*Espíritos vivos, tradições modernas*. Maputo: Promédia. 2002.
- HORTON, Robin.  
African traditional thought and Western science. In: Grinker, Roy Richard; Steiner, Christopher B. (Ed.). *Perspectives on Africa*. Oxford: Blackwell. p.327-339. 1997.
- HOUAISS, Antônio.  
*Dicionário eletrônico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva. 1 CD-ROM. 2001.
- HUNT, Nancy Rose.  
*A colonial lexikon of birth ritual, medicalization and mobility in the Congo*. Durham: Duke University Press. 1999.
- JAIME, Simão.  
*Igreja Metodista Episcopal (IME) e os serviços médicos nas circunscrições de Morrumbene e Homoine, no distrito de Inhambane, 1890 a 1968*. Tese (Doutorado em Estudos Africanos) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2015.
- JUNOD, Henri A.  
*Usos e costumes dos bantu*. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique. 1996.
- LAPOUGE, G. Vacher de.  
*Les selections sociales*. Paris : Librairie Thorin & Fils. 1896.
- LE BON, Gustave.  
*Estudio de las civilizaciones y de las razas*. Madrid: Aguilar. 1927.
- LE BON, Gustave.  
*Leis psicológicas da evolução dos povos*. Lisboa: Typ. de Francisco Luiz Gonçalves. 1910.
- LEÃO, Duarte Nunes de.  
*Origem da língua portuguesa*. Lisboa: Pedro Crasbeeck. 1606.
- MACHADO, José Pedro.  
*Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Lisboa: Confluência. 1953.
- MACIEL, Laurinda Rosa.  
*“Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”*: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007.
- MADEIRA, Armando.  
*A lepra e seu tratamento*. Tese (Doutoramento) – Faculdade de Medicina do Porto, Porto. 1924.
- MARTINS, Joaquim Pedro de Oliveira.  
*O Brasil e as colônias portuguesas*. Lisboa: Parceria Antonio Maria Pereira Livraria Editora. 1920.
- MARTINS, Joaquim Pedro de Oliveira.  
*As raças humanas e a civilização primitiva*. Lisboa: Parceria Antonio Maria Pereira Livraria Editora. 1893.
- MENDES, Luís António de Oliveira.  
Discurso académico para determinar com todos os seus sintomas as doenças agudas, e crônicas, que mais frequentemente acometem os pretos recém-tradidos da África ... 12 de maio de 1793. *Memórias económicas da Academia Real*

*das Ciências de Lisboa*. t.4. Lisboa: Tipografia da Academia. p.1-82. 1812.

METHODIST...

Methodist Episcopal Church. *Annual Report of the Board of Foreign Missions of the Methodist Episcopal Church: for the year 1913*. New York: Board of Foreign Missions of the Methodist Episcopal Church. 1913.

MONTEIRO, Manuel.

Inquérito sobre a lepra: Subdelegação de Saúde de Pebane, em Moebaze – Relatório referente ao ano de 1927. In: Colônia de Moçambique/ Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. *Relatório e Estatística dos Serviços de Saúde, ano de 1927*. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. p.CLXXXIII-CLXXIV. 1930.

MONTEIRO, Yara Nogueira.

Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. *Saúde e Sociedade*, v.7, n.1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901998000100002>. Acesso em: 17 jul. 2013. 1998.

MOORE, Robert Ian.

*The formation of a persecuting society: power and deviance in Western Europe, 950-1250*. Oxford: Blackwell. 1987.

MORTON, Samuel George.

*Crania Aegyptiaca*; or, Observations on Egyptian ethnography, derived from anatomy, history, and the monuments. Philadelphia: J. Penington. 1844.

MORTON, Samuel George.

*Crania Americana*; or, a Comparative view of the skulls of various Aboriginal nations of North and South America: to which is prefixed an Essay on the Varieties of the Human Species. Philadelphia: J. Dobson. 1839.

MOUTINHO, Mário C.

*O indígena no pensamento colonial português: 1895-1961*. Lisboa: Universitárias Lusófonas. 2000.

NGUBANE, Harriet.

Clinical practice and organization of indigenous healers in South Africa. In: Feierman, Steven; Janzen, John M. (Ed.). *The social basis of health and healing in Africa*. Berkeley: University of California Press. p.366-375. 1992.

OBREGÓN TORRES, Diana.

*Batallas contra la lepra*: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Banco de la República; Fondo Editorial Universidad Eafit. 2002.

PALHOTA, Maria Alzira.

*Lepra em Namaíta, província de Nampula*: uma reflexão sobre representações socioculturais. Trabalho de fim do curso – Faculdade de Letras

e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo. 2012.

PANDYA, Shubhada S.

The first international leprosy conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, supl.1, p.161-177. 2003.

PENVENNE, Jeanne Marie.

*African workers and colonial racism: Mozambican strategies and struggles in Lourenço Marques, 1877-1962*. Portsmouth: Heinemann. 1995.

PENVENNE, Jeanne Marie.

*History of African Labor in Lourenço Marques, Mozambique: 1877 to 1950*. Tese (Doutorado) – Boston University, Boston. 1982.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha.

O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. *Physis*, v.5, n.1, p.132-144. 1995.

RANGER, Terence.

Protestant missions in Africa: the dialectic of conversion in the American Methodist Episcopal Church in Eastern Zimbabwe, 1900-1950. In: Blakely, Thomas D.; Beek, Walter E.A. van; Thomson, Dennis L. *Religion in Africa: experience & expression*. London: James Currey. p.275-313. 1996.

RANGER, Terence; SLACK, Paul (Ed.).

*Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: CUP. 1995.

REBELLO, Porfírio Teixeira.

Relatório médico militar da cidade de Benguela, referido ao ano de 1886. In: Ministério da Marinha e Ultramar. *Archivos Médico-Coloniaes*. Lisboa: Tipografia D'As Colônias Portuguesas. p.9-31. 1890.

RIBEIRO, Manuel Ferreira.

*Princípios elementares de higiene colonial ou máximas, sentenças, ditados e indicações práticas sobre o que mais convém fazer para se conservar a saúde para melhor se resistir em qualquer das colônias portuguesas*. Lisboa: Minerva Avenida. 1890a.

RIBEIRO, Manuel Ferreira.

*Principais questões a estudar sobre a aclimação nas nossas colônias como auxiliares mais indispensáveis da emigração e da colonização*. Lisboa: Tipografia das Colônias Portuguesas. 1890b.

RIBEIRO, Manuel Ferreira.

*A província de São Tomé e Príncipe e suas dependências, ou a salubridade e insalubridade relativa das províncias do Brasil, das colônias de Portugal e de outras nações da Europa*. Lisboa: Imprensa Nacional. 1887.



RIBEIRO, Manuel Ferreira.

*Relatório acerca do Serviço de Saúde Pública na província de S. Tomé e Príncipe no ano de 1869*: contendo as informações necessárias para o exato conhecimento do estado de salubridade atual e as providências mais urgentes e mais altamente reclamadas. Lisboa: Imprensa Nacional. 1871.

ROCHA, Ana Rita.

A assistência aos leprosos na Idade Média: a gafaria de Coimbra (sécs. XIII-XV). In: Miranda, Flávio; Sequeira, Joana; Faria, Diogo (Coord.). *Incipit 2: Workshop de Estudos Medievais da Universidade do Porto*, 2011-2012. Porto: Universidade do Porto. p.117-125. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12055.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014. 2014.

RODRIGUES, Eugénia.

Moçambique e o Índico: a circulação de saberes e práticas de cura. *Métis: História & Cultura*, n.19, p.15-35. 2011.

RODRIGUES, Eugénia.

Alimentação, saúde e império: o físico-mor Luís Vicente de Simoni e a nutrição dos moçambicanos. *Arquipélago – História*, 2ª Série, v.9-10, p.617-656. Disponível em: [https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/436/1/Eugenia\\_Rodrigues\\_p621-660.pdf](https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/436/1/Eugenia_Rodrigues_p621-660.pdf). Acesso em: 5 mar. 2013. 2005.

ROTBERG, Abrahão.

O pejorativo “lepra” e a grande vítima de grave erro médico-social-histórico: a indefesa América Latina. *Revista de História*, ano 26, v.51, n.101, p.295-304. 1975.

SANT’ANNA, J. Firmino.

O problema da assistência médico-sanitária ao indígena em África: Congresso (1º) de Medicina Tropical da África Ocidental, Luanda, agosto de 1923. *Revista Médica de Angola*, v.2, n.4, p.71-178. 1924.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprotica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.15, n.1, p.29-47. 2008.

SANTOS, Francisco Ferreira dos.

*Relatório e estatística dos serviços de saúde, ano de 1927*: Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. 1930.

SANTOS, Francisco Ferreira dos.

Assistência médica aos indígenas e processos práticos da sua hospitalização. Congresso (1º) de Medicina Tropical da África Ocidental, Luanda, agosto de 1923. *Revista Médica de Angola*, v.2, n.4, p.49-71. 1923.

SECRETARIA...

Secretaria dos Negócios Indígenas. Documento sem número. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 30 maio 1918.

SECRETARIA...

Secretaria dos Negócios Indígenas para Administrador da Circunscrição do Maputo. Of.382/37. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 13 maio 1918.

SECRETARIA...

Secretaria dos Negócios Indígenas. Mapa estatístico do número de leprosos, tuberculosos e aleijados existentes nas circunscrições do distrito de Inhambane referente ao ano de 1914. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 1914a.

SECRETARIA...

Secretaria dos Negócios Indígenas. Minuta de Portaria 76. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 1914b.

SECRETARIA...

Secretaria dos Negócios Indígenas ao Juízo Criminal. Nota 31/480. Fundo da Secretaria dos Negócios Indígenas, cx.158, pasta A/47/3 (Arquivo Histórico de Moçambique, Lourenço Marques). 26 out. 1909.

SEIXAS, Henrique.

*Relatórios dos Serviços de Saúde, 1928 e 1929*: Colônia de Moçambique – Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. 1930.

SHAPIRO, Martin Frederick.

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

SILLA, Eric.

“After Fish, Milk Do not Wish”. Recurring Ideas in a Global Culture. *Cahiers d’études Africaines*, v.36, n.144, p.613-624. 1996.

SILVA, Mário Andrade e.

Relatório de um inquérito epidemiológico sobre a lepra, n’algumas circunscrições da província do Sul do Save. *Africa Médica*, ano 9, n.1, p.1-19. 1943.

SIMONI, Luís Vicente de.

*Tratado médico sobre clima e enfermidades de Moçambique*. Seção de Manuscritos, cód. I-26-18-22, (Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro). 1821.



SOROMENHO, Luís.

*Relatório e estatística dos Serviços de Saúde, ano de 1927*: Colônia de Moçambique, Direção dos Serviços de Saúde e Higiene. Lourenço Marques: Imprensa Nacional. 1930.

STAUFFACHER, Charles John.

Official Journal of the Inhambane Mission Conference of the Methodist Episcopal Church. Held at Kambini, Inhambane, East Africa. Second session. 14-20 jun. 1917.

TODOROV, Tzvetan.

*Nous et les autres*. Paris: Seuil. 1989.

TORGA, Miguel.

O leproso. In: Torga, Miguel. *Novos contos da montanha*. 5.ed. Revista e aumentada. Coimbra: s.n. 1967.

VAUGHAN, Megan.

Syphilis in colonial East and Central Africa: the social construction of an epidemic. In: Ranger, Terence; Slack, Paul (Ed.). *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: CUP. p.269-302. 1995.

VAUGHAN, Megan.

*Curing their Ills: colonial power and African illness*. Stanford, California: Stanford University Press. 1991.

VITERBO, Frei Joaquim de Santa Rosa de.

*Elucidário das palavras, termos e frases que em Portugal antigamente se usaram e que hoje regularmente se ignoram*. t.2. Lisboa: Tipografia Régia Silviana. 1799.

WAGNER, Ana Paula.

Um olhar sobre algumas práticas de cura moçambicanas do Oitocentos. *Revista Tempo, Espaço, Linguagem*, v.3, n.3, p.50-68. 2012.

ZAMPARONI, Valdemir.

Colonialism and the creation of racial identities in Lourenço Marques, Mozambique. In: Sansone, Lívio; Soumonni, Elisée; Barry, Boubacar (Org.). *Africa, Brazil and the construction of trans-atlantic black identities*. Trenton, NJ; Asmara, Eritreia: Africa World Press. p.20-43. 2008.

ZAMPARONI, Valdemir.

*De escravo a cozinheiro: colonialismo e racismo em Moçambique*. Salvador: Edufba. 2007.

ZAMPARONI, Valdemir.

*Entre “narros” & “mulungos”*: colonialismo e paisagem social em Lourenço Marques, c. 1890-c.1940. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

